



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

DÉTERMINANTS SOCIOÉCONOMIQUES D'ÉQUITÉS SANITAIRES EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

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

DÉTERMINANTS SOCIOÉCONOMIQUES D'ÉQUITÉS SANITAIRES EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO. ☆

Assani Sabiti Janvier Abert ^a, Muyololo Mulamba Mudjos ^a, Baketi Kigomba Justin ^a, Kubali Mwisa Victor ^{a*}

A. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Shabunda

Received 28 January 2023; Accepted 21 March 2023

Available online 26 March 2023

ARTICLE INFO

Keywords:

Déterminants

Socioéconomique

Inégalités

Santé

RDC.

ABSTRACT

La réduction des inégalités sociales de santé est cruciale : la pratique sociale peut en effet contribuer à réduire ces inégalités, participation communautaire, redevabilité des services de santé,... Les recherches démontrent que des interventions en promotion de la santé, trop focalisées sur les déterminants socioéconomiques, creusent ces inégalités. Elle ne doit pas être directive mais participative. En particulier, si les intervenants sont mis à l'écart ou si les personnes les plus vulnérables n'y sont pas associées, il sera impossible de réduire les inégalités. Les données probantes en matière de réduction des inégalités montrent la nécessité de développer des activités spécifiques à certains sous-groupes de la population, afin d'atteindre l'équité en matière de santé. La République Démocratique du Congo devrait impliquer les organes de participation communautaire, la qualité de soins de santé, la redevabilité des services de santé et l'utilisation des services offerts, afin d'atteindre la justice sociale en santé. Pour réduire les inégalités sociales de santé, il faut recycler les professionnels intervenants dans les services et les décideurs. La formation est une nécessité absolue pour apporter la justice sociale en santé.

.

.

1. Introduction

La crise économique et financière internationale sont les risques pour le développement des économies du monde. Donc la crise de 2009 a eu un impact désastreux sur les pays du monde qui a vu sa croissance prolongée à 2,8%, ce qui a amené à une destruction de 300000 emplois. La poursuite du cadre macroéconomique doit prendre ainsi la dimension cyclique. Les gouvernements doivent mettre des mécanismes pour amortir l'impact de celle-ci. Pour réduire la pauvreté dans les pays en développement, des analyses montrent qu'il faut une croissance forte et soutenue de 8% en moyenne (Banque Mondiale, 2019). Le niveau de croissance ne peut être réalisé qu'avec un volume d'investissement d'au moins 25 % du Produit Intérieur en 2025(RDC,Dsrp,2022). Du point de vue socioéconomique, des poches de pauvreté existent encore dans des pays avancés, avec un revenu de 40%(Banque mondiale, 2019). Ainsi, il existe des déterminants qui contribuent à l'inégalité aux soins de santé ; notamment, le manque des subsides de l'Etat, l'absence des (mécanismes de partage des risques et de politique de paiement), le statut social, de la tarification forfaitaire, faible accessibilité liée aux coutumes non favorables à la santé amplifiée par la faiblesse de la dynamique communautaire. On peut ajouter le faible niveau d'instruction et de l'analphabétisme (Kubali,2018) et kisubi,(2022).

Cependant, les pauvres sont caractérisés par une utilisation insuffisante des services de santé, des pratiques alimentaires néfastes, motivées par le manque de connaissances en matière de revenu, une mauvaise protection sanitaire, une exclusion du système de financement de la santé, une assurance limitée. Ces déterminants conduisent naturellement vers de mauvais résultats sanitaires qui amoindrissent le revenu (perte de salaire, frais de santé exorbitant par rapport aux revenus,...), cette pauvreté exacerbe ces déterminants et creuse les inégalités. La Banque

mondiale a approuvé aujourd'hui un financement en faveur du projet de santé, pour une enveloppe globale de 502 millions de dollars en 2021.Ce financement comprend un crédit de 246 millions de dollars de l'Association Internationale de Développement (IDA). Il va aider le pays à réduire les déterminants sociaux de base, notamment, la santé (Banque mondiale, 2019).

La perception de la justice sociale, se rapporte à l'inégalité aux soins. Pour réduire l'inégalité aux soins de santé, vous devez avoir une politique de la baisse de prix, de paiement en nature, de la satisfaction des ménages aux soins de santé, et au non rupture de stock des médicaments. Cependant, le développement humain et la croissance économique, font de la lutte contre l'inégalité aux soins de santé, un investissement dans la population congolaise pour la réduction de la pauvreté et le développement économique. Ainsi donc, l'objectif fixé est de contribuer à la réduction de l'inégalité sociale aux soins de santé en République Démocratique du Congo.

