



Listes de contenus disponibles sur: [Scholar](#)

**CONTRIBUTION DE LA STRUCTURE FONDS POUR LA PROMOTION DE LA SANTE
DANS LA MATERIALISATION DE LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE EN
RDCONGO**

Journal homepage: ijssass.com/index.php/ijssass

**CONTRIBUTION DE LA STRUCTURE FONDS POUR LA PROMOTION DE LA SANTE DANS LA
MATERIALISATION DE LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE EN RDCONGO[☆]**

MIKA NYEMBO Marius ^a, KASHALA BAMANA Simplicie ^b, KALALA KAYEMBE Carrel ^c, ABILINDA GBOMA Serge ^d, MASENGO KIVUNGE Nestor ^e, NIATI DI NLEMVO Serty ^f, MBOLO ZONGA Emilie ^g, KALEMBA NGALAMULUME Albert ^{h*}

A. Chercheur, Université de Kinshasa

B. Doctorant, ISTM Kinshasa

C. Assistant, Université Pédagogique Nationale

D. Chercheur, Université de Kinshasa,

E. Assistant, Université Pédagogique Nationale

F. Assistant, ISTM KIDIMA Nlemba Mayombe

G. Doctorant, ISTM Kinshasa

H. Assistant, Université de Kananga

Received 31 October 2022; Accepted 20 December 2022

Available online 29 December 2022

ARTICLE INFO

Keywords:

Contribution

Couverture santé
universelle

Promotion de la santé.

ABSTRACT

La promotion de la santé implique toutes les activités importantes pouvant améliorer l'accessibilité de la population aux soins de santé de qualité. De ce fait, pour la matérialisation de la couverture santé universelle en République Démocratique du Congo, la réhabilitation et construction des infrastructures sanitaires, la dotation en intrants, le renforcement des capacités et gouvernance médicale et la promotion de la médecine traditionnelle sont les axes essentiels de la contribution de la cellule fonds pour la promotion de la santé.

I. INTRODUCTION

Le financement des soins de santé pose encore problèmes dans des pays en voies de développement¹. faisant une analyse systématique, nous observerons que le système de santé de la République démocratique du Congo souffre surtout de la qualité de service de santé offert par les formations sanitaires étatiques et privées, il y'a même des services, zones de santé et des divisions des provinces dont les intrants sont en interruption, les nouvelles

techniques de soins de santé ne sont pas connues par les professionnels de santé travaillant dans des formations sanitaires et on observe également que même la médecine traditionnelle serait en contradiction avec la médecine moderne. Au vu de ce qui précède, nous nous sommes posé la question de savoir, quelle est la contribution de la cellule fonds pour la promotion de la santé dans la matérialisation de la couverture santé universelle en RD Congo ? Nous partons d'une hypothèse selon laquelle la contribution de la cellule fonds pour la promotion de la santé serait centrée sur quatre axes résumés par, la réhabilitation et construction des infrastructures sanitaires, la dotation en intrants, le renforcement des capacités et gouvernance médicale et la promotion de la médecine traditionnelle sont les axes essentiels de la contribution de la cellule fonds pour la promotion de la santé. Le but de cette étude est d'évaluer le degré de la contribution de la cellule fonds pour la promotion de la santé dans la mise en œuvre de la couverture santé universelle en RD Congo. Dans cette étude nous avons utilisé la combinaison méthodologique dont les méthodes systémique, analytique, descriptive et étude de cas ont été utilisées pour la collecte des données et la rédaction de la présente dissertation.

La santé communautaire est une nouvelle forme de contrôle sociale. Au niveau des pays en développement comme le nôtre, elle est une approche active, c'est-à-dire s'adresse directement à des populations géographiquement déterminées, généralement

pauvres ou marginales et qu'elle mette l'accent sur la participation de la communauté². Cette participation donne généralement réponse à des revendications communautaires afin d'obtenir de meilleures préventions, des meilleurs soins et des meilleurs services. Pour que le problème de la santé communautaire puisse trouver une solution satisfaisante, il doit répondre aux quatre critères suivants³ :

1. Aux Besoins des professionnels de santé eu égard à leurs compétences, leurs attentes,
2. Aux Demandes de la communauté souvent plus réaliste,
3. En adéquation avec leur environnement et
4. Aux moyens disponibles.

