



**Couverture Sanitaire Universelle (CSU) : comment financer l'inclusion
du secteur informel en République Démocratique du Congo (RDC)?**

Couverture Sanitaire Universelle (CSU) : comment financer l'inclusion du secteur informel en République Démocratique du Congo (RDC)?



Note de Politique N° 01 | Octobre 2017

À qui s'adresse cette note de politique?

Aux décideurs sur la mise en place de la CSU en RDC : le Parlement ; les Ministères de la Santé Publique, des Finances, du Budget, du Travail et de la Prévoyance Sociale, de la Fonction Publique, les Assemblées provinciales, les gouvernements provinciaux, les Partenaires Techniques et Financiers

Pourquoi cette note de politique est-elle préparée?

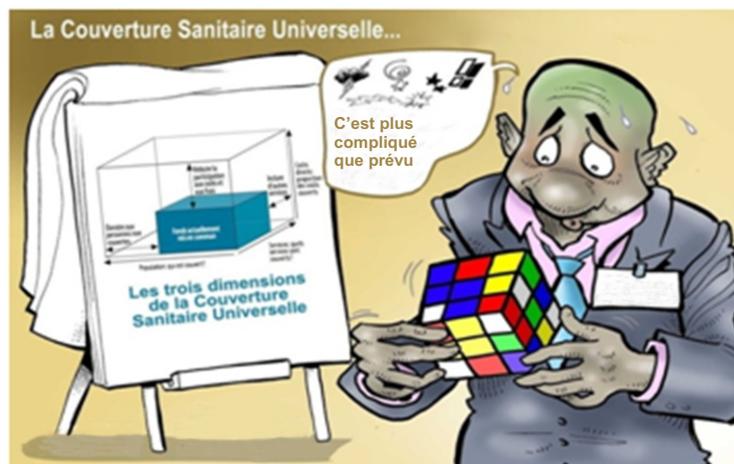
Pour résumer les données probantes disponibles sur les stratégies possibles pour couvrir le secteur informel dans la couverture sanitaire afin d'informer les décideurs sur les meilleures options à prendre

Ce sommaire comprend :

- ° Une brève description du contexte
- ° Une synthèse des évidences sur la problématique
- ° Une conclusion
- ° Des recommandations

Messages - clés

- Le secteur informel en RDC est très prolifique, diversifié et représente une part importante de l'économie du pays.
- L'évidence montre qu'aucun pays au monde n'a pu obtenir un financement significatif pour la santé à partir des contributions des ménages du secteur informel, même quand ces contributions sont légalement obligatoires.
- Lorsqu'elle peut être organisée, la contribution directe des ménages du secteur informel au financement d'une assurance santé passe essentiellement par un prépaiement pour des mutuelles de santé.
- L'atteinte de la CSU n'est envisageable qu'avec une volonté politique forte du gouvernement qui se traduit par un engagement à financer avec le budget de l'Etat la majorité des coûts de cette couverture.
- La mise en place d'une fiscalité innovante incluant le secteur informel et formel peut jouer un rôle significatif dans la mise en oeuvre de la CSU en RDC.



Adapté de Meessen B.

Cette Note de Politique a été préparée par :

Jeff Kabinda
Patrick Mitashi
Faustin Chenge



Comment avons-nous obtenu les différents documents pour la rédaction de cette note de politique ?

1. Articles publiés : 3 revues systématiques [11,24,25]; 2 revues narratives [21,27] et 11 articles originaux [4,15,16,18,22,28];

a. Bases de données consultées: PubMed, Cochrane Library et Google Scholar

b. Mots clés de recherche: Régimes d'assurance maladie communautaires -Régimes d'assurance maladie - Régimes volontaires d'assurance maladie - Régimes d'aide médicale - Mises en commun des ressources - Protection sociale - Mutuelles de santé - Protection financière en santé - Equité en santé - Mise en commun de ressources pour la santé - Allocation équitable de ressources – secteur informel – économie informelle.

2. Littérature grise : Au total 15 documents : 11 rapports scientifiques [1-3,5,6,9,10,13,17,20,26]; d'ateliers/congrès nationaux et internationaux, 1 thèse [14]; sur le secteur informel (online)s et 3 livres[8,12,23];

3. Critères d'Inclusion des études :

- Publiées en Français ou Anglais
- Réalisées entre 2000 -2017
- Secteur informel dans la CSU clairement étudié
- Réalisées dans les pays à faible revenu
- Bonne qualité en se référant aux outils d'AMSTAR (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews) et STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology).

Analyse de la qualité des documents

➤ La qualité des revues systématiques a été appréciée par l'outil d'AMSTAR checklist dont 70% de critères rencontrés étaient jugés satisfaisants.