2. Les inégalités sociales de santé

L'équité en santé est un concept lié à la promotion de la justice et à l'élimination de toutes les formes de discrimination. Faire progresser l'équité en santé implique une réorientation globale de nombreux pans de la société afin d'améliorer la santé et le statut social des sous-groupes de population qui ont toujours été marginalisés et/ou démunis (OMS, 2022). Les inégalités sociales de santé font référence à la relation étroite entre la santé et l'appartenance à un groupe social. Dans le cadre de l'élaboration de la loi relative à la politique de santé publique, on parle de précarité (qui peut être sociale, économique, juridique) pour qualifier des effets structurels s'appliquant aux individus les plus vulnérables (désaffiliation sociale, fragilité de l'emploi, instabilité du statut)(Groupe Technique,2003).

Les inégalités sociales de santé font référence à toute

relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles renvoient aux écarts, généralement évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socioéconomiques et territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations.

Pour l'anthropologue Didier Fassin, les inégalités sociales de santé sont les résultats de la production par les sociétés et qui s'expriment dans les corps. Autrement dit, les inégalités sociales de santé sont l'aboutissement des processus par lesquels le social passe sous la peau (Fassin.D.,2000).

3. Inégalités de santé et équité

Les inégalités de santé décrivent des écarts entre des sous-groupes pour certains indicateurs de santé, ou encore est une distribution inéquitable des richesses matérielles et symboliques dans la société. L'équité est un jugement de valeur concernant le caractère juste ou injuste de ces écarts (Louise.Potvin, et Al,2010). La notion d'inégalité sociale de santé fait essentiellement référence à l'observation de différences quantitatives au regard d'un indicateur spécifique de santé entre des groupes dans une population. La question d'équité en matière de santé renvoie, à des aspects normatifs, à un jugement de valeur concernant les inégalités observées. Elle renvoie à la qualification, pour chaque société, des différences qui sont socialement acceptables, compte tenu des valeurs et des conditions d'existence. Il existe donc plusieurs façons de définir l'équité ; la distribution d'un bien ou d'une ressource. Réduire les inégalités sociales en santé se fait pas simplement sur une base égalitaire, mais doit aussi prendre en compte la pertinence de cette ressource, compte tenu des besoins différentiels de chacun (Giacomini.M et al 2008). Pour ce qui est de l'équité en matière de santé, Armatya Sen, récipiendaire d'un prix Nobel d'économie, suggère que celle-ci joue un rôle central dans la poursuite de la justice sociale. Contrairement à d'autres ressources, la santé est une dimension

essentielle de la capacité humaine de poursuivre des buts et des objectifs de vie. La question de la distribution équitable des ressources qui mènent à la santé est donc au cœur des débats de justice sociale. Un tel débat suppose cependant que l'on s'entende sur deux éléments essentiels. Le premier est l'identification des ressources pertinentes qui doivent faire l'objet d'une distribution équitable, compte tenu de leur rareté. Ainsi, on ne jugera pas équivalence des ressources qui sont gérées et distribuées par l'État comme l'accès aux soins, et des ressources qui sont plutôt liées à des comportements individuels, comme l'alimentation, même si ceux-ci sont souvent façonnés par des conditions environnementales hors du contrôle des individus. Le second élément est l'identification de jugements acceptables dans le niveau d'obtention de cette ressource entre des groupes spécifiques. Les caractéristiques, tels que l'âge, le genre, l'orientation sexuelle, l'origine ethnique, le statut de pauvreté, la culture, sont souvent utilisés comme les déterminants sociale de la santé (Sen.A,2009).

4. Les systèmes de santé dans le monde et en Afrique.

Les systèmes de santé sont complexes ; ils se composent d'éléments interconnectés qui interagissent avec le contexte dans lequel ils évoluent. Comprendre cette inter connectivité et cette complexité constituent le cœur même d'une pensée systémique, qui appréhende le système dans sa globalité, sa valeur dépassant la somme de ses éléments distinctifs. Dans une approche systémique, agir sur l'un des éléments du système peut contribuer à rééquilibrer tout le système. L'accès aux soins et aux services de santé constituent une préoccupation dans le monde. Pendant la période coloniale, les soins de santé étaient gratuits pour les populations urbaines. Face aux difficultés, une réorganisation a été adoptée (Bamako, 1987).

Pour aider les populations à sortir de cette situation de pauvreté auto-entretenu, d'initiative (Alma Ata, Soins

de Santé Primaires) a été prise pour améliorer le secteur de la santé et contribuer à la réduction de la pauvreté. Malgré toutes ces actions, plusieurs contraintes ont subsisté dont la réduction de l'accès aux soins et la faiblesse du système de sécurité sociale qui ne couvre qu'une infime partie des populations en Afrique Subsaharienne. Cette situation s'explique par la multitude des barrières : par exemple financières, géographiques et socioculturelles.