La santé d'une communauté ou d'une population dépend d'un ensemble de facteurs biologiques, démographiques, écologiques, médicaux, sociaux, politiques, économiques, ... quel est leur poids respectif ? Difficile de le mesurer, mais ces facteurs agissent de manière complexe et en synergie⁴.

Il convient de noter que :

La santé communautaire : est une approche de résolution des problèmes de santé fondée sur l'engagement des communautés. Elle intègre des services de santé préventifs, promotionnels curatifs et ré-adaptatifs destinés aux

communautés et délivrés par les communautés elles-mêmes sous la supervision du personnel de santé publique. Elle vise à étendre les prestations sanitaires à la périphérie géographique et sociale du pays, structure et renforce la gouvernance sanitaire locale et le partenariat entre les communautés et les structures de santé⁵.

Le but professé par l'initiative de Bamako est d'approcher les communautés aux soins qu'on appelle santé communautaire (la prévention, la promotion, l'accompagnement, le curatif, la réhabilitation et l'insertion) c'est-à-dire l'accessibilité universelle aux soins de santé primaires, avait pour objectifs spécifiques de :

- renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local,
- promouvoir la participation communautaire et renforcer les capacités de gestion locale,
- renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d'utilisation des médicaments essentiels,
- assurer des sources permanentes de financement pour le fonctionnement des unités de soins.

Ainsi pour cela, il y a eu instauration de huit principes directeurs qui définissent un processus de mise en œuvre d'un système de recouvrement des coûts. Ceci doit permettre également l'amélioration de

l'offre de soins⁶ :

1. Les gouvernements doivent faire en sorte que toutes les communautés aient accès aux activités de soins de santé primaires ;
2. Il faut décentraliser la prise de décisions des districts de santé, notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires ;
3. Il faut décentraliser la gestion financière afin que les ressources produites localement soient gérées par les communautés ;
4. Les principes relatifs au financement communautaire des services de santé doivent être appliqués à tous les niveaux du système de santé ;
5. Les gouvernements doivent apporter une contribution substantielle aux soins de santé primaires et prévoir suffisamment de fonds à l'intention des services de santé locaux ;
6. Le concept de médicaments essentiels doit être intégré dans les politiques nationales de santé fondées sur les soins de santé primaires ;
7. Des mesures telles que des exonérations et des subventions doivent être prises pour garantir aux couches sociales les plus démunies l'accès aux soins de santé ;
8. Des objectifs intermédiaires doivent être clairement définis ainsi que des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis.

II. La couverture santé Universelle : de la théorie à la pratique :

1. Signification

La Couverture Sanitaire Universelle⁷ (CSU) est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant la situation dans laquelle toute personne reçoit des services de santé de qualité qui répondent à ses besoins sans encourir de difficultés financières pour les acquérir. Etant donné les contraintes liées à la limitation des ressources, cela n'inclut pas tous les services possibles, mais une gamme exhaustive de services essentiels qui sont bien cohérents avec d'autres objectifs sociaux.⁸

Etendre les services prioritaires

En ce qui concerne l'extension des services, la question cruciale consiste à identifier quels services élargir en premier. Les services peuvent être classés en trois catégories: les services de haute priorité, de priorité moyenne, et de faible priorité. Au nombre des critères pertinents utilisés pour la classification et la catégorisation des services, il y a l'efficacité des dépenses, la priorité aux plus démunis, et la protection contre le risque financier.

Pour sélectionner les services à étendre en second lieu, il est souvent utile de commencer par estimer le rapport coût-efficacité des différentes politiques envisagées pour ensuite tenir compte de la préoccupation pour les plus démunis et des autres critères pertinents. La spécification, la mise en balance, et l'utilisation de ces critères devraient s'opérer dans le contexte de grands débats publics et par le biais de procédures participatives. Cela

permettra à un grand nombre de groupes de contribuer au processus d'établissement des priorités et renforcera l'obligation des institutions publiques d'être responsables devant les citoyens au sujet des décisions prises. Les pays vont également bénéficier de l'existence d'un comité national permanent sur l'établissement des priorités pour traiter des cas particulièrement difficiles.

