

PROBLEMATIQUE DU FINANCEMENT PUBLIC DE SANTE NUTRITIONNELLE EN RDC ET PERSPECTIVE DE LA REDUCTION DE LA MALTRUNITION DANS DES MENAGES DES ENSEIGNANTS :

SENKER NDIMBA Bob¹, ELOKO EYA MATANGELO Gérard², KINDA MBEMBE Valentine³, HAMULI MASTAKI Benjamin⁴, SADJO KAOUTOING⁵, MUTWALE KAPEPULA Paulin⁶, KAFINGA LUZOLO Emery⁷, MASANDI MILONDO Alphonse⁸.

Université Pédagogique Nationale^{1,5,7}, Chercheure Indépendante², Institut Géographique du Congo⁴, Université du cinquantenaire de Lwiro⁴, Université de Ngaoundere^{1,3}, Université de Kinshasa⁶, Université des Martyrs du Congo^{1,8}, ISTM-Kinshasa^{2,7}

Resume

La malnutrition induit des conséquences économiques sur l'enfant, la communauté et le pays entraînant des séquelles importantes chez l'individu malnutri en affectant ses capacités cognitives, la baisse de productivité à l'âge adulte et partant des pertes importantes pour l'économie nationale.

L'étude vise à déterminer le niveau des dépenses publiques de santé effectuées pour la lutte contre la malnutrition permettant une restauration d'un meilleur état de santé des personnes touchées.

C'est une étude d'observation à visé descriptive analytique et rétrospective basée sur une recherche documentaire des résultats des comptes nationaux de la santé 2019-2022-RDC. La République Démocratique du Congo perd 4,56 % de son produit intérieur brut (PIB) du fait des effets cumulés de la sous-nutrition des enfants en termes de dépenses de santé, de dépenses scolaires et de perte de productivité sur le marché de l'emploi. Au cours de la période de l'étude, les dépenses publiques de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) ont augmenté de 0,6% en 2019 à 0,8% en 2022. La dépense par habitant / an était de 29, 6 \$ US (< à 86 \$ / habitant /an fixé par le groupe de Haut Niveau sur le Financement de la santé). En 2022, les dépenses publiques de santé des contreparties des intrants de lutte contre la malnutrition ont été à hauteur de 3 700 000 \$US. En 2023 la malnutrition est financée à hauteur de 5000000 \$US. Les assises nationales sur la Nutrition organisées du 05 au 07 octobre 2023 à Kinshasa ont été financées à hauteur de 1 900 000 \$ US. Donc, la malnutrition reste non seulement un problème de santé publique, mais aussi économique en République Démocratique du Congo et, nécessite d'importants investissements. C'est pourquoi, le financement de la réponse à la malnutrition est en augmentation à travers les dépenses publiques de santé. Notre pays pourrait connaître des pertes futures sur le plan humain et économique si le niveau de la malnutrition n'est pas maîtrisé.

Mots Clés : dépenses publiques, santé, nutrition, financement de santé

Summary

Malnutrition has economic consequences on the child, the community and the country, leading to significant after-effects in the malnourished individual by affecting their cognitive abilities, reduced productivity in adulthood and therefore significant losses for the national economy. The study aims to determine the level of public health expenditure made to combat malnutrition, allowing a restoration of a better state of health for those affected. This is an observational study with a descriptive, analytical and retrospective aim based on documentary research of the results of the national health accounts 2019-2022-DRC.

The Democratic Republic of Congo loses 4.56% of its gross domestic product (GDP) due to the cumulative effects of child undernutrition in terms of health expenditure, school expenditure and loss of productivity on the food market. 'job. During the study period, public health expenditure as a percentage of gross domestic products (GDP) increased from 0.6% in 2019 to 0.8% in 2022. The expenditure per capita/year was 29, US\$6 (<\$86/inhabitant/year set by the High Level Group on Health Financing). In 2022, public health expenditure for inputs to combat malnutrition amounted to US\$3,700,000. In 2023 malnutrition is funded to the tune of US\$5,000,000. The national meetings on Nutrition organized from October 5 to 7, 2023 in Kinshasa were funded to the tune of US\$1,900,000. Therefore, malnutrition remains not only a public health problem, but also an economic problem in the Democratic Republic of Congo and requires significant investments. This is why funding for the response to malnutrition is increasing through public health spending. Our country could experience future human and economic losses if the level of malnutrition is not controlled.

Keywords: expenditure, health, nutrition, health financing.

Date of submission 27 June, 2025; Date of Acceptance 19 August, 2025; Date of publication 30 August, 2025

I. Introduction

La sous-nutrition chez l'enfant n'est pas seulement un problème social mais aussi économique, puisque les pertes annuelles dues à la sous-nutrition passée et présente des enfants sont considérables. Les résultats de l'étude sur le coût de la faim en Afrique (CDFA) menée par la Commission de l'Union Africaine en République Démocratique du Congo à travers laquelle, il y a eu une estimation de l'impact social et économique de la sous-nutrition chez l'enfant, celle-ci avait bien souligner que la lutte contre la sous-nutrition doit être menée à travers une politique multisectorielle qui prend en compte les domaines de l'éducation, de la formation professionnelle, des innovations technologiques et des évolutions de la structure de l'économie afin d'optimiser les gains en capital humain et créer des opportunités d'emplois générateurs de revenus¹.

Comme dans de nombreux cas d'études similaires en Afrique, l'étude sur le coût de la faim en République Démocratique du Congo confirme l'ampleur des conséquences de la malnutrition infantile sur la santé, l'éducation, la productivité, mais surtout l'impact sur l'économie nationale et la nécessité d'une approche politique multisectorielle afin d'enrayer les conséquences du retard de croissance. Si elle n'est pas traitée assez tôt, la malnutrition infantile risque de compromettre la capacité de l'enfant à développer ses habiletés cognitives à cause d'un retard mental. Plus fondamentalement, l'étude a montré que la malnutrition infantile entraîne des épisodes répétés de maladies, une augmentation de la répétition dans les classes scolaires et une mauvaise performance sur les marchés du travail dans la vie adulte².

C'est pourquoi, le secteur public national reste la source de financement la plus prévisible et la plus stable, et permet une utilisation plus judicieuse des

fonds³. L'investissement dans la santé génère des résultats positifs pour d'autres secteurs. La santé est un facteur déterminant de la productivité de la main-d'œuvre, en particulier dans les secteurs qui demandent un travail physique. L'amélioration de la santé permet à un plus grand nombre de personnes de participer à la vie active et de travailler plus longtemps. L'amélioration de la santé des enfants et des personnes âgées permet à un plus grand nombre de personnes en âge de travailler de participer à la vie active.

Les investissements dans les soins de santé primaires et préventifs peuvent générer des économies immédiates et à long terme • Une meilleure couverture des services de soins de santé primaires est associée à une réduction de la mortalité toutes causes confondues, ce qui peut contribuer à des gains économiques substantiels • Des systèmes de soins de santé primaires (SSP) de grande qualité peuvent générer des économies en réduisant des futures dépenses • Les soins de santé primaires favorisent un accès équitable aux soins de santé, qui peut contribuer à réduire la perte de bien-être • L'allocation ou la réallocation de ressources du secteur public national aux soins de santé primaires est à la fois techniquement et politiquement⁴

Fait inquiétant, en 2020, la faim a grimpé en flèche en termes absolus et proportionnels, aggravée par le manque de protection sociale pour faire face aux effets néfastes de la pandémie de COVID-19. Les Nations unies ont souligné que la pandémie

¹ Ministère du Plan et de la Révolution de la Modernité-RDC (2017); *Le coût de la faim en Afrique, l'incidence sociale, économique de la malnutrition chez l'enfant en République Démocratique du Congo, Kinshasa* ;

² *Op.cit.*, (12)

³ World Health Organization. 2019. *Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts, Health Financing Guidance Note No. 9* (Conférence copy).

⁴ Tandon, Ajay; Bloom, Danielle; Oliveira Hashiguchi, Lauren; Hoang-Vu, Eozenou, Patrick ; Cain, Jewelwayne; Nigam, Adivi; Nagpal, Somil eds. (2021). *Plaidoyer pour la santé: guide pour la mobilisation des ressources nationales. Réseau d'apprentissage conjoint pour la couverture santé universelle. Groupe de la Banque mondiale.*

compromettait l'objectif d'éradication de la faim dans le monde d'ici 2030⁵

En 2022, la faim dans le monde – mesurée par la prévalence de la sous-alimentation (indicateur 2.1.1 des ODD) – s'est maintenue à un niveau bien supérieur à celui enregistré avant la pandémie de covid-19. La proportion de la population mondiale souffrant de faim chronique en 2022 était de 9,2 pour cent, contre 7,9 pour cent en 2019. Après une hausse importante en 2020, en pleine pandémie mondiale, puis moins rapide en 2021, la prévalence de la sous-alimentation s'est établie à 9,3 pour cent, puis a cessé d'augmenter entre 2021 et 2022. On estime qu'entre 691 millions et 783 millions de personnes dans le monde ont souffert de la faim en 2022. Si l'on prend la moyenne des projections (735 millions environ en 2022), cela représente près de 122 millions de personnes de plus qu'en 2019, avant la pandémie⁶

Si l'on restreint le champ d'investigation et que l'on s'intéresse spécifiquement à la population infantile en Afrique, on constate, selon le rapport 2018 de l'African Children's Policy Forum, que 90% des enfants africains ne répondent pas aux critères de la norme du repas minimum et qu'un enfant meurt toutes les 3 secondes à cause de la faim⁷.