En Afrique, le constat est moins encourageant et reste le continent où le taux d'accès aux soins de santé est le plus faible (8,2%). De cette situation, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds International des Nations Unies pour le Secours à l'Enfance (FISE) ont accepté d'aider les pays à faible revenu à mettre en place un système de mutualisation des risques de santé pour augmenter la couverture sanitaire universelle (Samba, Thèse de doctorat, 2022).

Le passage d'un modèle de rémunération à l'acte à un système de paiement fait taire subventionné, en tant que choix politique pour les pays pauvres, engendre les conditions nécessaires à d'autres réformes du secteur santé. Ce type de système de financement garantit aux populations pauvres un meilleur accès aux soins de santé tout en améliorant l'équité du système.

Quoi qu'il en soit, l'instauration de forfaits ne peut être une mesure isolée ou un but en soi. Elle doit s'inscrire dans un ensemble plus vaste d'efforts, incluant notamment une gestion rationnelle des ressources humaines (bénéficiant de salaires corrects) ainsi qu'une attitude professionnelle en matière de diagnostic et de traitement.

Les agents de santé changeront d'attitude s'ils gagnent un salaire correct pour un travail de qualité. Quant à la population, elle modifiera aussi son comportement et aura recours aux services de santé publique, si ces derniers sont fonctionnels et dispensés à un coût juste, abordable et prévisible. La commercialisation des soins

de santé contribue à amplifier les inégalités entre riches et pauvres, tout particulièrement dans des contextes caractérisés par des cadres réglementaires de faible qualité dans le secteur santé (Martine .A., et al., 2022). Que la tarification des soins ne constitue pas une barrière à l'accès aux soins. Plus récemment, il a été avancé qu'elle pouvait aussi contribuer à l'appauvrissement des ménages. Pour lutter contre l'impact négatif des tarifications des soins sur les plus pauvres, de nombreux gouvernements ont décrété que les plus pauvres continueraient à avoir accès gratuitement aux soins des structures de santé publique. Il est clair aujourd'hui que ces mécanismes d'exemption ne fonctionnent pas : les bénéficiaires des exemptions sont rarement les plus pauvres et ces derniers sont rarement exemptés, (RDC, Ministère du Plan, 2019-2023).

Des systèmes faiblement réglementés de rémunération à l'acte engagent un cercle vicieux débouchant sur une dégradation progressive de l'accès à des soins de santé de qualité. Et même si la suppression du paiement par les patients figure en tête des priorités de l'agenda international en matière de santé, les supprimer brutalement pourrait avoir un effet déstabilisant sur le système de santé et s'avérer inabordable, voire non durable dans des pays aux ressources limitées, tels que la République Démocratique du Congo (RDC, Ministère du Plan, 2019-2023).

5 .Le droit à la santé.

Le droit à la santé est un élément fondamental de l'homme qui a été énoncé pour la première fois dans la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946, dont le préambule définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale, a ainsi le droit à la possession du meilleur état de santé qu'il est capable

d'atteindre. Mais affirmer que la santé est un droit, ne suffit pas, qu'il soit appliqué, ou du moins plus complexe.

Les inégalités en matière de santé d'un pays à l'autre est une source de préoccupation pour les prestataires et les administrateurs de la santé. La répartition inégale dans un pays à l'autre et entre des sous-groupes de la population, par exemple riches et pauvres, hommes et femmes. Aussi, il existe des différences entre les zones urbaines et rurales à ceux qui concernent la couverture des services de santé clés comme l'aide professionnelle lors de l'accouchement, la vaccination,... Pour atteindre la justice sociale, la communauté devrait participer à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au suivi de mécanismes de prestation des soins (OMS Afrique,2012).

En voulant rapprocher les populations des services de soins, l'Etat a privilégié la quantité au détriment de la qualité et a privilégié aussi certaines régions et les grands axes de communication dans sa mise en place des structures. Ainsi, les disparités et les inégalités de répartition continuent de s'opérer aux dépens de lieux qui ne rentrent pas dans les critères définis par l'Etat. L'implantation des établissements de soins de base qui devaient contribuer à réduire les inégalités spatiales et sociales dans l'accès aux soins, les ont renforcées (Habila.Adamou.Djibo.,et al,2022).

On parle d'inégalités sociales de santé lorsqu'il y a des écarts entre différents groupes au niveau de leur santé en fonction de différents faits sociaux. Ces inégalités se traduisent par des écarts au niveau des taux de mortalité et de morbidité entre les personnes de caractéristiques différentes et témoignent ainsi d'un gradient entre strates socioéconomiques. La préoccupation en matière d'équité en santé découle notamment du fait que la santé est universellement reconnue comme un bien public, quelle que soit sa capacité à payer comme définie dans le préambule de la Constitution.