➤ Inclure plus de personnes

En ce qui concerne l'inclusion d'un plus grand nombre de personnes, la question inévitable consiste à identifier qui inclure en premier. Pour inclure plus de personnes de façon équitable, les pays devraient étendre en priorité la couverture aux groupes à faibles revenus, aux populations rurales, et aux autres groupes désavantagés en termes de couverture de services, de santé, ou les deux. Ceci est particulièrement important pour les services de haute priorité. Inclure de manière équitable un plus grand nombre de personnes peut nécessiter des approches ciblées si elles s'avèrent efficaces.

➤ Réduire les paiements directs des ménages

Plusieurs pays dépendent énormément des paiements directs pour le financement des services de santé. Ces paiements constituent une barrière à l'accès aux services de santé, en particulier pour les plus pauvres. En outre, pour ceux qui utilisent effectivement les services, les paiements directs constituent

souvent une charge financière considérable pour eux et leurs familles et peuvent même causer des catastrophes financières. En vue d'améliorer l'accès aux soins et la protection contre le risque financier, les pays doivent donc remplacer les paiements directs par des systèmes de prépaiement obligatoires, avec mutualisation des fonds. La question fondamentale est de savoir comment procéder à ce remplacement. L'équité suggère que les paiements directs soient d'abord réduits pour les services de haute priorité, et pour les groupes désavantagés, y compris les plus pauvres. Pour ce qui est des paiements obligatoires, l'équité suggère que ces paiements augmentent généralement avec la capacité de payer et que les contributions au système soient progressives. Quant à l'accès aux services, il doit reposer sur les besoins et non la capacité de payer⁹.

1. Stratégies

Stratégie Générale et voies à suivre, Une stratégie en trois volets peut guider les pays qui cherchent à réaliser la CSU de manière progressive et néanmoins équitable. Les pays peuvent : catégoriser les services en groupes prioritaires. Les critères pertinents pour cette catégorisation incluent le rapport coût-efficacité, la priorité aux plus démunis, et la protection contre le risque financier. Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle étendre pour commencer la couverture des services de haute priorité à tous. Cela inclut l'élimination des paiements directs et le recours accru aux prépaiements

obligatoires, progressifs et mettant en commun les fonds. Ce faisant, veiller à ne pas laisser à la traîne les groupes désavantagés. Il s'agira le plus souvent de groupes à revenus faibles et des populations rurales. Dans le cadre d'une stratégie plus globale, les pays doivent effectuer des choix minutieux au sein de chaque dimension et de façon transversale. Ces choix dépendront du contexte, et plusieurs options différentes peuvent s'avérer appropriées.

2. Objectif de la couverture sanitaire universelle

Bien que le but premier de ce texte ne soit pas d'expliquer pourquoi les pays devraient rechercher la CSU, il est utile de souligner la justification solide et pluridimensionnelle qui sous-tend cet objectif.

- D'abord, l'accès aux services de santé est motivé par les avantages individuels de l'utilisation des services.
- L'amélioration de l'état de santé des individus peut être considérée comme une fin en soi, et elle peut être considérée comme étant essentielle au bien-être général des individus et aux capacités et opportunités y relatives.
- L'état de santé d'un individu peut affecter son bien-être directement, mais aussi indirectement, à travers son revenu et sa richesse par exemple. La santé des individus est aussi importante en raison de son impact sur l'ensemble des opportunités dont ils disposent.

- leur santé affecte par exemple leur capacité à travailler et à poursuivre leur éducation
- ou sur la diversité des projets de vie qui s'offrent à eux. Du même point de vue, la raison pour laquelle l'accès *abordable* est si important est également évidente.
- Tout comme la mauvaise santé, les paiements élevés peuvent gravement limiter le bien-être et les opportunités, non seulement pour la personne qui utilise les services, mais également pour sa famille.
- L'accès abordable à toute la gamme de soins facilitera également l'utilisation des services préventifs, et ces services sont souvent plus efficaces en termes de coût que les services curatifs correspondants.
- En outre, l'accès abordable produit des avantages même pour ceux qui n'ont éventuellement pas besoin des services de santé. Entre autres, le fait de savoir que les services sont accessibles à des coûts abordables peut réduire l'anxiété et la peur de tomber malade et permettre aux gens de mieux dormir la nuit. Cette information peut également faciliter la planification et l'utilisation productive des ressources qui autrement, seraient gardées en réserve au cas où le recours à des soins coûteux s'avérerait nécessaire¹⁰.