Cette situation est aggravée par la présence fréquente des autres maladies tueuses de l'enfance (paludisme, Infection Respiratoire Aiguë (IRA), Rougeole, Diarrhée, etc.) dans un environnement

socio-économique précaire des urgences humanitaires (Conflits, Catastrophe, Mouvement des populations déplacés ; retournés ; réfugiés, expulsés, etc.), crises nutritionnelles ou épidémies (Ebola, Choléra, rougeole, etc.) qui se répètent augmentant davantage la vulnérabilité des enfants et des femmes. L'interaction de tous ces facteurs a un impact négatif et font placer la République Démocratique du Congo parmi les pays à forte mortalité avec un taux de mortalité infanto-juvénile de 70 décès pour 1000 naissances vivantes (MICS, 2018)⁸.

Afin de lutter contre ce fléau, le Gouvernement congolais s'est engagé à lutter contre la sous-nutrition en effectuant des dépenses publiques de santé pour des interventions curatives et préventives planifiées par le Programme National de Nutrition afin de permettre à toutes les parties prenantes de prendre en charge la malnutrition en général et en particulier la sous-nutrition.

En République Démocratique du Congo, le financement de la santé provient de: Gouvernement (central et provincial) qui alloue chaque année, des crédits votés par le Parlement et promulgués par le Chef de l'Etat dans la Loi des Finances de l'exercice budgétaire ; les partenaires techniques et financiers qui apportent leurs appuis aux différentes interventions prioritaires retenues dans le Plan National de Développement Sanitaire « PNDS » pour une période donnée ; les ménages /population (financement communautaire) à travers la consommation des services et soins de santé qui leurs sont offerts par les formations sanitaires ; les Entreprises qui financent la santé à travers

⁵ FAO, FIDA, OMS, PAM et UNICEF. 2021. *L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2021. Transformer les systèmes alimentaires pour que la sécurité alimentaire, une meilleure nutrition et une alimentation saine et abordable soient une réalité pour tous*. Rome, FAO. <https://doi.org/10.4060/cb4474fr>FAO.

⁶ *Op.cit.* FIDA, OMS, PAM et UNICEF. 2023. *L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2023. Urbanisation, transformation des systèmes agroalimentaires et accès à une alimentation saine le long du continuum rural-urbain*. Rome, FAO. <https://doi.org/10.4060/cc3017fr>

⁷ ACP, *Le Rapport africain sur le bien-être de l'enfant 2018 - Bienveillance envers les enfants - Progrès des gouvernements africains*, posté le 2 Nov 2018, <https://reliefweb.int/report/world/le-rapport-africain-sur-le-bien-tre-de-l-enfant-2018-bienveillance-envers-les-enfants>

⁸ Ministère du Plan-RDC/INS, *Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête*. Kinshasa, République Démocratique du Congo. <https://www.unicef.org/drcongo/media/3646/file/COD-MICS-Palu-2018.pdf>;

l'utilisation des services et soins de santé qui sont fournis à leurs employés et ayants-droit⁹.

C'est pourquoi, cette étude a pour objectif général d'analyser les dépenses publiques de santé liées à la nutrition qui assurent la restauration, le maintien et l'amélioration de la santé de toute la population de tout âge dans le contexte de la marche vers la couverture santé universelle. Plus spécifiquement, l'étude a pour objectifs spécifiques : présenter l'évolution du pourcentage du budget de l'Etat alloué à la santé et son taux d'exécution au cours des années 2003 à 2022; déterminer le niveau des dépenses de santé des administrations publiques en pourcentage du produit intérieur brut ; déterminer le niveau d'exécution des dépenses publiques de santé liées aux carences nutritionnelles de 2018 à 2022, présenter les sources de financement de la santé par types des carences nutritionnelles de 2018 à 2022 ; et enfin, décrire les dépenses publiques de nutrition au cours des cinq dernières années en mettant en exergue l'implication économique de la lutte contre la sous-nutrition.

II. Matériel Et Methodes

1. Matériels

Pour la réalisation de cette étude, nous nous sommes servis des matériels ci-après : l'ordinateur, le stylo, les blocs notes, des dictaphones, des registres, des rapports du ministère de santé en matière du financement de sa santé, les rapports du programme des comptes nationaux de santé de la RDC, des rapport de PNDS. Cette étude s'est réalisée à Kinshasa précisément au programme national de nutrition.

2. Methodes

C'est une étude d'observation à visé descriptive rétrospective et analytique des dépenses publiques de santé effectuées pour la lutte contre la Nutrition. La population de l'étude est constituée de toutes les Administrations publiques ayant effectué les dépenses de santé liées à la Nutrition. L'échantillon est égal à la population qui est une administration publique composée de tous les acteurs impliqués dans la Nutrition au niveau Central, Provincial et Opérationnel.

Une analyse documentaire a permis de reconstituer les résultats des comptes nationaux de la santé sur les dépenses publiques de santé de 2018 à 2022. Les techniques utilisées étaient la revue documentaire des différents rapports sur les comptes de la santé 2018-2022-RDC, et le dépouillement des données se trouvant au Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention au sein de son Service spécialisé qu'un le Programme National des Comptes Nationaux de la Santé. Et aussi, nous avons utilisé les données issues des états de suivi budgétaire fournies par la Direction Générale de Préparation et Suivi du Budget du Ministère de Budget-RDC pour la période sous l'étude concernant le pourcentage du budget de l'Etat alloué à la Santé, et son exécution durant la période concernée par l'étude. La triangulation des données a permis d'éviter les doublons et de ne considérer qu'une seule dépense réellement effectuée par une Administration publique à tous les niveau de la pyramide sanitaire.

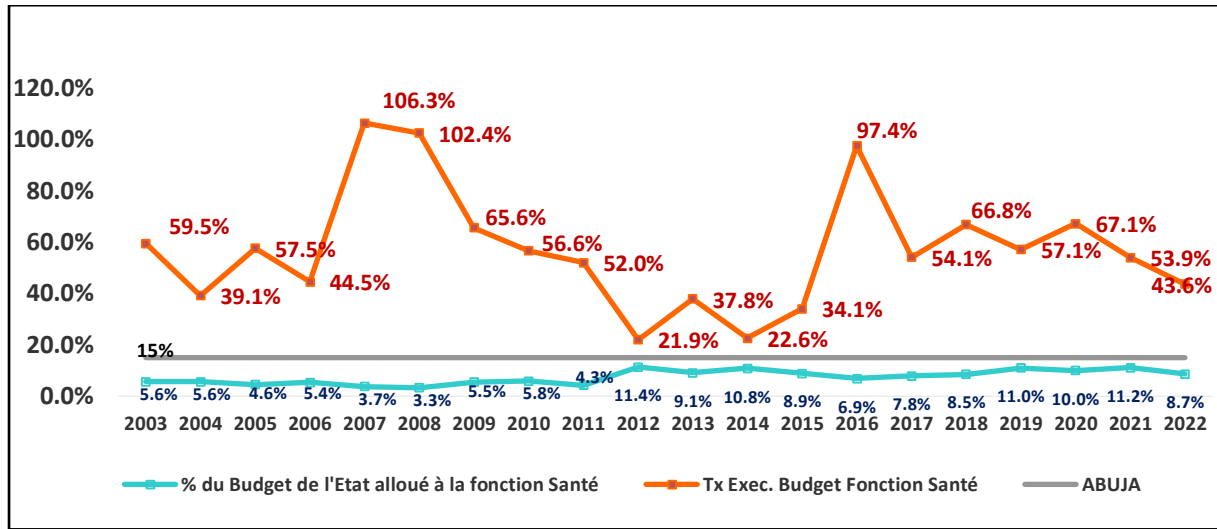
III. Resultats

Les résultats ci-dessous nous renseignent sur le pourcentage du budget de l'Etat alloué à la santé et son exécution, les dépenses de santé liées aux carences nutritionnelles, les dépenses de santé des administrations publiques nationales (GGHE-D) en pourcentage du produit intérieur brut (PIB de 201- à

⁹ Eloko Eya Matangelo G, (2023) *Le financement du système de Santé au contexte de la RDC, édition PUK, Kinshasa* ;

2021, la répartition de la dépense courante de santé par source de financement ; l'évolution du

financement de la santé liée aux carences nutritionnelles de 2018 à 2022.