Malgré cette volonté, beaucoup d'individus font face à d'importantes barrières dans la recherche des soins dont ils ont besoin en partie, parce qu'elles éprouvent

des difficultés à payer les frais de leurs poches, ce qui au final les enferme dans une trappe de pauvreté. Par ailleurs, les besoins sanitaires varient selon les processus sociaux, caractéristiques des individus desservis par le système de santé. Ils sont définis par la situation géographique, socioéconomique et sont généralement plus importants chez les femmes, les personnes aux extrémités du cycle de vie (enfants et personnes âgées).

Ce constat est aussi valable chez les personnes riches car les dépenses peuvent être tellement élevées qu'elles sombrent dans la pauvreté mais la situation devient plus dramatique chez les pauvres car une toute petite dépense pourrait les amener à renoncer aux soins ou les envoyer sous le seuil de pauvreté. Ainsi, pour réduire la pauvreté et atteindre le développement économique, il est indispensable de réduire le différentiel d'état de santé entre les riches et les pauvres en améliorant l'accès de ces derniers aux soins de santé essentiels notamment en levant la barrière financière, principal obstacle à l'accès aux soins.

Ces faits qui mettent en évidence des disparités sanitaires à la fois dans la santé, l'accès et l'utilisation des soins, sont constatés dans tous les pays à revenus faibles et intermédiaires et a fait l'objet d'une littérature abondante au cours de ces dernières décennies. La justice sociale influe sur la façon donc les gens vivent et sur les risques de maladie et de décès prématuré auquel il est exposé (Charles Michel et al, 2022).

On observe au sein d'un pays de très grandes différences d'état de santé, entre des groupes sociaux, qui sont étroitement liés aux conditions socioéconomiques. Des écarts observés entre les groupes sociaux en termes de santé ne provient pas de causes naturelles, mais de l'influence d'un certain nombre de facteurs économiques et sociaux, tels que les revenus, les modes de vie ou encore l'accès aux soins. Aussi un écart d'utilisation des soins de 39 % en faveur des populations couvertes contre le risque maladie. En outre, même s'il existe des inégalités en faveur des femmes, des enfants et des personnes âgées,

les résultats montrent que les iniquités relatives au revenu persistent toujours.

Le statut socioéconomique des mères est particulièrement déterminant, car les mères sont les premières responsables des soins apportés à la famille. Elles préviennent contre la maladie, le traitement, l'alimentation et l'hygiène de la famille.

L'enfance est une période de réduire les inégalités sociales en santé, c'est en cette période que se constitue la capitale de santé. Les inégalités de santé prennent place bien avant la naissance des enfants. En effet, la situation socioéconomique des parents, notamment la manière et les conditions dans lesquelles se déroule la grossesse, détermine une grande partie de l'état de santé des futur-nés. Cela est particulièrement accentué au Niger où plus de 17% des femmes enceintes n'ont reçu aucune visite prénatale par un prestataire formé, et on constate également que cette proportion a tendance à baisser avec le niveau d'instruction et le statut socioéconomique du ménage, de 9 % parmi les femmes sans instruction.

Ces inégalités perdurent et se renforcent autour de la naissance, où à peine 30% des accouchements ont eu lieu dans un centre de santé et 34% des femmes ont reçu des soins postnatals dans les 48 heures après l'accouchement. Pour réduire les inégalités d'accès aux soins maternels, il est important de noter que la performance d'un système sanitaire n'est pas uniquement liée aux ressources budgétaires, elle dépend également des ressources humaines et de l'équité territoriale de leur répartition selon les régions et le milieu environnemental. Ceci suppose une meilleure répartition du personnel entre les différentes structures du secteur public.

D'autres facteurs de morbidité suivent la même tendance susmentionnée, de disparités, selon les conditions socio-économiques des parents et environnementales de l'enfant. Toutefois, l'impact des disparités socio-économiques sur les inégalités de santé des enfants devrait être analysé dans une approche holistique. Ainsi, les croyances étiologiques des

maladies et les normes culturelles qui prévalent dans le milieu où les mères vivent, notamment celles relatives aux soins de santé et à l'alimentation, vont influencer la qualité des soins accordés à ces enfants. Toutefois, l'instruction des mères permet à celles-ci d'acquérir des connaissances et des expériences personnelles favorisant un changement de mentalités et une rupture plus facile avec les cultures traditionnelles.

6. Financement de la santé en Afrique

Les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie font face à de nombreux défis sanitaires. Les services de santé en place aujourd'hui y répondent avec peine. L'insuffisance de moyens a des conséquences tragiques. Sans conteste, un effort accru du Nord est nécessaire. Toutefois, la faible performance de ces systèmes de santé mérite également une attention critique. Si les arrangements institutionnels actuellement en place sont défaillants, un programme de réformes est à mettre sur l'agenda.