➤ Pour les études observationnelles et les rapports scientifiques, le checklist de STROBE a été utilisé pour l'appréciation de la qualité

Forces: Une note rédigée sur base de plusieurs articles originaux publiés dans des revues scientifiques, les rapports scientifiques des experts et expériences sur la CSU des pays africains au contexte comparable à celui de la RDC.

Limites: Seules les bases de données à accès gratuit ont été consultées. Il se pourrait que des informations importantes contenues dans les bases de données payantes aient été omises. En plus, les documents inclus dans l'analyse étaient en anglais ou en français, des informations pertinentes écrites dans d'autres langues pourraient avoir échappé à l'analyse.

Contexte

La CSU consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services de soins préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers [1,2]. Ceci suppose de mettre en place des systèmes de soins de santé fonctionnels qui offrent des soins de qualité raisonnable dans un contexte d'un système efficace et équitable de protection sociale en santé.

La CSU figure parmi les cibles du troisième Objectif de Développement Durable (ODD) relatif à l'Accès aux soins. Malgré une reconnaissance croissante que la CSU est un objectif social urgent, seuls quelques pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont actuellement atteint des résultats rassurants et vérifiables [3].

La mise en place de la CSU reste donc un grand défi pour la plupart de ces pays et revient à mettre en oeuvre des

stratégies techniquement faisables et politiquement acceptables pour assurer un équilibre entre les 3 dimensions de la CSU, à savoir la population à couvrir, les services à offrir, et le niveau d'allègement de la charge financière des personnes couvertes [4].

Avec plus de 70 millions d'habitants, la République Démocratique du Congo (RDC) est l'un des pays les plus peuplés d'Afrique [5]. Elle figure parmi ceux qui occupent les dernières positions dans le classement de l'indice de développement humain (0,433) et du produit national brut (348,5\$ par habitant) [6]. Le taux de pauvreté demeure très élevé, avec 63.4% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté et avec une large disparité géographique entre les provinces et entre les milieux ruraux et urbains [7].

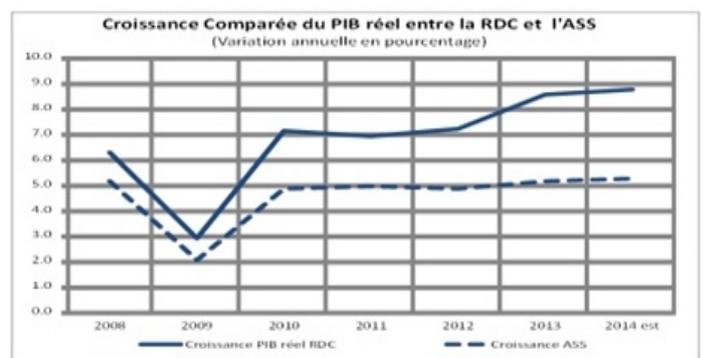


En dépit d'une croissance économique observée de 2008 à 2015 (figure 1), le taux de chômage demeure très important et le secteur informel se développe davantage, atteignant 70-80% de la population [6]. Dans ce contexte, le secteur informel regroupe les activités économiques échappant en grande partie au contrôle de l'Etat, en marge souvent des obligations légales, non recensées dans les statistiques officielles. Les personnes qui en font partie ont des revenus difficiles à taxer de manière directe et ne bénéficient pas d'une protection sociale formelle et institutionnalisée. C'est le cas par exemples des travailleurs ménagers rémunérés, des vendeurs de rue, des cireurs de chaussures, certains artistes, des bailleurs de maisons non répertoriées par l'Etat, des travailleurs indépendants, des coiffeurs, des agriculteurs, des chauffeurs de taxis [8]. D'après Bitran [9], il convient de distinguer l'emploi dans le secteur informel de l'emploi informel (voir figure 2). L'emploi dans le secteur informel est un concept basé sur l'entreprise, défini comme de l'emploi dans des entreprises privées non officiellement enregistrées en société. La majorité de l'emploi dans le secteur informel est informel, mais il peut y avoir aussi de l'emploi formel.

L'emploi informel est un concept basé sur l'emploi et désigne l'emploi qui manque généralement de protection sociale légale. Ainsi, l'emploi informel peut être trouvé dans le secteur formel, le secteur informel ou les ménages [9]. Ces deux concepts s'appliquent parfaitement à la situation de la RDC.