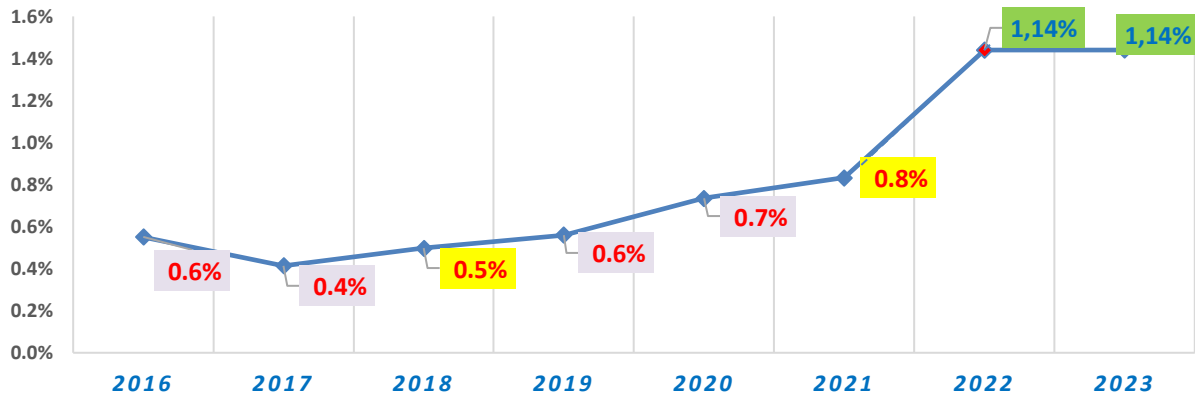


Source : Ministère du Budget/DGPPB, états de suivi budgétaire de 2003 à 2022, RDC, Kinshasa, Décembre 2023

Figure 1 : Évolution du % de Budget de l'État alloué au Secteur de la santé et le Taux d'exécution de 2003 à 2022

Bien qu'on observe une évolution en dent de scie de la part du budget de l'Etat allouée au Secteur de la Santé, le pourcentage de l'allocation budgétaire secteur santé reste inférieur par rapport à la Déclaration d'Abuja des Chefs d'État et de Gouvernement qui s'étaient engagé d'allouer au moins 15 % du Budget de l'Etat à la Santé¹⁰.

¹⁰ Déclaration d'Abuja des Chefs d'Etat et Gouvernement, 20 Avril 2001.

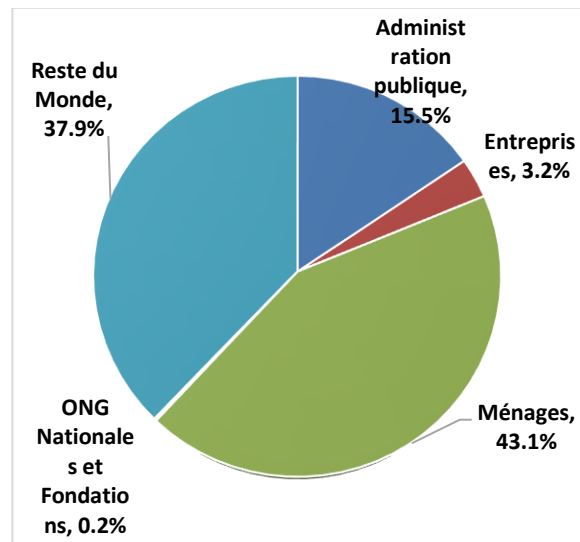


Source : MSPHP-RDC/ PNCNS, Rapport sur les indicateurs d'éligibilité de la RDC au Programme MCC, Secteur Santé, Kinshasa, Mai 2022

Figure 2 : Dépenses de santé des administrations publiques nationales (GGHE-D) en pourcentage du produit intérieur brut (PIB de 201- à 2021

On observe une augmentation des dépenses de santé des administrations publiques nationales (GGHE-D) en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) de 0,6 en 2019 à 0,8 en 2021¹¹.

Ce sont des dépenses intérieures de santé des administrations publiques (GGHE-D) qui couvrent les dépenses utilisant les fonds des catégories FS1 et FS3 (ressources du secteur public national) et donc toutes les ressources publiques à l'exclusion des ressources extérieures¹². Ici, nous faisons référence aux « fonds publics intérieurs », cela ne concerne que les catégories FS1 et FS3.



¹¹ Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention /PNCNS, Rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé 2022-RDC, Kinshasa, Décembre 2023.

¹² Tandon, Ajay; Bloom, Danielle; Oliveira Hashiguchi, Lauren; Hoang-Vu Eozenou, Patrick ; Cain, Jewelwayne; Nigam, Aditi; Nagpal, Somil eds. 2021. Plaidoyer pour la santé: guide pour la mobilisation des ressources nationales. Réseau d'apprentissage conjoint pour la couverture santé universelle.

Figure 3 : Répartition de la Dépense Courante de Santé par Source de financement en 2021

Nous observons que la première source de financement de la santé reste les Ménages/ Population (à travers l'utilisation des Services et Soins de Santé qui leurs sont offerts par les formations sanitaires). Le paiement direct des services et soins de santé reste le mode le plus utilisé. Les ressources extérieures (Coopération bilatérale & multilatérale et des ONG et Fondations internationales) viennent en deuxième position. Les ressources publiques sont à la troisième place et axées plus sur la rémunération, les médicaments et Intrants spécifiques de lutte contre la maladie, la nutrition, la Santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et adolescent¹³.

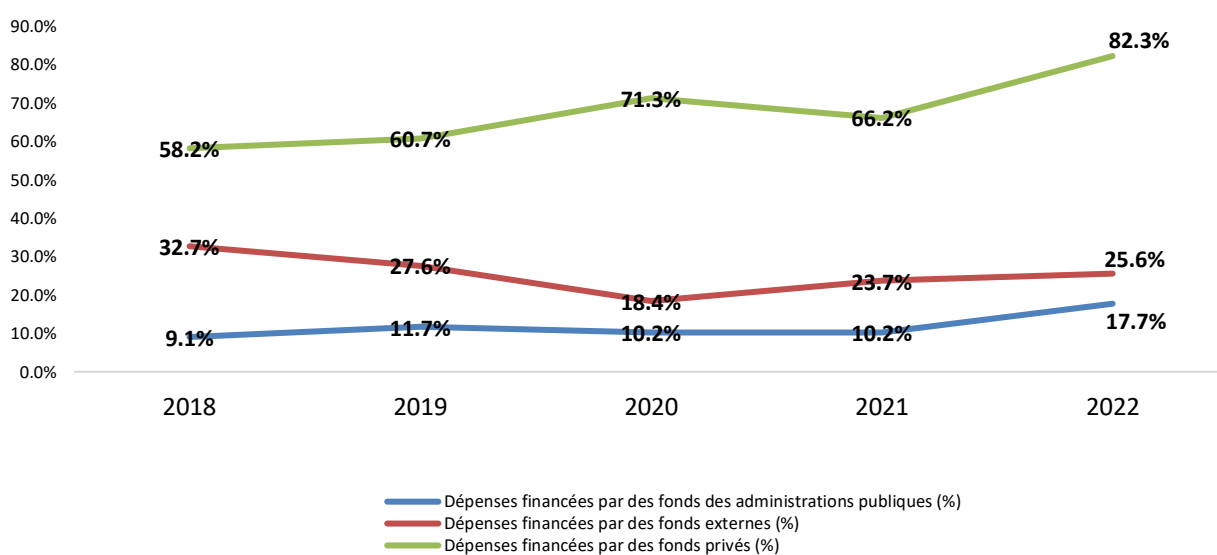


Figure 4 : Evolution du financement de la santé liée aux carences nutritionnelles de 2018 à 2022

Au cours des cinq dernières années, on observe une augmentation des dépenses publiques de santé liées aux carences nutritionnelles de 9,1% en 2018 à 17,7% en 2022

Ces dépenses publiques de santé sur les carences nutritionnelles ont été plus orientées sur les produits nutritionnels pour la prise en charge de la sous-nutrition.

¹³ Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention /PNCNS, Rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé 2022-RDC, Kinshasa, Décembre 2023.

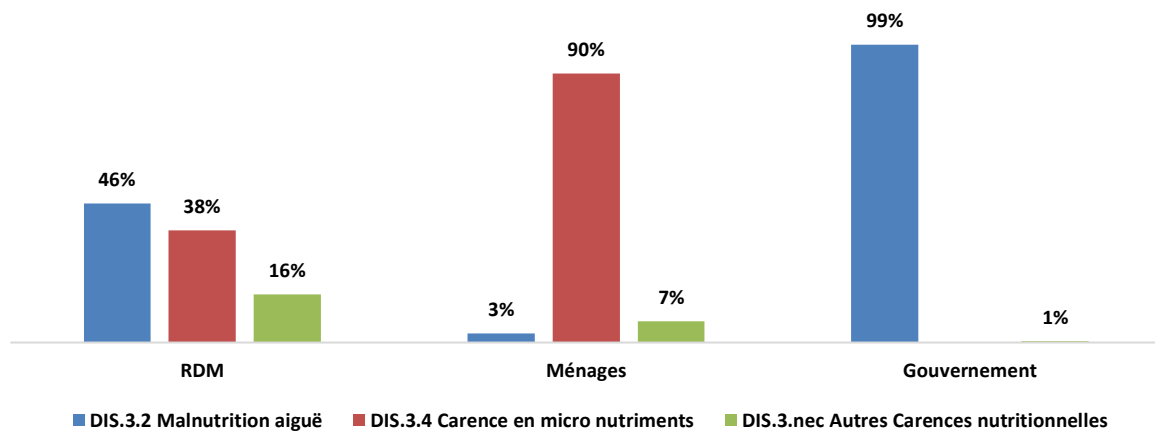


Figure 5 : Sources de financement par Types de Dépenses de Santé liées aux carences nutritionnelles

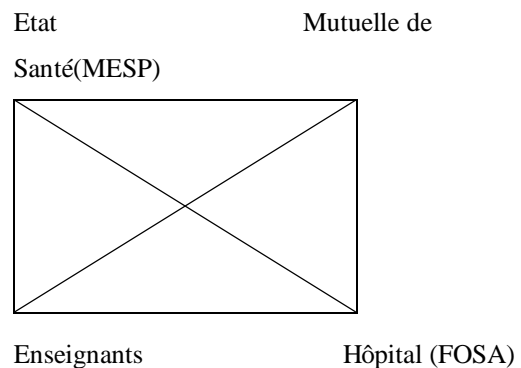
Il ressort de la figure ci-dessus que, les dépenses publiques de santé ont été orientées sur les carences nutritionnelles. Ce qui montre l’engagement du Gouvernement à lutter contre la malnutrition.