Les grands défis sanitaires auxquels les pays les plus pauvres sont aujourd'hui confrontés est l'injustice sociale. Les différentes initiatives tentant de s'attaquer à la trop maigre assistance de la part des pays riches sont rapidement présentées. L'Association internationale de développement (IDA) accorde des dons et des prêts aux pays à faible taux d'intérêt ou sans intérêt en faveur de programmes de nature à stimuler la croissance économique, à réduire la pauvreté et à améliorer la vie des plus démunis. Elle figure parmi les principaux bailleurs de fonds des 75 pays les plus pauvres de la planète, dont 39 se trouvent en Afrique. Elle permet d'apporter des changements positifs dans la vie de 1,5 milliard de personnes résidant dans les pays éligibles à son aide. Depuis sa création, l'IDA a soutenu des activités dans 113 pays. Le volume annuel des engagements est en constante augmentation et s'est élevé en moyenne à 18 milliards de dollars au cours des trois dernières années, 54 % environ de ce montant

étant destinés en l'Afrique.

Le Mécanisme de financement mondial (GFF) est un partenariat formé par diverses parties prenantes pour aider les pays à s'attaquer aux problèmes de santé et de nutrition les plus graves touchant les femmes, les enfants et les adolescents. Le Fonds fiduciaire du GFF joue un rôle de catalyseur en accordant aux pays des financements d'ampleur limitée qui leur permettent d'accroître dans une large mesure les ressources intérieures fournies aux côtés des fonds de la Banque mondiale (IDA et BIRD), de financements extérieurs alignés et des ressources du secteur privé. Chaque investissement extérieur de montant relativement faible est multiplié par les engagements des pays eux-mêmes, et génère ainsi un important retour sur investissement qui permet à terme de sauver des vies humaines et d'améliorer la situation des populations. Cependant, la République Démocratique du Congo est incluse pour le financement d'IDA, afin de réduire l'inégalité aux soins de santé.

7. Politique sanitaire en République Démocratique du Congo

La mission du Ministère de la Santé est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population congolaise en organisant des services sanitaires de qualité et équitables pour la restauration de la santé des personnes et la promotion du meilleur statut sanitaire possible dans toutes les communautés (Ord n°014/078 du 7 Décembre 2014)(RDC, PNDS 2019-2022).

Plus concrètement, il s'agit de : assurer la législation, la régulation, la normalisation et l'élaboration des politiques et stratégies en matières de santé, assurer la production et la mobilisation des ressources internes et externes nécessaires à la mise en œuvre des politiques et stratégies du Gouvernement en matière de santé, fournir les prestations des soins de santé de qualité tant préventives, curatives que promotionnelles et de réadaptation à l'ensemble de la population vivant sur le

territoire national, assurer l'équité en matière de distribution et d'offre des prestations et services de santé. L'article 47 de la Constitution, garantit le droit à la santé. La Politique Nationale de la Santé, adoptée en 2001, met l'accent sur les soins de santé primaires (SSP).

L'unité opérationnelle de mise en œuvre est la zone de santé, qui organise les structures chargées de dispenser les soins de santé globaux, continus et intégrés. La loi fixant les principes fondamentaux et règles relatifs à l'organisation de la santé publique en examen à l'assemblée nationale n'est pas encore votée. Réforme de l'administration sanitaire et organisation du système de santé. Le Ministère de la santé publique est structuré en 3 niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau provincial et le niveau périphérique ou opérationnel. Le niveau central, ce niveau est en pleine réforme administrative. Ainsi, le nouveau cadre organique prévoit de passer de 13 à 9 Directions. La réforme en cours prévoit aussi de regrouper certains programmes spécialisés et d'en transformer d'autres en services spécialisés. Le niveau provincial, est composé du ministre provincial en charge de la santé, d'une division provinciale de la santé, d'une inspection provinciale de la santé, de l'hôpital provincial et des autres structures sanitaires à vocation provinciale. La décentralisation confère aux provinces les attributions exclusives d'organisation et de gestion des soins de santé primaires. Les divisions provinciales de la santé (DPS) sont des structures décentralisées placées sous la tutelle des ministres provinciaux ayant la santé dans leurs attributions. Elles assurent le rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des zones de santé.

Les Inspections Provinciales de Santé (IPS) sont des structures déconcentrées qui exercent les fonctions de contrôle et d'inspection au niveau provincial, sous la tutelle du Gouverneur. Elles assurent l'inspection et contrôle des établissements des soins, pharmaceutiques

et de science de la santé. D'autres services provinciaux sont les Hôpitaux Provinciaux, les Laboratoires provinciaux et les centrales de distribution régionale des médicaments. Ils assurent les soins de santé de référence secondaire et l'appui des zones de santé dans leurs domaines spécifiques. Un travail de fond est en cours pour lever la confusion entre décentralisation et déconcentration.