Par ailleurs, le budget alloué à la santé et son taux d'exécution depuis plusieurs années sont faibles comme l'indique la figure 3. Les ménages, malgré tout, contribuent à 42% au financement de la santé [10]

Figure 1 Croissance économique en RDC et Afrique subsaharienne, 2008-2013



Source: World Bank, Economic Update, 2014

Figure 2. Secteur/Employé formel et informel

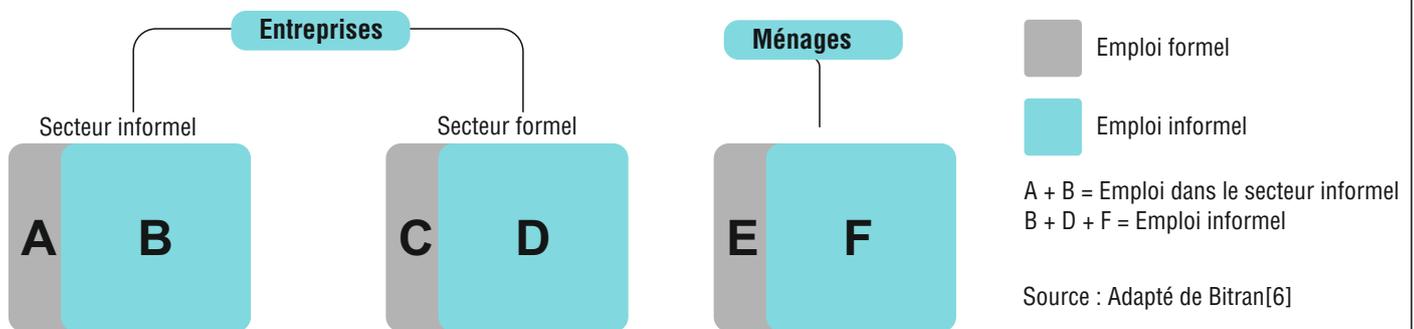
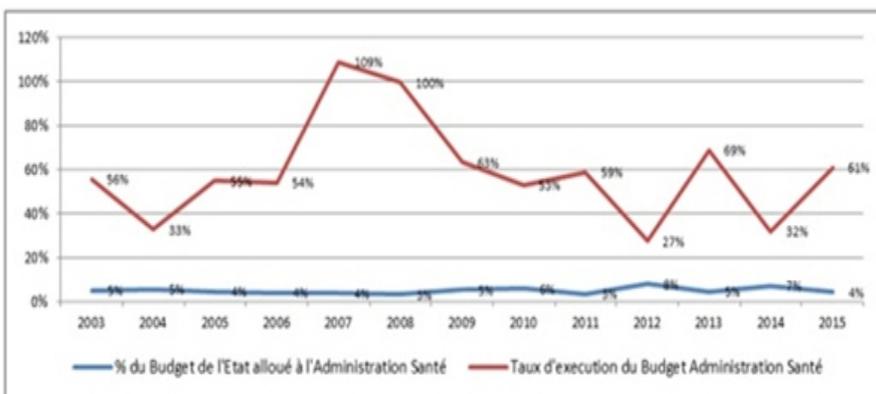


Figure 3 : Evolution du budget de la santé en RDC, 2003-2015 [10]



Source: Rapport des Comptes Nationaux de la Santé 2015, Kinshasa, Août 2016



Notons également que conformément à sa constitution, la RDC est engagée depuis deux ans dans le processus de décentralisation politique avec transfert de certaines compétences aux provinces, dont l'organisation des soins de santé primaires.

C'est donc dans un contexte socio-économique précaire, avec un secteur informel de plus en plus important et diversifié que la RDC est en train d'élaborer une loi sur la CSU et une stratégie de financement de la santé, conformément à son Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020 [5]. Dans cette optique, il est prévu de fournir un paquet standard de soins de santé de base de qualité à l'ensemble de la population.

Une des préoccupations du Ministère de la Santé Publique, en charge de l'élaboration du projet de loi sur la CSU et de la Stratégie de financement de la santé, est celle de concevoir des approches appropriées pour atteindre la population du secteur informel (qui n'est pas forcément indigente) pour qu'elle ait accès aux services de soins de qualité définis dans le paquet standard, quand elle en a besoin, avec sa participation financière.

Cette note de politique vise à documenter les évidences sur la participation financière du secteur informel à la CSU, tirées des expériences des pays de l'Afrique Subsaharienne, contextuellement proches de la RDC.

Protection sociale : ce qui existe en RDC

Plusieurs mécanismes de protection sociale existent mais leur couverture reste faible

- Pour le secteur formel, le pouvoir public a introduit un système de sécurité sociale géré par l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS) qui couvre le secteur public et privé en offrant une couverture contre plusieurs risques sociaux, y compris les risques professionnels pour la santé, les maladies et les accidents. L'INSS n'inclut pas le risque médical non professionnel.
- La majorité de la population Congolaise n'est pas couverte par ce système et n'accède aux soins que par des paiements directs.
- Des fonds d'envergure restreinte financés par le budget de l'Etat cofinancent un fonds d'assurance obligatoire pour certaines catégories de fonctionnaires de l'Etat (c'est le cas des enseignants et des agents de police, etc.).
- La population la plus solvable du secteur informel tente de s'organiser à travers des mutuelles de santé volontaires, qui jouent le rôle de collecteur de fonds et parfois s'engagent dans une démarche d'achat du paquet de services auprès des services de santé contractés et avec l'aide technique de structures d'appui aux mutuelles.