C’est pourquoi, investir dans la nutrition peut aider à briser le cycle de la pauvreté et à stimuler le développement économique¹⁴. Une population bien nourrie aura également un meilleur état de santé et elle sera productive. Les conséquences économiques d’une mauvaise nutrition ont un effet domino sur un enfant, sa communauté et son pays. Les enfants malnutris sont plus souvent malades, moins présents à l’école et moins capables d’apprendre que leurs camarades bien nourris¹⁵.

B.MODELE DE GOUVERNANCE EFFICIENTE D’UNE MUTUELLE DE SANTE : Contribution à la sensibilisation des gestionnaires et des adhérents sur l’accès et la qualité des services.

La modélisation ici présentée, est très indispensable dans la mesure où elle traite du modèle de gestion efficiente d’une mutuelle de santé, les mécanismes essentiels qu’il faudrait mettre en place avant la création d’une mutuelle de santé et si l’on veut que la mutuelle de santé que l’on voudrait créer soit digne de ce nom devrait respecter les principes de fonctionnement d’une mutuelle et les dix étapes à suivre pour la mise en place d’une micro assurance santé et présente les problèmes de santé des pays en voies de développement comme le nôtre, analyse puis propose les perspectives.

II. MODELE DE GESTION EFFICIENTE DE LA MUTUELLE DE SANTE: MODELE CARRE DE BOB SENKER (THESE DE MA THESE).



¹⁴ Le droit à l'alimentation, Genève, septembre 2005.
¹⁵ GUILLOD, O., et SPRUMONT, D., Le droit à la santé : un droit en émergence, in *Revue de la constitution, études en l'honneur de Jean François Aubert*, Bâle, 1996. pp. 35-46

Cette figure géométrique a quatre cotés et quatre angles :

➤ Le Point supérieur gauche représente (l'Etat) la fonction d'une autorité investie par le pouvoir publique, la politique Publique qui doit mettre en place deux de ces fonctions Administratives ne citons que la planification et le contrôle c'est-à-dire il contrôle par ses fonctions, la mutuelle, les formations sanitaires en partenariat avec la mutuelle et les enseignants contribuables et bénéficiaires des services de santé.

➤ Le Point supérieur droit présente la mutuelle de santé qui est le socle de la gestion de fonds de cotisations des enseignants et différents dons, legs et prêts. La mutuelle qui devrait travailler en corrélation parfaite avec les formations médicales dont les affiliés bénéficient des services de santé offerts.

➤ Le point inférieur droit présente les systèmes de santé, les différentes formations sanitaires et hospitalières où l'on voit la prestation des soins et l'offre des services de santé selon, les prescriptions et la ratification des soins de santé primaires tel que retenus depuis la conférence d'Alma Ata. Nous allons bel et bien remarquer que sa distance est plus proche de la population et les consommateurs de services de santé à fin d'offrir à la population les services de qualité, des services intégrés et globaux depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte.

➤ Le Point inférieur gauche présente la communauté,(les enseignants) qui participe efficacement dans le fonctionnement de la mutuelle en payant ses cotisations bien que de façons obligatoires et retenue à la source tout cela c'est dans un esprit d'auto détermination et d'auto responsabilité et cela c'est dans chaque étape de leurs vies juste pour éviter les risques socio sanitaires liés à la maladie et aux incapacités.

lorsqu'une personne accepte de s'affiliée dans une quelconque mutuelle de santé c'est juste pour lui épargner des sorties incontrôlées des fonds liée à la situation sanitaire de sa famille ou de son ménage. Lorsqu'une personne accepte de payé ses cotisations c'est à l'attente des soins de santé de qualité tout en respectant sa dignité.

Dans notre étude nous pensons qu'après avoir étudié l'impact de la motivation dans une organisation, nous osons croire que la satisfaction de la clientèle ou des consommateurs de services de santé proviendrait de la mise en application des recommandations de ce modèle CARRE.

Il convient de noter que :

- **L'ETAT dans son pouvoir ; il utilise l'administration publique** : qui prend en compte deux de ses fonctions administratives ne citons que : *la planification et le contrôle.*

- **LA MUTUELLE DE SANTE (MESP)** qui utilise sa fonction outre **la coordination** qui justifie que la mutuelle de santé entant qu'organe directeur, organise et coordonne les actives de la mutuelle, les mécanismes de financement des soins de santé et le circuit général de la prise en charge des cas comme décrit supra.

- **LA FORMATION SANITAIRE (prestataires de soins)** en relation avec la mutuelle ou cette dernière affecte les membres affiliés et leurs familles pour bénéficier des services de santé selon les closes bien déterminés et les règles générales de prestation des soins selon le code de l'éthique de l'infirmière et du médecin décrits dans le code de Florance Nightingale et du serment d'Hippocrate, OMS,(2014), En tenant compte de la motivation et de la performance. Dans la formation médicale ; on trouve également le personnel en général, le bâtiment, les matériels de soins, la disponibilité et la qualité des services mis à la disposition des patients qui y fréquentent en une

distance bien définie selon les règles de OMS dans son discours sur les soins de santé primaires leur disponibilité et accessibilité.

- **LA COMMUNAUTE** qui fait sa participation en acceptant le retrait à la source volontairement et involontairement les frais des soins pour le bon fonctionnement de la mutuelle. Bref, représente l'affilié à la mutuelle de santé et sa famille.

NB : lorsqu'on observe le modèle carré, on trouve qu'il y'a quelques éléments adjuvants qui doivent être expliqués car ils sont d'une très grande importance, citons : Les observant, ce sont des angles et diagonales qui pour notre étude, symbolisent une valeur ajoutée donc **deux variables du Marketing Mix** ; selon Mc Catty, cité par Anicet Henoc NKWIMI,(2019), particulièrement **le produit et la promotion** en tenant compte de la loi de l'offre et de la demande et du besoin des soins de santé manifesté par la population consommatrice des biens et services.

Le produit dans le cadre de cette étude symbolise les soins de santé d'ordre préventif, curatif, promotionnel et réadaptatif tandis que la promotion justifie la qualité des soins et services et la disponibilité des services en général citons que les médicaments de qualité, la bonne prise en charge des cas, les bonnes consultations...Bref : dès la réception du malade jusqu'à son départ du centre de santé.

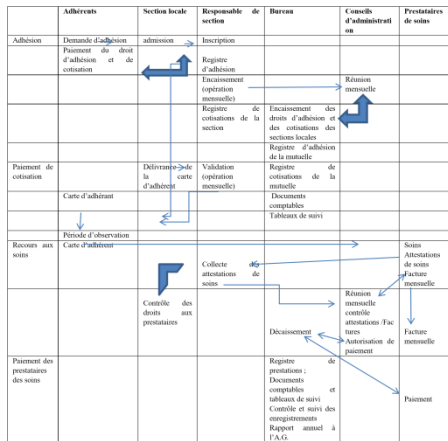
La **motivation** qui justifie que cette symbiose faite entre l'administration publique utilisant ses fonctions avec la mutuelle recevant les cotisations des membres affiliés et les affectant efficacement dans des centres des santé selon la politique planifiée et de santé pour tous tenant compte des priorités qui seront peut être justifiées par l'utilisation de 10 pourcent du compte des imprévus

et au besoin le 5 pourcent du matelas juste pour la satisfaction de tous comme le dit Godé ATSHWEL(2020), dans une organisation, la recherche des intérêts publics ou collectifs doivent primé sur les intérêts particuliers . Il convient de signaler que le degré de satisfaction des clients élevé évite l'entreprise aux multiples contrôles.

Cette figure géométrique veut simplement signifier que lorsque la mutuelle coordonne ses services c'est-à-dire elle organise le circuit de sa manière et lorsque la personne est malade, à l'aide de sa carte de membre, va dans une formation médicale ou elle est affectée, dès la réception, quel que soit son cas, elle doit patienter en attendant son tour, d'arrivé (le numéro de son jeton) ... lorsque son tour arrive, le patient est appelé par l'infirmier (personnel) réceptionniste pour le prélèvement de quelques signes vitaux de routine généralement la température ; le poids et probablement la pression artérielle et la pulsation.

De là, sans peut être une salutation élément majeur de la relation d'aide, quand à celui-ci, pose des questions à l'infirmière réceptionniste à quand je pouvais entrer chez le médecin ou infirmier en consultation ? C'est une réponse sèche qui lui retourne à titre de *papa oyaki retard, zela tour na yo,sia...(Papa tu étais venu en retard, tu dois attendre ton tour)*. Étant donné qu'il n'y a pas de contrôle et de la planification, c'est ici que nous allons faire appel à la stratégie de la politique publique sur la planification.