Le niveau opérationnel, comprend 516 zones de santé avec 393 Hôpitaux généraux de référence et 8.504 aires de santé (AS) planifiées dont 8.266 disposent d'un centre de santé. Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires (RDC,PNDS 2015-2020).

Les principaux défis de système de santé : la faible qualité des soins et de services offerts (disponibilité de la qualité et de la quantité, de la qualité de formation des prestataires de santé, de la rémunération,...). Faible utilisation des services et de soins offerts ; financière, socioculturelle et géographique. Faible couverture sanitaire, 124 zones /districts sanitaires sur 516, soit 24 % ne disposent pas d'un hôpital général de référence. Faible recevabilité des services de santé devant les communautés : les organes de participation communautaire exigent la pleine implication de la communauté dans la planification et dans le suivi des prestations des formations sanitaires (RDC,PNDS recadré 2019-2022).

- **Situations sanitaires financières;** durant ces cinq dernières années sur le plan de la croissance économique et de la stabilité macroéconomique en moyenne, 7% par an, le pays a connu une période de forte et durable croissance économique depuis 2019, selon les données issues de la Revue des dépenses publiques (PER/Banque mondiale 2020). L'environnement économique s'attend à connaître quelques améliorations des ressources (recettes) à partir de 2022 due à l'embellie attendue favorisée par la combinaison d'une hausse des cours des matières premières produites par le pays, le marché

international d'une part et l'application du nouveau code minier promulguée en cours de cette année. Le secteur de la santé souffre des plusieurs maux : une faible allocation budgétaire, dépenses de ménages trop élevées. Les ressources disponibles sont mal dépensées (Banque mondiale, 2022).

- **Organisation de l'offre des soins ;** l'organisation de l'offre des soins est assurée par les structures publiques et les structures privées. Le secteur public est organisé autour des Centres de Santé, des Hôpitaux des (références, des hôpitaux provinciaux, des forces armées et de la police) et d'autres départements organisant des soins pour leurs travailleurs. Le secteur privé est subdivisé en deux catégories, privé à but lucratif et non lucratif (services de santé d'organisations non gouvernementales et d'organisations confessionnelles) ainsi que la médecine traditionnelle. Le secteur pharmaceutique est essentiellement aux mains des privés. Le privé lucratif est surtout florissant en milieu urbain et dans les pôles économiques. Il est constitué par les cabinets médicaux et paramédicaux, les cliniques ou polycliniques, les centres de diagnostic (laboratoires, imagerie).
- Les autorisations d'ouverture sont accordées par le Ministère de la santé publique tandis que la demande d'ouverture est approuvée par la province. Les textes devant clarifier les attributions du pouvoir central et celles des provinces en cette matière concurrente font encore défaut. Le secteur privé confessionnel et associatif est présent depuis l'époque coloniale et représente environ 40% de l'offre de soins (Etat des lieux du secteur de la santé, 2010).
- Les principaux acteurs sont les églises catholiques, protestantes, kimbanguistes et salutistes qui gèrent des formations sanitaires (hôpitaux et centres de santé).les structures privées, ont des rôles de suppléer les structures

étatiques pour les besoins commerciaux de santé qui favorisent l'accessibilité géographique de la population aux services de santé.

-Les dépenses de la santé en République Démocratique du Congo ;

les dépenses de santé sont dites catastrophiques lorsque, les malades ou leurs ménages s'acquittent d'une participation financière très élevée par rapport à leur revenu. Elles sont dites d'appauvrissement lorsqu'un ménage non-pauvre tombe en dessous du seuil de pauvreté après avoir effectué ces paiements, autrement défini, lorsqu'un ménage (pauvre ou non-pauvre) voit son niveau de vie se dégrader significativement après ces paiements.

L'hypothèse faite est que la santé de tout individu est financée par le revenu du ménage dans lequel il appartient. Ainsi, la décision d'engager une dépense de santé pour se soigner ne peut que se substituer aux autres biens de consommation courante du ménage (alimentation et boissons, habillement, logement, scolarisation des enfants, etc.). La catastrophe financière ou encore l'incidence des dépenses de santé catastrophiques est calculée comme la proportion de ménages dans la population pour lesquels les dépenses sont égales ou supérieures à un seuil exprimé par rapport à la capacité de paiement (dépenses totales ou dépenses de non-subsistance)(rapport de compte, 2019).