Synthèse des évidences

Dans tout système de financement des soins, 3 fonctions doivent être mises en oeuvre : (i) la mobilisation des ressources, (ii) leur mise en commun, et (iii) l'achat des services [11]. Les modalités spécifiques de réalisation de ces trois fonctions vont déterminer l'efficacité et l'équité du financement du système de santé [12]. Conceptuellement, leur mise en oeuvre semble être relativement facile pour les personnes oeuvrant dans le secteur formel, tandis que pour celles relevant du secteur informel cela constitue un grand défi en termes de leur contribution à la mobilisation des ressources et de la mise en commun de celles-ci.

Il existe deux types de systèmes (contributif et non contributif) pour couvrir la population, y compris celle du

secteur informel. Quelques expériences ont été documentées dans certains pays africains, avec des résultats très variables en termes de mise en commun des ressources, d'organisation d'achat stratégique des services (arrangements institutionnels ; paiement par budget global, lignes budgétaires, capitation, forfait, per diem, basé sur la performance, à l'acte, ...) pour optimiser l'accès, l'utilisation, l'efficacité et la qualité des services, ainsi que la couverture de la population (cfr. Tableaux 1 & 2).



A. Système contributif

1. Assurance maladie privée (AMP) : son apport à la CSU est généralement marginal et est peu équitable, car les contributions sont fonction du 'risque maladie' de l'individu – et ne favorisent donc pas une solidarité entre personnes à haut risque et personnes à bas risque. De plus, les contributions ne tiennent pas compte de la capacité des gens à les payer (et donc pas de solidarité entre riches et pauvres) [3,13].

L'Assurance maladie privée n'est une option que pour les personnes qui ont les moyens de s'acquitter de primes élevées. Dans le secteur informel, seuls les ménages les plus fortunés peuvent y avoir accès. Ce type d'assurance maladie volontaire privée, à finalité lucrative, est prépondérant en Afrique du Sud et est proposé par certaines entreprises privées qui jouent en même temps la fonction d'agence de mise en commun des fonds. Dans ce pays, l'Etat et les sociétés d'assurances privées contribuent à hauteur de 48% et 42% respectivement et les paiements directs par les patients représentent 7% [14].

2. L'assurance maladie sociale (AMS) : elle repose sur des prépaiements obligatoires qui sont généralement proportionnels, parfois même progressifs (c'est-à-dire tenant compte de la capacité financière des ménages à contribuer) et leur mise en commun dans un pool commun afin de pouvoir être redistribuées en fonction des besoins à l'ensemble de ses membres. Ce système concerne généralement les personnes travaillant dans le secteur formel, où les contributions sont déduites à la source sur les salaires de base [3].

Lorsqu'on étend l'AMS aux personnes travaillant dans le secteur informel, y incluant les ménages les plus vulnérables, on parle de l'assurance maladie universelle (AMU) financée principalement par les contributions des salariés et des subventions publiques. Ceci nécessite en général un meilleur niveau d'observation des règles fiscales, de manière à permettre une augmentation des dépenses gouvernementales totales et/ou de dégager des fonds à affecter au financement des soins de santé des populations. C'est notamment le cas des fonds prélevés par le biais de taxes et impôts (téléphonies mobiles et taxes sur les transferts d'argent au Gabon ; impôt sur les sociétés et taxes sur les transferts d'argent par voie électronique au Kenya ; taxes foncières ; taxes indirectes sur les produits de luxe

comme les véhicules, les appareils électroniques, ...) [3,15-18]. Des agences de mises en commun sont créées avec des mécanismes d'achat stratégique divers comme le montre les tableaux 1 et 2.

3. Assurance maladie à base communautaire (AMBC) : il s'agit d'un autre type d'assurance maladie volontaire avec une logique sociale, communément appelée mutuelle de santé. Beaucoup de pays africains dans leurs politiques de CSU ont délégué aux mutuelles de santé la charge de couvrir les populations en dehors du secteur formel [2,18-23]. C'est le cas du Bénin, du Mali, du Sénégal, du Rwanda, etc. Cependant, l'expansion des mutuelles de santé est lente à cause du poids des facteurs externes (imposition de l'utilisation des médicaments génériques, négociation des conventions avec les prestataires qui définissent les services couverts et leur tarif, la faiblesse de régulation, ...) qui freinent leur développement [2,19,24]. Il existe peu de preuves convaincantes que l'assurance maladie à base communautaire peut être une option viable pour un financement durable des soins de santé primaires dans les pays à faible revenu [9,24]. En plus, il y a des fortes indications selon lesquelles l'assurance maladie à base communautaire exclut les plus pauvres qui ont le plus besoin d'une couverture risque maladie [9,24,25]. La quasi-majorité des mutuelles cumulent le prépaiement d'une prime mensuelle (parfois annuelle) avec des paiements directs au moment de l'utilisation des services de santé contractés (c'est-à-dire les tickets modérateurs ou co-paiements). Souvent, ces tickets modérateurs sont tels qu'ils constituent une barrière réelle à l'accès alors qu'ils sont supposés minimiser une éventuelle utilisation excessive des services. Ainsi, ils diminuent la 'fonction d'assurance' (*insurance function*) [4] du système financier mis en place. Un arrangement assurantiel est alors mis en place, mais la fonction d'assurance est largement minée. Plus de précaution s'impose dans la mise en place de co-paiements