MUTUELLE DE SANTE : CIRCUIT CLARIFIE DES SOINS.



En synthèse, ce tableau de circuit de soins veut simplement nous enseigner comment se présente les différentes lignes en ce qui concerne l'offre de soins de santé. Si aujourd'hui il y a trop des réclamations par les bénéficiaires de soins de santé en évoquant les notions de la gestion inadéquate, la politisation de la mutuelle, les soins de santé non globaux, non intégrés, non continus et de mauvaises qualités,... C'est parce que d'une part ils ne comprennent pas les principes de fonctionnement d'une mutuelle de santé et les exigences y afférentes. De l'autre part, parce que la mutuelle ne fait pas un grand effort de réunir ces derniers et leurs expliqué et répondre aux demandes qui sont les leur en insistant sur le circuit de soins qui est claire :

Lorsque on est enseignant, pour cette mutuelle comme on parle du partenariat public-privé, ici, les retenues se font à la source. Lorsque l'on est malade, on doit commencer par obtenir la carte de membre et l'obtention est gratuite pour la première fois, dans cette carte il y a votre nom, matricule et formation sanitaire ou vous bénéficiez des soins. Si vous êtes marié(e), vous avez droit à prendre sous votre charge, juste 3 enfants quelques soient le nombre de votre progéniture, moyennant la présentation au service x, les documents qui atteste votre degré de parenté avec les personnes prises en charge.

Lorsque vous ou un de vous est malade, vous devez d'abord faire un

effort muni de votre carte de membre, venir à la formation sanitaire ou vous êtes aligné et delà, comme vous êtes venu dans une structure qui est aussi autonome, qui travaille en partenariat avec votre mutuelle, le personnel de santé de cette formation set humain, peut-être il est aussi occupé, vous devriez présentez votre carte à la réception, puis vous serez appelez, pour le prélèvement des signes vitaux, vous passerez chez le délégué de la MESP qui ne serait pas forcément un professionnel de santé pour une brève interrogatoire, et c'est lui qui va vous orienter vers le service spécialisé, c'est à dire soit à la consultation médical, puis la suite soit il verra que si votre cas nécessite un transfert ou des soins plus appropriés et ou le cas de remboursement.

La problématique des médicaments, est un constat qui fait des drames, il convient de signaler, que les médicaments que les formations médicales vous donnent, sont relatifs aux conventions assignées pour chaque cas et par mois selon la somme que chaque personne ne devrait pas dépassé.

Pour les soins de santé, les professionnels de santé doivent à leurs tours donner des soins relationnels de bonne qualité aux membres de la MESP car lorsqu'ils sont en bonne santé ils enseignent bien nos enfants. Concernant la paie des prestations, les formations sanitaires devraient vraiment comprendre que c'est un circuit, il y a un moment que la mutuelle passe à la récolte des prestations, contrôle, calcule et pour en fin payé les prestations. La mutuelle doit vraiment faire un grand effort pour l'actualisation de son système pour que la paie des prestations se fasse vite pour motivé le personnel et professionnel de santé à donner le meilleur de lui et la performance de son travail qui aboutit à la satisfaction des besoins de santé des membres. Voilà le rôle de la politique publique du contrôle de

l'effectivité et efficacité de ces actions et modèle de travail.

III.3. ETAT DES LIEUX DU SYSTEME DE SANTE EN DRC EN GENERAL ET DE LA MUTUELLE DE SANTE (MESP) EN PARTICULIER :

Problèmes et Impact sur l'enseignement et Perspectives.

Dans notre pays les principaux problèmes qui se posent dans les systèmes de santé et qui affectent l'enseignant et ayant les répercussions sur les pratiques d'enseignement sont l'explosion des coûts, des dépenses de santé et les exigences des usagers. Les facteurs expliquant l'augmentation de ces dépenses sont trois : La hausse du niveau de vie, le vieillissement de la population et le progrès technologique.

On observe :

A. Problèmes liés au financement des systèmes de santé : (PNDSRDC2019-2022)

- La couverture sanitaire des populations rurales reste incomplète et insuffisante ;
- Les infrastructures inadéquates et en retard sur la croissance de la population ;
- La faible accessibilité aux soins de santé, par les enseignants ;
- La Faible disponibilité des traitements efficaces due avant tout au sous-investissement dans la recherche scientifique et pharmaceutique pour les maladies tropicales ;
- Faible financement public dans le secteur de santé et dans l'EPST
- Financements privés (entreprises, paiement directs des ménages) : supérieur au financement public ;
- Dépendance à l'aide extérieure ;

B. Les problèmes liés au leadership et à la gouvernance, KASONGO

M.E,(2020).

- Faible leadership (faible vision et faible esprit de direction)
- Mauvaise gouvernance ; détournement des biens communautaires et corruption.

C. Problèmes liés aux prestations de services et de soins, A. DUSSART et AL.1995

- Faible couverture sanitaire ;
- Faible qualité des soins et services offerts ;
- Faible résilience des structures de santé face aux urgences sanitaires ;
- Faible accès aux soins, inégalités d'accès aux services, Faible demande des communautés suite à la mauvaise qualité des services,...

D. Problèmes liés aux ressources humaines, KATUNDA M.,(2020)

- Répartition déséquilibrée et inéquitable du personnel : Pléthore en milieu urbain et déficit en milieu rural ;
- Rémunération modique ;
- Faible qualité due au déficit de formation et d'éthique professionnelle : personnel démotivé.
- Tendance au déplacement de la campagne en ville et de la ville vers l'étranger.

E. Problèmes liés à des infrastructures et équipements de base, PNDSRDC,(2019-2022)

- Peu d'infrastructures hospitalières modernes répondent aux normes
- Infrastructures publiques mal entretenues et vétustes ;
- Equipements vétustes, inappropriés et inadaptés ;

➤ Les infrastructures en partenariat avec la mutuelle très mal entretenues et mal propres voir même l'hygiène défectueuse ;

➤ Les services de maintenance sous-équipés, incompetents, voire inexistant.

F. Problèmes liés à l'accès aux médicaments, PNAM, RDC,(2021).

➤ Faible capacité de production des médicaments pour la consommation locale, la production africaine représentant 3% du marché mondial.

➤ 80 à 90% des médicaments importés échappent au contrôle sévère et sérieux du programme national d'approvisionnement en médicament essentiel et l'office congolais de contrôle.

➤ Faible disponibilité des médicaments de bonne qualité ayant une bonne concentration minimale inhibitrice de la souche microbienne ;

➤ Faible disponibilité et accessibilité de la population aux médicaments en relation avec le cout-avantage.

➤ Faible application de la réglementation ;

➤ Circulation importante de faux médicaments et périmés délivrés aux patients et à la population étant donné que la population a une difficulté de lire les écrits (Poids, date de fabrication et de péremption, les indications et contrindications,...) sur l'emballage et déficit d'inspection ;

G. Problèmes liés au système d'information sanitaire, MINI SANTE, RDC,(2021).

➤ Système d'information sanitaire, mal équipé peu efficace et lacunaire ;

➤ Informations sanitaires insuffisantes, peu fiables de qualité variable et mal harmonisées.

III.4. LES GRANDS DEFIS A RELEVER POUR LA SANTE EN RDC ET LA MESP EN PARTICULIER.

La situation sanitaire s'est améliorée dans l'ensemble des pays en voie de développement au cours de cette dernière décennie en RDC témoignée par une augmentation des couples et femmes en âges de procréer qui accèdent à la planification familiale, comme l'a annoncé le professeur AKILIMALI de l'école de santé publique de la République Démocratique du Congo, résultat d'une enquête des ménages intitulé PMA en 2020 mais ; malgré cette amélioration dans un plan, elle est toujours inférieur à la proportion attendue. Cependant, beaucoup reste encore à faire. Pour ce, il est impératif de renforcer le système de santé pour améliorer leur performance.

Cela nécessite des ressources complémentaires. Mais augmenter les ressources ne suffit pas, c'est aussi et surtout une question de volonté politique, des stratégies coordonnées, inscrites dans la durée, mobilisant les différents acteurs nationaux et étrangers, publics et privés, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il faut renouveler résolument les efforts qui permettent de surmonter un certain nombre de difficultés auxquelles les systèmes de santé sont confrontés.

III.4.1. 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,
- Les gouvernements doivent être innovants pour générer les revenus sur des sources internes et améliorer la mobilisation de ressources fiscales, notamment la mise en place des mécanismes de financements innovants (taxes sur l'alcool,)

- 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).

III.4.2. Renforcer le leadership et améliorer la gouvernance.

- 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.

III.4.3. 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 en grade, plan de carrière, opportunités d'évolutions.
- Former davantage le personnel (formation de base et formation continue).

III.4.4. 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.
- 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,
- Les efforts doivent être déployés pour rendre les services accessibles à la majorité de la population et pour investir dans d'autres provinces.

III. 4.5. Améliorer la prestation des services essentiels.

- Pour améliorer la prestation de services de santé, il faut améliorer les conditions de travail du personnel, investir dans les infrastructures et les équipements si toutes ces conditions sont réunies, la qualité de services et de soins ira de soi.