Une large couverture est également bénéfique à la société en général. L'amélioration de la

couverture améliore la santé de la population et contribue au développement. Il convient de noter que les enfants en bonne santé apprennent mieux et une population en bonne santé facilite la croissance économique.

3. Motivation

La CSU peut en outre être motivée par ses effets distributifs. Quel que soit les bénéfices totaux pour la société, la couverture sanitaire *universelle* peut être soutenue par l'idée que l'accès à la couverture sanitaire ne doit pas être restreint aux groupes. Les mieux, seraient, Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle nantis de la population ou, plus spécifiquement, que cette restriction est injuste. Dans la mesure où elle améliore la couverture pour les plus démunis, les progrès vers une CSU peuvent également favoriser une distribution plus équitable de la santé et du bien-être. La CSU est également un moyen de satisfaire les droits aux soins de santé et le droit « *qu'à toute personne de jouir d'un meilleur état de santé physique et mentale possible,* » reconnu par le droit international. Il n'existe pas de pays qui n'ait ratifié au moins un traité spécifiant certaines obligations concernant le droit à la santé. Dans le cadre du droit international, les États ont l'obligation d'adopter des mesures appropriées pour réaliser le droit à la santé, ou le droit aux soins de santé, et ce sur une base non discriminatoire¹¹.

Cette obligation implique une stratégie et un plan d'action pour réaliser cet objectif de

même que des mécanismes de supervision et de correction. Les parties impliquées dans les traités internationaux ont également l'obligation d'allouer des ressources suffisantes pour atteindre le droit à la santé. En d'autres termes, les États ont l'obligation d'adopter des mesures appropriées en vue de réaliser le droit à la santé, et réaliser la CSU est crucial dans cet effort. En conséquence, plusieurs approches différentes, y compris celles basées sur l'équité ou les droits, peuvent soutenir et encourager la promotion urgente de la CSU.

4. Portée de la couverture sanitaire universelle

La CSU doit être envisagée selon une approche globale. Plus spécifiquement, l'objectif de la CSU nécessite des services de qualité de divers ordres, pour renforcer l'ensemble du système de santé, et pour agir de manière intersectorielle.

En ce qui concerne les services, la CSU va certainement au-delà des services cliniques et curatifs et prend également en compte les mesures de santé publique, y compris les services de promotion, de prévention, et de rééducation¹². Les mesures de santé publique incluent par exemple les campagnes d'informations sur l'hygiène et la sécurité alimentaire, le contrôle des vecteurs de diffusion des maladies et la réglementation sur le tabac. Les services au sens large comprennent également la fourniture de médicaments, d'appareils et d'autres biens. En particulier, en ce qui concerne les médicaments

essentiels, un effort considérable a été entrepris afin de promouvoir l'accès universel. Pour l'ensemble des services, la quantité ne suffit pas. La qualité de ces services constitue un facteur essentiel. Dans la transition vers la CSU, les pays doivent veiller à ce que tous aient accès, non pas simplement aux services, mais à des services réellement efficaces et de bonne qualité¹³.

Le financement constitue une des préoccupations majeures de la CSU. La fonction de financement des systèmes de santé inclut la collecte des revenus, la mise en commun des ressources, et l'achat des services, toutes ces activités étant d'une importance capitale dans la progression vers la CSU. Toutefois, la CSU et les moyens requis pour progresser vont au-delà du financement. La CSU porte sur la couverture en général, et de ce fait, se préoccupe de toutes les barrières qui entravent la couverture. Plusieurs de ces barrières sont essentiellement non financières¹⁴ - y compris les barrières juridiques, organisationnelles, technologiques, informationnelles, géographiques et culturelles - et les moyens financiers ne sont pas nécessairement les meilleurs moyens d'y apporter des solutions. Par conséquent, il faut renforcer toutes les fonctions du système de santé. En plus du financement, les quatre fonctions essentielles comprennent la prestation de services, la production de ressources humaines et physiques, et l'encadrement.