Tableau 1 Synthèse des résultats du régime d'assurance-maladie social dans quelques pays d'Afrique Subsaharienne

Pays	Mobilisation des ressources	Agences de mise en commun	Achat stratégique des services	Couverture de la population	Paiements directs (Out-of-pocket)
Kenya	Gouvernement Donneurs extérieurs	<i>National Health Insurance Fund</i>	Capitation et paiement direct	18%	25%
Tanzanie	Le <i>Community Health Fund</i> (CHF) est financé par les contributions des membres. Les fonds de contrepartie, fournis par le gouvernement, accordent des subventions. Le Social Health Insurance Benefit (SHIB) de la National Social Security Fund (NSSF) couvre principalement les employés du secteur privé (environ 1% de la population) ; le CHF concerne la population du secteur informel dans les zones rurales, <i>Tiba Kiva Kadi</i> (TIKA) pour le secteur informel en milieu urbain (couvre environ 5% de la population)	Le Fonds national d'assurance-maladie (NHIF) pour couvrir les fonctionnaires et leurs personnes à charge (environ 5% de la population)		16-22%	32%
Ghana	<i>National Health Insurance Levy</i> : 70% (2,5% de la TVA), Social Security and National Insurance Trust : 17%, Contributions des ménages informels aux mutuelles de santé: 4% et Autres sources : 8%	<i>National Health Insurance Scheme</i> (NHIS)	Capitation, Paiement direct	36-40%	27%
Nigeria	<i>National Health Insurance Scheme</i> (NHIS) est financé par les contributions des employés (5% du salaire de base) et des employeurs (10% du salaire de base des salariés). Les bailleurs extérieurs financent 60% des dépenses de santé et les cotisations des adhérents.	<i>National Health Insurance Scheme</i> organisé en trois composantes : <i>Formal Sector Social Health Insurance Programme</i> (FSSHIP) pour les employés des secteurs formels public et privé, <i>Urban Self-employed Social Health Insurance Programme</i> pour le secteur informel urbain et <i>Rural Community Social Health Insurance Programme</i> pour le secteur informel rural		3%	
Gabon	Fonds d'Assurance Maladie des salariés du secteur privé ou Fonds 1; Fonds d'Assurance Maladie des Agents publics de l'Etat ou Fonds 2; Fonds de Garantie Sociale des Gabonais économiquement faibles ou Fonds 3 Le système gabonais est essentiellement contributif pour les fonds 1 (secteur privé) et fonds 2 (secteur public) ; il repose sur les cotisations des bénéficiaires basées sur le revenu du travail, à savoir part patronale (4,1%), part salariale (2,5%) et part des retraités (1,5%). La redépendance obligatoire à l'assurance maladie (ROAM) concerne actuellement le chiffre d'affaires des sociétés de téléphonie mobile (10%) et les transferts de fonds à l'étranger (1,5% du montant à transférer).	Les fonds pour l'assurance maladie sont gérés par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale" (CNAMGS).	Remboursements des structures sanitaires et co-paiements des soins spécialisés	99% des pauvres	47%

Tableau 2. Synthèse des résultats du régime d'assurance sociale et/ou desmutuelles de santé dans quelques pays d'Afrique Subsaharienne