III.4.6. 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.

III.4.7. Investir dans la couverture sanitaire Universelle et la nouvelle approche de système 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 qui était notre objectif prioritaire.

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. Alors que, la mise ne œuvre de toutes ces recommandations, pourrait tant soit peu si pas résoudre les problèmes, mais réduire l'efficacité de ces maux.

IV. Discussion

En effet, la République Démocratique du Congo (RDC) est l'un des pays ayant un taux très élevé de malnutrition chronique en Afrique du centre de l'Ouest et dont la prévalence est restée stagnante durant deux décennies. Selon MICS 2010 et 2018, le retard de croissance est passé respectivement de 43% en 2010 à 41,8% en 2018. Ces chiffres renseignent que la République a environ neuf millions d'enfants de moins de 5 ans avec des séquelles irréversibles sur le développement cognitif et physique, ainsi rendant improductifs sur le plan scolaire et économique à l'âge adulte qui constituent par leur état un lourd fardeau pour le pays, car leur survie est totalement tributaire de l'assistance permanente des autres membres de la communauté. S'agissant de la malnutrition aigüe bien que la prévalence soit en baisse passant de 11% (MICS, 2010) à 6,5% (MICS, 2018), le nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant de la malnutrition aigüe reste toujours élevé représentant près de 2 millions d'enfants¹⁶.

¹⁶ Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention-RDC/PRONANUT (2023) ; Plan d'action pour le changement social et de comportement sur Allaitement maternel Exclusif en RDC 2023 – 2030, Kinshasa, juillet 2023.

Le système de surveillance nutritionnelle, sécurité alimentaire et alerte précoce (SNSAP) montre une situation nutritionnelle en dégradation entre 2017 et 2018 marquée par l'augmentation continue du nombre de zones de santé en alerte : de 45 au 3^{ème} trimestre 2017 à 53 au 4^{ème} trimestre 2017 et de 77 au 1^{er} trimestre 2018 à 68 au 2^{ème} trimestre de 2018. Il ressort donc que le nombre moyen des zones de santé en alerte est passé de 39 par trimestre en 2017 à 73 par trimestre pour la période allant de janvier à juin 2018, soit une augmentation de 87%¹⁷.

En termes de couverture nationale, le nombre des zones de santé en alerte est passé de 7,5% en 2017 à 14% de l'ensemble des zones de santé du pays en 2018. Cette augmentation du nombre de zones de santé en alerte qui passe du simple au double corrobore pratiquement l'allure de l'augmentation de la population en crise alimentaire et des moyens d'existence aigüé et en urgence¹⁸.

Selon le rapport de l'Enquête Démographique et Santé (EDS 2013-2014), un enfant sur dix meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans, et le Programme National de Nutrition (PRONANUT) révèle que la malnutrition est la cause directe ou indirecte de près de la moitié des cas de décès en RDC. Il ressort donc qu'avec l'augmentation des cas de malnutrition dans les différentes zones de santé du pays, le taux de décès soit aussi en hausse. Les enquêtes SMART menées dans le pays entre janvier et juin 2018 révèlent des taux de mortalité rétrospective qui sont presque tous supérieurs au seuil d'urgence de 2 décès par jour pour 10 000 habitants.

Les résultats de notre étude montrent un faible taux d'exécution du Budget de l'Etat alloué à la santé 66,8 en 2018 à 43,6 en 2022 bien que le taux d'allocation était en moyenne de 9,88 %. Donc, il n'y a pas eu une exécution à 100 % du budget. Toutefois, les dépenses publiques de santé extrabudgétaires liées aux carences nutritionnelles ont augmenté de 9,1% en 2018 à 17,7% en 2022. Celles-ci ont été plus orientées sur les produits nutritionnels pour la prise en charge de la sous-nutrition. Le Gouvernement a également augmenté les dépenses publiques de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) de 0,6 en 2019 à 0,8% en 2021¹⁹.

Une grande partie des coûts liés à la sous-nutrition est supportée par les ménages puisque ces enfants n'ont souvent pas accès à des soins de santé appropriés. Selon les informations fournies par l'équipe nationale de mise en œuvre, le modèle estime que 90,5 % des épisodes présentés n'ont pas reçu de soins dans des structures de santé appropriées. Les coûts associés au traitement de ces épisodes sont entièrement supportés par les ménages et les autres personnes en charge de chaque enfant.

Les conséquences du retard de croissance durant l'enfance sur le développement cognitif se manifestent de manière plus évidente durant la période éducative des enfants à travers une performance scolaire inférieure à la norme. Actuellement, 50,4% de la population en âge d'être scolarisé en RDC, ce qui équivaut à 8.367.966 enfants âgés de 6 à 18 ans, a souffert de retard de croissance avant l'âge de 5 ans. Ces enfants représentent une proportion importante de la population, et ont tendance à avoir un plus faible

¹⁷ *Cadre Intégré de la Classification de la Sécurité Alimentaire (IPC), 2018. Situation actuelle de l'insécurité alimentaire aigüe – Août 2018-16ème cycle d'analyse IPC « Résultats Préliminaires en attente d'une publication officielle au niveau du pays ».* Kinshasa, IPC.

¹⁸ *Op-cit (1)*

¹⁹ *Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention /PNCNS, Rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé 2022-RDC, Kinshasa, décembre 2023.*

niveau de réussite scolaire, générant ainsi des coûts supplémentaires pour le système dans son ensemble. De 2022 à 2026 le montant de 569 000 000 \$ US a été financé pour la Nutrition à assise communautaire et amélioration des services de santé nutritionnelle et, en 2022 la contrepartie des intrants de lutte contre la malnutrition a été financée à hauteur de 3 700 000 \$US. Cette dépense est inscrite dans les indicateurs des performances du Gouvernement congolais avec le Fonds Monétaire International pour surveiller la volonté de l'Etat à réduire le taux de la malnutrition observée dans les pays. Ces dépenses ainsi effectuées, donnent l'occasion à la République Démocratique du Congo de bénéficier davantage de l'appui financier de Fonds Monétaire International.

Par ailleurs, on a observé qu'en 2023, la malnutrition est financée à hauteur de 5000000 \$US et les assises nationales sur la Nutrition ont été également financées à hauteur de 1900 000 \$ US qui a permis de réunir tous les décideurs et les partenaires au développement à Kinshasa du 05 au 07 Octobre 2023. Ce Forum National de Nutrition a été une réussite totale et les Gouverneurs des 26 provinces ont pris des engagements fermes à allouer aussi dans leur budget provincial les crédits destinés à la lutte contre les carences nutritionnelles. Sont exclus dans les montants décrits ci-dessus les exonérations et autres services consommés en lien avec la nutrition²⁰. Ce financement réel de la lutte contre les carences nutritionnelles a été d'un apport considérable jamais réalisé en République Démocratique du Congo.

Des études ont confirmé le lien entre le développement humain et la nutrition. On se

²⁰ Eloko Eya Matangelo Gérard (2023) *Analyse des dépenses de santé sur la Nutrition en République Démocratique du Congo de 2020 à 2022, Communication Orale, Forum National de Nutrition, Investir dans la nutrition pour une nation forte, Kinshasa, Kimpesky Fleuve Congo, 05-07 Octobre 2023, Document du Forum.*

rappellera que les effets les plus dévastateurs de la malnutrition se produisent avant la naissance – lorsque le fœtus ne peut pas se développer correctement – et pendant les premières années de la vie d'un enfant, lorsque son développement physique et mental est freiné. Ainsi, la malnutrition chez la femme enceinte peut également entraîner divers degrés d'arriération mentale chez l'enfant. Pour cela, un seuil indice de malnutrition chez une femme enceinte constitue un marqueur important à surveiller et au besoin arrêter car elle a une répercussion négative sur la croissance normale du fœtale.

Plus ce seuil reste important, plus il y a à comprendre combien il y a de plus en plus un impact négatif sur l'état nutritionnel de fœtus dans ce milieu. A l'inverse, l'excès de poids ou de gain pondéral pendant la grossesse est associé à une augmentation de certaines complications fœtales et métaboliques (diabète, hypertension artérielle gravidique). Cela souligne l'importance pour les femmes de bénéficier de conseils nutritionnels et d'avoir une alimentation optimale dès la période de procréation²¹.

Le droit à la santé dépend avant tout d'une alimentation saine et équilibrée. Or, de nos jours, près d'un milliard de personnes souffrent de la famine ou de la malnutrition ; près d'un milliard et demi de personnes n'ont pas accès à une quantité suffisante d'eau potable et près de quatre milliards de personnes ne bénéficient pas de conditions sanitaires convenables²².

²¹ Badibanga Ntumba (2019) *Malnutrition de la femme enceinte : prévalence, déterminants et réponse dans la Ville de Mbuji-Mayi en République Démocratique du Congo, Thèse de Doctorat (Ph.D), soutenue le 27 Août 2019, Ecole Doctorale des Sciences de la Santé Humaine et Vétérinaire, Université de Bangui en RCA, Année académique 2018-2019.*

²² Melik Özden, *Le Droit à la santé «Un droit humain fondamental stipulé par l'ONU et reconnu par des traités régionaux et de nombreuses constitutions nationales » Brochure élaborée par le Directeur du Programme Droits Humains du CETIM et Représentant permanent auprès de l'ONU ;*

Selon le Rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé 2022-RDC, on observe que les dépenses publiques de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) ont augmenté de 0,6% en 2019 à 0,8% en 2022, elles pourront atteindre le Seuil de 1,14 % fixé par le Programme Millenium Challenge Corporation « MCC » du Gouvernement des Etats Unis pour bénéficier de 500 à 700 millions de dollars pour maintenir le capital humain²³.