C. Qualité des soins

La qualité des soins dans la mise en oeuvre de la CSU est évaluée par une série d'indicateurs de santé. 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 stratégique¹⁵.

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, ...).

III. Contribution de la cellule fonds pour la Promotion de la santé dans la matérialisation de la couverture santé Universelle en RD Congo:

En République Démocratique du Congo, analysant le besoin exprimé de la population, pour que chacun puisse atteindre le meilleur état de santé possible, le conseil National de la couverture santé universelle(CNCSU) est fondé sur base du droit à la santé et à la sécurité alimentaire, le chef de l'état et le gouvernement ont institué un système de couverture sanitaire universelle fondé sur les principes d'équité, d'assurance qualité, des soins et de protection financière pour tous. (Cfr loi n° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé Publique en RDC, article 41).

La couverture santé universelle repose sur cinq axes ci-après : Amélioration de l'offre de soins et services de santé, Protection financière pour tous les citoyens, renforcement de l'approche santé dans toutes les politiques, Gouvernance et Gestion du système national de CSU, la mobilisation des ressources en faveur de la CSU.

Pour sa mise en oeuvre, Cinq structure ont été créées, il s'agit de Fonds de promotion de la santé, Fonds de la solidarité de santé, agence

nationale de l'ingénierie clinique, de l'information et de l'informatique de la santé, Autorité de régulation de la prestation en santé, et l'institut national de la Santé Publique. Notre étude, se focalisant surtout sur la première structure, des fonds de promotion de la santé, voici donc les axes de sa contribution pour la matérialisation de la couverture santé universelle.

➤ **Renforcer le financement de santé :**

- Renforcer le financement de la santé basé sur l'impôt général et l'impôt sur les revenus, créer des mécanismes de financement viables,
- Le gouvernement doit être innovant pour générer les revenus sur des sources internes et améliorer la mobilisation de ressources fiscales.
- Relancer la sécurité sociale et les mutuelles de santé.
- Il faut aussi poser un problème de bon usage de ces ressources : l'efficacité allocative (où l'on met les ressources) et l'efficacité technique (comment on utilise ces ressources).

➤ **Renforcer le leadership et améliorer la gouvernance sanitaire¹⁶.**

- L'amélioration des systèmes de santé en Afrique comme en RDC n'est pas seulement question d'augmenter les ressources financières, c'est aussi preuve de leadership et de bonne gouvernance dans la gestion des programmes de santé.
- Les pays africains et en particulier la République démocratique du Congo

doivent réellement afficher dans le domaine de santé le leadership qui leur fait défaut actuellement. Les leaders sanitaires congolais doivent revenir aux principes basiques de santé publique établis en se focalisant sur les priorités de santé en particulier la protection maternelle et infantile et la santé des familles qui, étant donné que les familles acceptent de financer leur propre état de santé dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination.

- Elle doit revoir les stratégies actuelles et les recadrer par rapport aux priorités nationales, et mettre en place des stratégies coordonnées et inscrites dans la durée mobilisant les différents acteurs nationaux et étrangers, publiques et privés, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.
- Faute de leadership, le système sanitaire de notre pays la RDC continuera à être sous tutelle et à produire des rapports standards à destination des fonds internationaux, pour de données qui ne servent pas réellement à la population congolaise.
- Ceci implique la transparence dans la gestion et la distribution de ressources car, il faut le dire, la mauvaise gouvernance a un impact direct négatif sur la performance des systèmes de santé et en particulier sur les mutuelles de santé qui en sont les sous-systèmes.

➤ **Investir dans le personnel :**

- En réalité, il est important d'accroître les investissements en faveur du personnel : augmenter leur rémunération, prendre des mesures incitatives telles que les avantages socio-substantiels, l'accès à la promotion, plan de carrière, opportunités d'évolutions.
- Former davantage le personnel (formation de base et formation continue).