Pays	Régime assurantiel	Mobilisation des ressources	Agences de mise en commun	Achat stratégique des services	Couverture de la population	Paievements directs
Rwanda	AMBC	cotisations, les bailleurs extérieurs avec 10% et le gouvernement avec 17%	-Office Rwandais de Sécurité Sociale et -Fédération des mutuelles	-Capitation et co-paiements pour le premier échelon - Paiement à l'acte et co-paiements au deuxième échelon	96%	21%
Sénégal	Combinaison AMBC et AMS	La population contribue à travers les différentes mutuelles de santé. Les fonctionnaires utilisent un autre système d'assurance qui est obligatoire.		~20%		
Benin	Combinaison AMBC et AMS	Le Fonds National des Retraités du Bénin (FNRB), la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), la Mutuelle de Sécurité Sociale (MSS), les mutuelles de santé communautaires (MUSA) et les compagnies d'assurances privées. - Le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) est financé par les recettes fiscales et les cotisations individuelles. Les cotisations sont fixées pour les ménages des travailleurs du secteur formel et pour les ménages non pauvres du secteur informel, avec des contributions annuelles fixées selon l'âge (enfant et adulte)	Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)	Co-paiements : 10% (hôpitalsecondaire) et 20% (hôpital tertiaire)		42%
Mali	Combinaison AMBC et AMS	Assurance Maladie Obligatoire(AMO), les mutuelles de santé et le Fonds d'Assistance Médicale (FAM) pour les indigents (gratuité de soins)	- Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM). - Union Technique de la Mutualité(UTM) Malienne qui gère les mutuelles	- AMO : forfait avec ticket modérateur. - UTM : Paiements à l'acte	AMO : 12% Mutuelles : 78%	
Togo	Combinaison AMBC, AMS et AMP	Cotisations des adhérents, Cotisations des travailleurs (prélèvement de 3,5% du salaire ou de la pension) et des employeurs dont l'Etat (prélèvement 3,5% du salaire) et les primes d'assurance	- Mutuelles de santé pour le secteur informel, - Institut national d'assurance maladie pour le secteur public, - Compagnies privées d'assurance pour le secteur privé formel	Remboursements	~ 8%	

B. Système non contributif

Il s'agit des mécanismes non assurantiels finançant l'accès aux soins de santé par le biais des recettes fiscales. Ce système s'avère plus équitable dans la collecte des fonds (les recettes sont légèrement plus progressives grâce à l'architecture des règles fiscales en vigueur plutôt qu'à la nature intrinsèque de la source), avec une capacité inhérente à créer une mutualisation nationale du risque maladie, et à constituer une assiette fiscale potentielle plus importante que l'AMS, et donc potentiellement plus à même à couvrir le secteur informel. Ce système est actuellement en vigueur dans des pays dont les contextes sont bien différents de celui de la RDC, notamment le Brésil, le Sri Lanka et la Malaisie [3,22,26].

En définitive, on trouve souvent en Afrique subsaharienne des systèmes nationaux reposant sur une combinaison de sources de financement, c'est-à-dire des contributions complétées par des subventions publiques comme illustré dans les tableaux 1 et 2. Pour atteindre la CSU, incluant le secteur informel, les gouvernements ne devraient pas compter sur les contributions des ménages en tant que principale source de financement. Ils devraient plutôt viser à accroître leur capacité fiscale en vue d'un système de soins de santé équitable [3,9,18,21,25,27]. C'est le cas du Rwanda et du Ghana [27,28].

Aussi, comme on peut le noter, les résultats des expériences des régimes assurantiels des pays africains reprises dans les tableaux 1 & 2 ne sont pas rassurants. Beaucoup de problèmes persistent en termes de :

- Mise en commun des ressources financières très variée, voire fragmentée, avec peu ou pas d'achat stratégique ;
- Faible couverture de la population : à l'exception du Rwanda (où l'affiliation est quasi-obligatoire et les contributions volontaires infimes comparées à la subvention budgétaire) ;
- Persistance de copaiements qui limitent l'accès et l'utilisation des services.

La bonne gouvernance et la redevabilité sont essentielles pour la performance des régimes assurantiels. Le Rwanda en est une excellente illustration[27].

C. Qualité des soins

La qualité des soins dans la mise en oeuvre de la CSU est évaluée par une série d'indicateurs comme illustré dans le tableau 3. Au regard de ces indicateurs, la qualité des soins dans de nombreux pays d'Afrique Subsaharienne est jugée faible et compromet l'atteinte de la CSU.

Conclusion

Concevoir une politique de financement de la santé pour le secteur informel seulement n'a pas de sens ; elle doit s'inscrire dans une perspective systémique et faire partie intégrante d'une politique globale couvrant toute la population. Les évidences montrent que la contribution directe des ménages du secteur informel au financement d'une assurance santé passe essentiellement par un prépaiement pour des mutuelles de santé qui jouent alors la fonction d'agence de mise en commun et d'acheteur stratégique.

Les évidences indiquent cependant que la mutuelle de santé n'est pas une option viable pour un financement durable de la santé dans les pays à faible revenu et que le caractère contributif (primes, ticket modérateur ou co-paiement) exclut les plus pauvres qui ont le plus besoin d'une couverture risque maladie.

La RDC peut s'inspirer des expériences d'autres pays pour orienter ses politiques et stratégies en cette matière. Mais, vu le contexte actuel du pays, il semble difficile de compter sur des financements publics substantiels qui permettraient de faire face à la majorité des coûts liés à la CSU. Il faudra attendre la stabilisation de la situation politique, la reprise d'une croissance économique inclusive soutenue et la mise en place d'une politique fiscale plus équitable capable de générer des revenus plus importants via des impôts et des contributions à un système d'assurance-maladie pour l'ensemble de la population.