En effet, l'indicateur relatif à la dépense publique de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) qui sert à mesurer l'engagement du pays sur des investissements dans le domaine de la santé et du bien-être des populations permet d'être éligible à la demande des subventions de financement du mécanisme du Millenium Challenge Corporation (MCC) qui est un fonds de développement bilatéral des Etats-Unis d'Amérique qui sert à l'augmentation de l'aide économique bilatérale américaine destinée aux pays en développement qui démontrent leur engagement pour le développement économique et la lutte contre la pauvreté.

Ce Programme Compact se réalise sur une période de cinq ans et le montant de l'assistance peut atteindre environ 700 millions de dollars américains, selon la disponibilité des ressources votées par le Congrès américain et la nature du projet accepté par le Conseil d'Administration du Millenium Challenge Corporation. Ce financement vise à accompagner les pays ayant réalisé d'importants efforts afin qu'ils puissent améliorer leurs indicateurs jugés faibles pour une qualification rapide.

Ainsi, cet indicateur permet de mesurer les dépenses générales de santé publique en

pourcentage du Produit Intérieur Brut. Elles comprennent les dépenses affectées aux soins de santé et au rétablissement ou au renforcement de l'état de santé de la population et sont financées en espèces ou en nature par les organismes de financement ci-après : les autorités centrales, gouvernementales, provinciales, provinciales, territoriales et locales ou municipales, les institutions de financement de fonds extrabudgétaires, les régimes de sécurité sociale et les organismes parapublics. Toutes ces dépenses peuvent être financées sur les fonds nationaux ou grâce aux ressources extérieures (spécialement sous forme de dons octroyés à l'Etat ou de prêts qui transitent par le budget national)²⁴.

Au cours des cinq dernières années, nous observons également une légère augmentation de la dépense de santé par habitant / an de est de 29, 6 \$ US (Il est inférieure à 86 \$ / habitant /an fixé le groupe de Haut Niveau sur le financement de la santé).

Une grande partie des coûts liés à la sous-nutrition est supportée par les ménages puisque ces enfants n'ont souvent pas accès à des soins de santé appropriés. Selon les informations fournies par l'équipe nationale de mise en œuvre, le modèle estime que 90,5 % des épisodes présentés n'ont pas reçu de soins dans des structures de santé appropriées. Les coûts associés au traitement de ces épisodes sont entièrement supportés par les ménages et les autres personnes en charge de chaque enfant²⁵.

Les systèmes de gestion des finances publiques bien alignés sur les objectifs de financement de la

²³ Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention-RDC/PNCNS (2023) Rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé 2022-RDC, Kinshasa, Décembre 2023,

²⁴ Document des indicateurs d'éligibilité au Programme Millenium Challenge Corporation « MCC » : Indicateurs d'Investissement sur le Capital Humain, Atelier sur les indicateurs d'éligibilité de la RDC aux Mécanismes du Programme de MCC, Kinshasa, 05-10 mars 2023,

²⁵ Ministère du Plan et de la Révolution de la Modernité-RDC (2017); Le coût de la faim en Afrique, l'incidence sociale, économique de la malnutrition chez l'enfant en République Démocratique du Congo, Kinshasa ;

santé peuvent, en fin de compte, contribuer à améliorer les résultats de santé²⁶. La structuration de gestion des finances publiques peut aider ou freiner la manière dont les ressources publiques circulent au sein du système de santé, et soutenir la réalisation des objectifs du système de santé et l'amélioration de la santé de la population²⁷.

V. Conclusion

Les effets à long terme de la malnutrition sont dévastateurs s'ils ne sont pas pris en charge: réduction du développement cognitif et physique ; réduction de la capacité de production et mauvaise santé. Une bonne nutrition construit un système immunitaire solide, redoublant les chances de survie des enfants et les protégeant toute leur vie. Le droit à l'alimentation est réalisé lorsque chaque femme, homme et enfant, seul ou en communauté avec d'autres, a un accès physique et économique à tout moment à une alimentation adéquate ou à des moyens pour s'en approvisionner.

L'étude nous montre également qu'une population bien nourrie aura également un meilleur état de santé et elle sera productive. Les conséquences économiques d'une mauvaise nutrition ont un effet domino sur un enfant, sa communauté et son pays. Les enfants malnutris sont plus souvent malades, moins présents à l'école et moins capables d'apprendre que leurs camarades bien nourris.

C'est pourquoi, le Gouvernement congolais doit relever un des défis majeurs qu'a le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, le coût très

élevé des services et soins de santé dans les formations sanitaires, afin que tous les individus aient accès aux services de santé de qualité dont ils ont besoin (utilisation équitable des services) sans encourir de difficultés financières (protection financière).

Donc, le financement de la santé s'intéresse principalement à la question des montants (« coût ») et à celle de la composition (manière dont les structures de financement doivent être organisées afin d'atteindre la couverture santé universelle ou d'autres objectifs de santé). Il s'agit notamment d'examiner trois aspects distincts : quelles sont les ressources financières mobilisées et la manière dont elles le sont ; de quelle manière ces ressources sont mises en commun pour satisfaire aux objectifs d'équité et d'efficacité ; et dans quelle mesure ces ressources sont utilisées de manière stratégique pour acheter des services ou des produits de santé²⁸. Il est aussi admis que la réalisation du droit à la santé est liée directement et dépend de la réalisation des autres droits de l'homme entre autre le droit à l'alimentation, à l'eau potable, au système sanitaire, au logement, à la terre, à l'éducation, au travail et au service de santé de base.

La malnutrition chronique a également des effets négatifs sur les résultats scolaires des enfants par l'accroissement des risques de redoublement et d'abandon et plus tard sur les capacités productives lorsque ces enfants atteignent l'âge de travailler. Une étude menée en République Démocratique du Congo montrait que le pays perd 4,56 % de son produit intérieur brut (PIB) du fait des effets cumulés de la sous-nutrition des enfants en termes de dépenses de santé, de dépenses scolaires et de perte de productivité sur le marché de l'emploi.

²⁶ Cashin, C., Bloom, D., Sparkes, S., Barroy, H., Kutzin, J. O'Dogherty, S. 2017. *Aligning Public Financial Management and Health Financing: Sustaining Progress toward Universal Health Coverage. Health Financing Working Paper No. 17.4. World Health Organization.* <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254680/1/9789241512039-eng.pdf>

²⁷ Tandon, Ajay; Bloom, Danielle; Oliveira Hashiguchi, Lauren; Hoang-Vu, Eozenou, Patrick ; Cain, Jewelwayne; Nigam, Aditi; Nagpal, Somil eds. 2021. *Plaidoyer pour la santé: guide pour la mobilisation des ressources nationales. Réseau d'apprentissage conjoint pour la couverture santé universelle.*

²⁸ Tandon, Ajay; Bloom, Danielle; Oliveira Hashiguchi, Lauren; Hoang-Vu Eozenou, Patrick ; Cain, Jewelwayne; Nigam, Aditi; Nagpal, Somil eds. 2021. *Plaidoyer pour la santé: guide pour la mobilisation des ressources nationales. Réseau d'apprentissage conjoint pour la couverture santé universelle.*

Il est évident que la réduction de la sous-nutrition ne peut à elle seule susciter une croissance économique durable. C'est pourquoi elle doit être menée à travers une politique multisectorielle qui prend en compte les domaines de l'éducation, de la formation professionnelle, des innovations technologiques et des évolutions de la structure de l'économie afin d'optimiser les gains en capital humain et créer des opportunités d'emplois générateurs de revenus²⁹.

Le moyen le plus équitable, efficace et efficient de financer la couverture santé universelle (CSU) et de réaliser les autres objectifs du système de santé est de recourir à des ressources du secteur public national constituées par des versements obligatoires effectués de manière anticipée. Lorsque le revenu d'un pays augmente, ce dernier parvient généralement à accroître les dépenses de santé en les finançant principalement par des ressources publiques, ce qui lui permet de réduire sa dépendance vis-à-vis des paiements directs des ménages et de l'aide des bailleurs de fonds³⁰

La Limite de l'étude. Celle-ci n'a fait que l'analyse des dépenses publiques de santé. Aussi, nous n'avons pas examiné les exonérations et autres services consommés dont l'Etat congolais a dépensé de l'argent. Les dépenses de santé des ressources extérieures, les ressources privées (Ménages et Entreprises) ne sont pas captées ni discutées dans cette étude.

Perspectives : les autres chercheurs qui s'intéressent au financement de la Santé peuvent mener une autre étude sur les dépenses de santé de nutrition incluant toutes les sources de financement de la santé, les agents de financement, les régimes de financement, les prestataires et les fonctions de santé.