Investir davantage dans les infrastructures et les équipements.

- En Afrique, environ 7% des budgets de la santé sont consacrés aux infrastructures, alors que les pays africains ayant des systèmes de santé performants, consacrent plus de 30% de ces budgets aux infrastructures.¹⁷
- Il faut reconnaître que depuis plus d'une décennie environ, les choses changent ici et là ; des nouveaux hôpitaux et en construction par les chinois notamment, des équipements de soins de santé et des médicaments sont disponibles.
- Mais on constate que ces progrès se concentrent dans des capitales des pays africains ou dans des grandes villes et les services ne sont pas accessibles à la majorité de la population. Nous citons par exemple, l'hôpital du cinquantenaire de Kinshasa, Il est rare dans des provinces et périphéries. Il est donc nécessaire de penser à construire des

infrastructures de qualité et le personnel bien formé devrait travailler dans des conditions normales et des intrants bien disponibles pour assurer la sécurité sanitaire des populations.

- Les efforts doivent être déployés pour rendre les services accessibles à la majorité de la population et pour investir dans d'autres provinces¹⁸.

➤ **Améliorer l'accès aux médicaments essentiels et de qualité.**

- Augmenter la production locale par le développement d'une industrie pharmaceutique nationale : Rationaliser la chaîne d'approvisionnement en substituant les différents intermédiaires par la technologie pour faciliter la distribution des médicaments.
- La mise en place de la couverture sanitaire universelle pour donner à la majorité de la population l'occasion d'accéder aux médicaments de qualité.
- Lutter contre les faux médicaments par la création des laboratoires régionaux de contrôle de qualité, le renforcement de la coopération entre les états, la modification et l'harmonisation des cadres législatifs entre pays et la création d'une agence unique du pays du médicament ou continental du médicament.
- Redonner à la cellule du ministère de la santé chargée d'approvisionnement en médicament essentiel son

autonomie en collaboration parfaite avec l'office congolais de contrôle.

➤ ***Investir dans la couverture sanitaire Universelle et la nouvelle approche de système de santé par les biais des mutuelles de santé :***

- La couverture de santé universelle fait partir de la protection sociale ou de la sécurité sociale. Donc, lorsque les actions de la mutuelle de santé sont mieux définies et mieux planifiées, bien suivies et évaluées dans chacune de ses parties et dans chacun de ses entités et formations médicales, nous assisterons à la satisfaction des membres.

➤ ***Mutualiser et promouvoir les actions de la médecine traditionnelle.***

Malgré les aspects négatifs de la médecine traditionnelle en République Démocratique du Congo, où l'on assiste la difficulté de la posologie, manque de rigueur, la concentration du principe actif dans le produit étant à chaque préparation par faute de matériels de dosage fiable ; L'imprécision du diagnostic et de la durée du traitement, Le fétichisme qu'on y mélange ne permet pas aux chrétiens et aux autres croyants de consulter les guérisseurs, Certaines thérapies utilisent des procédés très irritants et douloureux(...) la médecine traditionnelle nous offre :

- Sous toutes ses formes, un mode de vie, un mode de

pensée, une culture et une facette de la civilisation congolaise. On a trouvé que remettre en bonheur cette médecine en la transférant du stade oral où elle se trouve actuellement confinée, au stade écrit contribuerait à revaloriser l'homme congolais, sa personnalité et sa culture propre.

- Les thérapies congolaises utilisent divers produits d'origine végétale, animale et minérale, de nombreux produits pharmaceutiques en ont déjà été extraits par de moyens techniques modernes, d'autres pourront être à l'avenir, confirmant ainsi l'apport certain de la civilisation congolaise à la science et à la technologie universelle. Cette médecine met en œuvre certaines méthodes et approches thérapeutiques encore mal connues qui une fois bien approfondies et maîtrisées, pourront révolutionner le diagnostic, la prévention ou le traitement de certaines maladies¹⁹.
- Les plantes et autres ingrédients de la médecine traditionnelle pourraient être

exploitées pour l'usage local ou pour d'exploitation soit sous forme artisanale sous forme des produits industrialisés²⁰.