Au-delà du financement, la CSU est aussi une question d'arrangements institutionnels, d'organisation du système de santé pour une offre de services de qualité et de choix de société en termes de valeurs (solidarité, équité, ...).



Tableau 3 : Facteurs susceptibles d'influer sur la qualité des soins en première ligne [6]

Indicateurs	Mozambique 2014	Kenya 2013	Sénégal 2012	Ouganda 2013	Tanzanie 2014	Togo 2014	Nigeria 2014
Absent de l'établissement (% fournisseurs)	23,9	27,5	20	46,7	14,3	37,6	31,7
Charge de travail (Par fournisseur et par jour)	17,4	15,2	-	6	7,3	5,2	5,2
Disponibilité des principaux médicaments (% médicaments)	42,7	54,2	78	47,2	60,3	49,2	49,2
Disponibilité des principaux équipements (% équipements)	79,5	76,4	53	21,9	83,5	92,6	21,7
Disponibilité des installations (% installations)	34	46,8	39	63,5	50	39,2	23,8
Précision du diagnostic dans 5 cas-traceurs (% cas cliniques)	58,3	72,2	34	58,1	60,2	48,5	39,6
Respect des lignes directrices de diagnostic clinique pour les cinq cas-traceurs (% directives cliniques)	37,4	43,7	22	41,4	43,8	35,6	31,9
Respect des directives de traitement clinique des complications maternelles et néonatales (% directives cliniques)	29,9	44,6	-	19,3	30,4	26	19,8

Recommandations

Au regard des évidences présentées dans cette note, les experts du CCSC formulent les recommandations suivantes pour la mise en oeuvre d'une CSU de la population congolaise:

- Le financement de la CSU doit se baser à la fois sur les contributions de ménages (assurances sociales, mutuelles de santé) et sur des subventions publiques nationales et provinciales (ressources domestiques et aide extérieure) conséquentes pour couvrir toutes les couches et catégories de la population. Pour cela, il faut que la RDC poursuive les réformes politiques en cours et mène des réformes fiscales courageuses à la recherche des innovations de financement comme les recettes non fiscales issues des certaines redevances versées par l'industrie extractive, minières, téléphonie mobile, transfert des fonds..... pour augmenter progressivement et considérablement le budget de l'Etat et la part allouée à la santé en inscrivant celle-ci comme une priorité de l'action gouvernementale aussi bien au niveau national que provincial.
- Une approche décentralisée, car la plupart des pays dont les expériences sont rapportées dans cette note ont une taille de population et une superficie comparables aux provinces de la RDC. Le processus de décentralisation en cours est une opportunité à saisir pour la mise en oeuvre de la CSU. Dans cette optique, il pourrait être envisagé de tester la mise en place

de la CSU dans une province et de la placer sous le leadership de l'exécutif provincial. Le passage à échelle se ferait progressivement à l'aide d'un monitoring et d'une évaluation rigoureuse du processus. Dans le cadre de la caisse de péréquation instituée par la Constitution de la République, les provinces les moins riches devront bénéficier de subventions publiques complémentaires et d'un accompagnement technique du niveau central et des partenaires techniques et financiers.

- La création des Agences de mise en commun au niveau national (pour gérer les subventions issues de la caisse de péréquation et les contributions des salariés émergeant du budget national) et provincial (pour gérer la part de subventions issues de la caisse de péréquation, les subventions provinciales et les contributions des ménages)
- Chaque province devra ainsi, en fonction de son contexte, mettre en place des arrangements institutionnels pour des achats stratégiques qui promeuvent la qualité et l'efficacité des services.