Les dépenses totales de santé en 2022 étaient de 488700071675 Franc congolais soit 292,81 millions de dollars, contre la prévision linéaires de 880268965703 Franc Congolais soit 527,42 millions de dollars. Le taux d'exécution est de 55,51%. Les dépenses courantes de l'Administration Publique ont été essentiellement consacrées à la rémunération (82%), aux achats des produits pharmaceutiques (8%). Elles constituent la troisième source de financement de la santé après les ménages et les bailleurs. Il est à noter que : la limitation de la pression fiscale, l'existence des dépenses contraignantes, le faible niveau de recouvrement des recettes publiques et la faible contribution de certains gouvernements provinciaux

aux assignations des recettes prévues ont conduit à la faible exécution du budget de l'Etat alloué à la santé au cours de l'année 2018. Les ménages constituent la principale source et un acteur clé du financement des services et soins de santé. La dépense courante des ménages était affectée en grande partie aux hôpitaux (50%) et aux centres de santé et autres prestataires des services (14%), aux pharmacies (30%), aux laboratoires et imageries (3%) et aux services prestataires de soins préventifs (2%). Les soins curatifs ont été financés à hauteur de (64%), les soins préventifs (2%), l'achat des médicaments délivrés sur ordonnance (30%) par les ménages. Le paiement direct constitue le principal mode de financement des ménages, il s'est élevé à hauteur de 553 245 808 dollars/ 595 670 252 dollars, soit 93 % des ménages au cours de l'année. Ce qui démontre que l'aide extérieure est la deuxième source de financement du secteur de la santé et témoigne d'une forte dépendance à l'aide extérieure. En outre, la dépense courante des Bailleurs était affectée en grande partie aux prestataires de soins préventifs (40%), suivi des prestataires des soins ambulatoires 28 % et prestataires des services administratifs et financement du système de santé (25%), enfin aux hôpitaux (5%) et aux laboratoires et imageries (2%). Ainsi, contrairement au financement des ménages, les bailleurs avaient orienté leurs financements principalement vers les soins préventifs (58%), ensuite la gouvernance, l'administration et le financement du système de santé. Les soins curatifs ont été financés à 15%. On observe une régression progressive par rapport à cette dépense. Il est important d'augmenter le financement dans cette catégorie des groupes spécifiques et vulnérables pour espérer réduire le taux de mortalité maternelle et infantile à long terme. Les indicateurs de financement de la santé selon les standards de comparaison internationale. Il expose les résultats clés des dépenses de santé. Ces résultats facilitent la compréhension du financement de la santé et apportent des réponses appropriées aux questions pertinentes que se posent les acteurs du secteur de la

santé et les décideurs sur le financement des dépenses,(RDC, rapport de compte santé, 2021).

- Evolution de l'état de santé de la population ; selon le rapport de développement humain (PNUD, 2015), l'espérance de vie est de 51 ans pour les hommes et 54 ans pour les femmes. En effet, la progression observée depuis 2011 montre que le Congo(Kinshasa) gagne en moyenne 4 mois en espérance de vie chaque année, soit un an tous les trois ans.

Dans la majorité des pays pauvres d'Afrique et d'Asie, leurs systèmes de santé en place sont largement en deçà des besoins et attentes des populations. Nous sommes très loin encore d'avoir atteint l'objectif fondamental de la santé pour tous. Sans contester l'idée que la première cause est l'insuffisance de ressources consacrées à la santé, il faut booster aussi dans les arrangements institutionnels qui sous-tendent les systèmes de santé,(RDC,PNSDS, 2021-2023). La faible couverture territoriale en services de santé de qualité et l'accès limité aux services disponibles qui justifie l'élaboration du plan d'investissement en infrastructures et équipements pour améliorer l'offre des soins de qualité. Iniquité dans l'accessibilité financière aux soins de santé primaires liée à la dépense des ménages dans la santé, le déficit des mécanismes de protection, d'où la part importante des dépenses des ménages dans la santé. Espace fiscal faible pour la santé avec une dépendance importante des partenaires techniques financiers. Le déficit des mécanismes de protection, d'où la part importante des paiements directs par ménages. Les dépenses catastrophiques sont aussi à l'origine de l'hésitation des plus vulnérables à consulter les services de santé (RDC, Rapport sur la prestation des soins de santé).

8. Conclusion

Pour réduire l'inégalité sociale de la santé, comme objectif prioritaire de système de santé, il faut agir pour modifier les « les causes de causes ». Le gouvernement de la République Démocratique du Congo devrait, faire participer les organes de la participation

communautaire à toute prise de décision, adopter le mécanisme de la protection financière des ménages, des différentes politiques de financement ciblées (gratuité, paiement direct, assurance maladie, fiscalité, subventions). L'amélioration de l'offre de santé de qualité par le développement de la pharmacopée traditionnelle comme une réponse à la forte dépendance vis-à-vis de l'extérieur. L'utilisation des services des soins, agir sur la taille des ménages. La couverture aux soins de santé de qualité pour la population est encore insuffisante, suite au déficit d'insatisfaction des besoins de demande de la population afin d'atteindre la justice sociale à la santé. Pour réduire les inégalités sociales de santé, il faut améliorer les compétences des acteurs (les professionnels intervenants dans les services de santé et les décideurs politiques). La formation est une nécessité absolue pour apporter la justice sociale.