IV. CONCLUSION

Au regard des évidences présentées dans cette note, les recommandations suivantes sont formulées pour la mise en œuvre 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 œuvre 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 couverture santé universelle étant une approche globale de la santé qui doit se vivre par la population alors, il est nécessaire de mener les études dans des provinces en commençant par la formation des professionnels de santé dans ce domaine et les soins étant plus proche de la population, cette dernière, pourra mieux affirmer la couverture santé universelle est une réalité dans son milieu de vie en pensant davantage

à la rémunération qualitative et quantitative du professionnel de santé, qui est l'acteur principal de la dite couverture santé Universelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. D., Grodos, R., Meloni, P., Mercenier. (1999) : Le développement d'un district sanitaire: qu'est-ce qu'un district sanitaire fonctionnel ? le cas de Dolisie (Loubomo) au Congo (République du Congo).
2. Ecole de Santé Publique. Université de Kinshasa (2003). Enquête CAP ménage sur la situation sanitaire des Zones de Santé appuyées par la Banque Mondiale à travers BCECO dans le cadre du PMURR. Rapport final. Kinshasa, République Démocratique du Congo
3. Ekman B.,(2004): Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. Health Policy Plan 2004, 19: 249-
4. Le rapport la Banque Mondiale,(2017) : Dépenses et finances Publiques en RDC éd.2013 2017
5. MANZAMBI K.,(2014) : Laboratoire de santé Publique, Ed. DEBOECK, p15.
6. MATUKALA N.T., et Al.,(2013) :(Economie de santé, Ed, Bruxelles p 45.
7. Middle-Income Countries. In,(2017): Quah, S.R. and Cockerham, W.C. (eds.): The International Encyclopedia of Public Health, 2nd edition edn. Oxford: Academic Press; 2017.
8. Mini santé, RDC,(2017) : Rapport sur le financement des soins de santé, éd. entièrement revue
9. Ministère de la Santé (1998) : Etat des lieux du Secteur de la Santé (ELS) Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo
10. Ministère de la Santé (2001) Politique Nationale de Santé. Ministère de la Santé Kinshasa, République Démocratique du Congo
11. Ministère de la Santé (2019) : Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDNS).Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo
12. Ministère du Plan et de la Reconstruction Nationale (1995) : Enquête nationale sur la santé des enfants et des femmes, Kinshasa, République Démocratique du Congo
13. Organisation Mondiale de la Santé (2005) : Rapport sur la santé dans le monde. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
14. Organisation Mondiale de la Santé. La santé et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Organisation Mondiale de la Santé,
Genève.

15. SENKER NDIMBA B. (2022),
Financement des soins de santé par
approche Mutuelle de santé : Boussole
du professionnel de santé
Communautaire. Ed. Géneries
Publishing, République de
Moldavie,2022.
16. SENKER NDIMBA B. et Al,(2022),
Motivation, Une source efficace pour
améliorer la performance d'une
organisation, Cas de la société,
F,Compta Ijssass,2022.
17. SENKER NDIMBA B. et Al.(2022) :
Risques socio-économique, sanitaire et
démographique liés au refus des tests
prénuptiaux par les jeunes de la
commune de Ngaba, ville province de
Kinshasa, capitale de la RD Congo. Ed.
IJSSASS, 2022
18. SENKER NDIMBA
B.,(2022),Financement des soins de
santé par approche Mutuelle de santé :
Avis des enseignants de l'EPST-RD
Congo, sur la qualité des services de la
MESP,IJSSASS,2022
19. Umeh CA, Feeley FG(2017):
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, 5: 299-314.
20. Vilcu I, Probst L, Dorjsuren B,
Mathauer I.,(2016): Subsidized health
insurance coverage of people in the
informal sector and vulnerable
population groups: trends in
institutional design in Asia. Int J
Equity Health, 15: 165.

* CONTRIBUTION DE LA STRUCTURE FONDS POUR LA PROMOTION DE LA
SANTÉ DANS LA MATÉRIALISATION DE LA COUVERTURE SANTÉ
UNIVERSELLE EN RDCONGO

Received 31 October 2022; Accepted 20 December 2022

Available online 29 December 2022