Références

1. OMS. Le Financement des systèmes de santé : Le chemin vers une couverture universelle. Rapport sur la santé dans le monde. Document de synthèse. Accessed by who.int/whr/2010/10_summary_fr.pdf?ua=1. 2010.
2. Soors W, Devadasan N, Durairaj V, Criel B. Community Health Insurance and Universal Coverage: Multiple paths, many rivers to cross. World Health Report (2010) Background Paper, 4. http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/48_CHI.pdf. Consulté 29 Août 2017.
3. Averill C, Mariott A. Couverture santé universelle: Pourquoi les personnes en situation de pauvreté sont les laissés-pour-compte des régimes d'assurance maladie. Document d'information oxfam 176. Accessed by https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bp176-universal-health-coverage-091013-fr_1.pdf. 2013.
4. Kutzin J: Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. Bull World Health Organ 2013, 91: 602-611.
5. Ministère de la Santé Publique. Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle. http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/democratic_republic_of_congo/pnds_2016-2020_version_finale_29_avril_2016.pdf.
6. Banque Mondiale. La couverture santé universelle en Afrique : un cadre pour l'action. <http://pubdocs.worldbank.org/en/366291472219573738/UHC-IN-AFRICA-FR.pdf>. 2016.
7. Dkhimi F. Towards universal coverage in the majority world: Scoping review, DRC-specific findings. 2016. Ref Type: Unpublished Work
8. Malikwisha M, Mbadu M, Kwilu F, Piripiri LM, ertrand JT: The Democratic Republic of Congo in Bruce J. Fried and Laura M. Gaydos 'World Health Systems, challenges and perspectives. Health Administration Press edition Chicago: 2002:533.
9. Bitran R. Universal health coverage and the challenge of informal employment: Lessons from Developing Countries. HNP Discussion Paper. January 2014. 1-74. 2017.
10. Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS. Rapport des comptes de la santé 2013, Kinshasa, mars 2015.
11. Sakha AM, Rashidian A, Bazyar M, Sari AA, Yazdani S, Moghadam AV: Health Financing Assessment and Policy Analysis toward Universal Health Coverage: A Systematic Review of Qualitative Research. Global Journal of Health Science 2017, 9.
12. De Roodenbeke E: Financement de la santé : efficacité, solidarité et lutte contre la pauvreté. In «Audibert M, Mathonnat J, DE Roodenbeke E - Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu». Karthala édition Paris: 2003:325-338.
13. Waelkens M, Shomba S, Kwilu F, Mulinganya K, Criel B. Etude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Anvers, Belgique. 2016.
14. Okungu V: Towards universal health coverage: Exploring healthcare-related financial risk protection for the informal sector in Kenya. Dissertation submitted for a PhD degree in Health Economics at the Health Economics Unit, Faculty of Health Sciences, University of Cape Town. Accessed by : https://open.uct.ac.za/bitstream/item/23042/thesis_hsf_2015_okungu_vincent_okungo.pdf?sequence=1. 2015.
15. Anonymous: Gabon gets everyone under one social health insurance roof. Bull World Health Organ 2013, 91: 318-319.
16. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N: Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. Lancet 2012, 380: 933-943.
17. Musango L, Inoua A. Assurance Maladie Obligatoire au Gabon : un atout pour le bien être de la population World Health Report (2010) Background Paper, No 16. 2010.
18. Okungu V, Chuma J, McIntyre D: The cost of free health care for all Kenyans: assessing the financial sustainability of contributory and non-contributory financing mechanisms. Int J Equity Health 2017, 16: 39.
19. Boidin B. Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise. Économie publique/Public economics [En ligne], 28-29 | 2012/1-2, mis en ligne le 20 décembre 2012, consulté le 30 septembre 2016. URL : <http://economiepublique.revues.org/8820>. 2012.
20. OMS. De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle Expérience du Rwanda, Genève, 2009. Accessed by http://www.who.int/health_financing/documents/cov-dp_f_09_01-mutualisation_rwa/fr/.
21. Umeh CA, Feeley FG: Inequitable Access to Health Care by the Poor in Community-Based Health Insurance Programs: A Review of Studies From Low- and Middle-Income Countries. Glob Health Sci Pract 2017, 5: 299-314.
22. Vilcu I, Probst L, Dorjsuren B, Mathauer I: Subsidized health insurance coverage of people in the informal sector and vulnerable population groups: trends in institutional design in Asia. Int J Equity Health 2016, 15: 165.
23. Waelkens MP, Soors W, Criel B: Community Health Insurance in Low- and Middle-Income Countries., In: Quah, S.R. and Cockerham, W.C. (eds.) The International Encyclopedia of Public Health, 2nd edition edn. Oxford: Academic Press; 2017.
24. Ekman B: Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. Health Policy Plan 2004, 19: 249-270.
25. Nosratnejad S, Rashidian A, Dror DM: Systematic Review of Willingness to Pay for Health Insurance in Low and Middle Income Countries. PLoS One 2016, 11: e0157470.
26. Soors W, De Man J, Dkhimi F, Van De Pas R, Criel B. Towards universal coverage in the majority world: the cases of Bangladesh, Cambodia, Kenya and Tanzania. P4H Knowledge-Learning-Innovation Brief No 1.
27. Alhassan RK, Nketiah-Amponsah E, Arhinful DK: A Review of the National Health Insurance Scheme in Ghana: What Are the Sustainability Threats and Prospects? PLoS One 2016, 11: e0165151.
28. Nyandekwe M, Nzayirambaho M, Baptiste KJ: Universal health coverage in Rwanda: dream or reality. Pan Afr Med J 2014, 17: 232.





Les auteurs remercient les personnes ci-après pour leur contribution à l'élaboration de cette Note de politique : Prof. Bart Criel, Prof. Albert Mwembo, Prof. Patrick Kolsteren et Dr. Geneviève Michaux.

Cette Note de Politique est un résultat du Programme de Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en République Démocratique du Congo (RIPSEC) financé par la Commission Européenne. Cependant, les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs



Union Européenne