²⁹ Ministère du Plan et de la Révolution de la Modernité-RDC (2017); *Le coût de la faim en Afrique, l'incidence sociale, économique de la malnutrition chez l'enfant en République Démocratique du Congo, Kinshasa* ;
³⁰ Op-cit (6)

Recommandations

a) Au Le Gouvernement congolais :

- Placer la nutrition parmi les priorités les plus urgentes de la politique nationale de développement ;
- Traduire les engagements pris sur la réduction de la sous-nutrition en objectifs ambitieux à travers la politique nationale multisectorielle de nutrition;
- Assurer un leadership fort et continu en rappelant les engagements de chaque institution par rapport à la politique nationale de nutrition et de développement global du pays
- Mobiliser plus de ressources pour des actions concertées et vigoureuses dans la lutte contre la malnutrition
- Utiliser les résultats des Comptes Nationaux de la Santé pour le plaidoyer, la mobilisation des ressources, la planification, la répartition des ressources, la prise des décisions politiques en santé publique sur la Nutrition.

b) Aux populations ayant les personnes souffrant de sous-nutrition ou par excès

- Consommer les aliments locaux ayant des valeurs nutritifs pour la santé ;
- Contacter les services de santé les plus proches pour le cas de la malnutrition
- Adhérer à une mutuelle de santé pour accéder financièrement aux services et soins de santé.

Référence bibliographiques

1. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (2019), Plan stratégique intégré de la sante de la reproduction, de la mère,

- du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et nutrition (PSI SRMNEA NUT) 2019-2022, Kinshasa;
2. Ministère du Plan et de la Révolution de la Modernité-RDC (2017); Le coût de la faim en Afrique, l'incidence sociale, économique de la malnutrition chez l'enfant en République Démocratique du Congo, Kinshasa ;
 3. Cashin, C., Bloom, D., Sparkes, S., Barroy, H., Kutzin, J. O'Dogherty, S. 2017. Aligning Public Financial Management and Health Financing: Sustaining Progress toward Universal Health Coverage. Health Financing Working Paper No. 17.4. World Health Organization.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254680/1/9789241512039-eng.pdf>;
 4. Ministère du Plan et de la Révolution de la Modernité-RDC (2017); Le coût de la faim en Afrique, l'incidence sociale, économique de la malnutrition chez l'enfant en République Démocratique du Congo, Kinshasa ;
 5. Ministère du Plan et de la Révolution de la Modernité-RDC (2017); Le coût de la faim en Afrique, l'incidence sociale, économique de la malnutrition chez l'enfant en République Démocratique du Congo, Kinshasa;
 6. *Le droit à l'alimentation*, Genève, septembre 2005 ;
 7. Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels adopté le 16 décembre 1966 ;
 8. Darling et al, 2020 ; Fogel et al, 2020 ; Mozetic, 2016 ; Moreira et Goldani, 2010). Soins et nutrition,
<https://www.fao.org/3/W0073F/w0073f37.htm>, consulté le 17 janvier 2024;
 9. World Health Organization. 2019. Financing for Universal Health Coverage: Dos and Don'ts, Health Financing Guidance Note No. 9 (Conférence copy) ;
 10. Tandon, Ajay; Bloom, Danielle; Oliveira Hashiguchi, Lauren; Hoang-Vu, Eozenou, Patrick ; Cain, Jewelwayne; Nigam, Aditi; Nagpal, Somil eds. (2021). Plaidoyer pour la santé: guide pour la mobilisation des ressources nationales. Réseau d'apprentissage conjoint pour la couverture santé universelle. Groupe de la Banque Mondiale.
 11. FAO, FIDA, OMS, PAM et UNICEF. 2021. L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2021. Transformer les systèmes alimentaires pour que la sécurité alimentaire, une meilleure nutrition et une alimentation saine et abordable soient une réalité pour tous. Rome, FAO.
<https://doi.org/10.4060/cb4474frFAO>,
 12. FIDA, OMS, PAM et UNICEF. 2023. L'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 2023. Urbanisation, transformation des systèmes agroalimentaires et accès à une alimentation saine le long du continuum rural-urbain. Rome, FAO.
<https://doi.org/10.4060/cc3017fr>

13. [ACPF](#), Le Rapport africain sur le bien-être de l'enfant 2018 - Bienveillance envers les enfants - Progrès des gouvernements africains, posté le 2 Nov 2018, <https://reliefweb.int/report/world/le-rapport-africain-sur-le-bien-tre-de-l-enfant-2018-bienveillance-envers-les-enfants>;
14. Ministère du Plan-RDC/ INS, Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête. Kinshasa, République Démocratique du Congo. <https://www.unicef.org/drcongo/media/3646/file/COD-MICS-Palu-2018.pdf>;
15. Eloko Eya Matangelo G, (2023) Le financement du système de Santé au contexte de la RDC, édition PUK, Kinshasa ;
16. *Déclaration d'Abuja des Chefs d'Etat et Gouvernement, 20 Avril 2001* ;
17. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention /PNCNS, Rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé 2022-RDC, Kinshasa, Décembre 2023 ;
18. Tandon, Ajay; Bloom, Danielle; Oliveira Hashiguchi, Lauren; Hoang-Vu Eozenou, Patrick ; Cain, Jewelwayne; Nigam, Aditi; Nagpal, Somil eds. 2021. Plaidoyer pour la santé: guide pour la mobilisation des ressources nationales. Réseau d'apprentissage conjoint pour la couverture santé universelle ;
19. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention /PNCNS, Rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé 2022-RDC, Kinshasa, Décembre 2023 ;
20. *Le droit à l'alimentation*, Genève, septembre 2005 ;
21. GUILLOD, O., et SPRUMONT, D., Le droit à la santé : un droit en émergence, in *Revue de la constitution*, études en l'honneur de Jean François Aubert, Bâle, 1996. pp. 35-46 ;
22. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention-RDC/PRONANUT (2023) ; Plan d'action pour le changement social et de comportement sur Allaitement maternel Exclusif en RDC 2023 – 2030, Kinshasa, juillet 2023 ;
23. Cadre Intégré de la Classification de la Sécurité Alimentaire (IPC), 2018. Situation actuelle de l'insécurité alimentaire aiguë – Août 2018-16ème cycle d'analyse IPC « Résultats Préliminaires en attente d'une publication officielle au niveau du pays ». Kinshasa, IPC ;
24. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention /PNCNS, Rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé 2022-RDC, Kinshasa, décembre 2023 ;
25. Eloko Eya Matangelo Gérard (2023) *Analyse des dépenses de santé sur la Nutrition en République Démocratique du Congo de 2020 à 2022, Communication Orale*, Forum National de Nutrition, Investir dans la nutrition pour une nation forte, Kinshasa, Kimpesky Fleuve Congo, 05-07 Octobre 2023, Document du Forum ;

26. Badibanga Ntumba (2019) Malnutrition de la femme enceinte : prévalence, déterminants et réponse dans la Ville de Mbuji- Mayi en République Démocratique du Congo, Thèse de Doctorat (Ph.D), soutenue le 27 Août 2019, Ecole Doctorale des Sciences de la Santé Humaine et Vétérinaire, Université de Bangui en RCA, Année académique 2018-2019 ;
27. Melik Özden, le Droit à la santé «Un droit humain fondamental stipulé par l'ONU et reconnu par des traités régionaux et de nombreuses constitutions nationales » Brochure élaborée par le Directeur du Programme Droits Humains du CETIM et Représentant permanent auprès de l'ONU ;
28. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention-RDC/PNCNS (2023) Rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé 2022-RDC, Kinshasa, Décembre 2023,
29. Ministère des Finances-RDC, Document des indicateurs d'éligibilité au Programme Millenium Challenge Corporation « MCC » : Indicateurs d'Investissement sur le Capital Humain, Atelier sur les indicateurs d'éligibilité de la RDC aux Mécanismes du Programme de MCC, Kinshasa, 05-10 mars 2023,
30. Ministère du Plan et de la Révolution de la Modernité-RDC (2017); Le coût de la faim en Afrique, l'incidence sociale, économique de la malnutrition chez l'enfant en République Démocratique du Congo, Kinshasa ;
31. Cashin, C., Bloom, D., Sparkes, S., Barroy, H., Kutzin, J. O'Dogherty, S. 2017. Aligning Public Financial Management and Health Financing: Sustaining Progress toward Universal Health Coverage. Health Financing Working Paper No. 17.4. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254680/1/9789241512039-eng.pdf>
32. Tandon, Ajay; Bloom, Danielle; Oliveira Hashiguchi, Lauren; Hoang-Vu, Eozenou, Patrick ; Cain, Jewelwayne; Nigam, Aditi; Nagpal, Somil eds. 2021. Plaidoyer pour la sante: guide pour la mobilisation des ressources nationales. Réseau d'apprentissage conjoint pour la couverture sante universelle. ;
33. Tandon, Ajay; Bloom, Danielle; Oliveira Hashiguchi, Lauren; Hoang-Vu Eozenou, Patrick ; Cain, Jewelwayne; Nigam, Aditi; Nagpal, Somil eds. 2021. Plaidoyer pour la santé: guide pour la mobilisation des ressources nationales. Réseau d'apprentissage conjoint pour la couverture santé universelle ;
34. Ministère du Plan et de la Révolution de la Modernité-RDC (2017); Le coût de la faim en Afrique, l'incidence sociale, économique de la malnutrition chez l'enfant en République Démocratique du Congo, Kinshasa.