Références Bibliographiques

- Banque Mondiale,(2019). *Financement de la santé en RDC*, Washington. Google scholar.
- RDC, ministère du plan,(2015). *Document des stratégies de croissance et la réduction de la pauvreté*, Rapport final, kinshasa, google scholar.
- Kisubi .L.,Casinga.B., & Kubali .M,(2022). Fréquentation et accessibilité économique aux soins de santé : zone de santé de Kalole, Province du Sud-Kivu en RDC. *Revue international journal of social sciences and scientific studies*.Volume 2, numéro 7. Google scholar.
- Kubali.M.V., et al,(2018). *Aspects de fréquentation et d'accessibilité aux soins de santé dans la zone de santé Rurale de Kalole*, Province du Sud-Kivu, RDC, Revue Centre de Recherche pour la Promotion de la santé, Bukavu, Numéro 01, Volume 5, ISTM- Bukavu.
- RDC, Ministère du Plan, (2019-2023). *Plan stratégique national de développement*, P.125.
- Organisation Mondiale de la Santé,(2022) *.Suivi des inégalités en matière de santé sexuelle et reproductive et de santé de mère, du nouveau-né, de l'enfant et de*

- l'adolescent*. Manuel pratique. Google scholar, P.96.
- Groupe Technique national de définition des objectifs,(2003). *Analyse des connaissances disponibles sur les problèmes de la santé sélectionnés, leurs déterminants et les stratégies de santé publique*, Rapport, paris : direction générale de la santé, P.743.
- Fassin.D., grand jean. H.,Kaminski.M.,Lang.T.,Leclerc.A,(2000). *Connaitre et comprendre les inégalités sociales en santé*. Paris : INSERM. La découverte. Coll. Recherches. P.24.
- Louise. Potvin., Marie-josé Moquet et Catherine. M. Jones,(2010). Institut National de prévention et d'éducation pour la santé, Boulevard de la libération, France.
- Giacomini M.,Hurley.J,(2008). Issues in evaluating equity in : potvin L. Mc Queen.D.V.,dir.Health promotion evaluation practices in the Americas : values and research. New york : Springer. P.298.
- Sen.A,(2009). Why health equity? Health Economics, number11, P.666.
- Charles Michel et Chomsem Defo.,(2022).*Performance du système de santé camerounais dans la protection financière des ménages*. Journal of the cameroon Academy of sciences, Volume 18.No :1, DOI: <https://dx.doi.org/10.4314/jcas.v18i1.4>, Google scholar.
- Bruno.Meessen et Wim Van.Damme.,(2005). *Systèmes de santé des pays à faible revenu : vers une révision des configurations institutionnelles*. Revue de Boeck Université/Mondes en développement, 2005/3 no 131, p. 59-73. DOI : 10.3917/med.131.0059.
- Organisation Mondiale de la Santé,(2012).*Systèmes de santé en Afrique : Perspectives et perspectives communautaires*. Rapport d'une étude multi pays.
- Mouhamed. Samba,(2022).*Progression vers la couverture sante universelle au Sénégal : entre équité, efficience et performance*. Thèse de doctorat en économie, Université de Liège, Bruxelles. Google scholar.
- RDC, Ministère de la santé publique et Ecole de Santé Publique de UNIKIN,(2018). Prestation des services de santé dans les systèmes de santé en RDC. P.587.
- RDC, Ministère de la Santé publique,(2015-2020). Plan national de développement sanitaire, P.85.
- RDC, Ministère de la santé publique,(2019-2022). *Plan national de développement sanitaire recadré*, P.137.
- Martine Audibert et al.,(2022).*La santé : du droit au bien-être social*, revue Réflexions économiques au Maroc, Numéro 2, volume 2. Google scholar.
- Habila.Adamou.Djibo.,Magloire.Alexandre.,Schouam e.,Hamidou.Koné,(2022).*Tendances des inégalités socioéconomiques et spatiales de la santé des enfants de moins de 5ans au Niger*, Edition, European Scientific Journal, ESJ . Vol.18, No.11.
- RDC, cour de compte santé,(2021). *Rapport de compte santé*, final, Kinshasa.

☆ DÉTERMINANTS SOCIOÉCONOMIQUES D'ÉQUITÉS SANITAIRES EN
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO