

L'ÉVOLUTION DU TOURISME MÉDICAL ET LE DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO. LE CAS DE LA VILLE DE KINSHASA ET DES HÔPITAUX DE RÉFÉRENCE DE KINSHASA

Batu OLAMBA

Université Suisse UMEF Campus de Genève
Droit- Diplomatie et Relations Internationales
(Suisse)

RÉSUMÉ:

Le tourisme médical est un nouvel ordre mondial qui se profile avec de réelles modifications socio-économiques et stratégiques. Il est nécessaire d'investir davantage dans le renforcement du système de santé en République Démocratique du Congo (RDC) afin de développer le tourisme médical, de favoriser une meilleure croissance économique et de permettre une meilleure qualité de vie. L'étude met en avant la situation antérieure et actuelle du système de santé. L'analyse permet une meilleure compréhension des divers défis auxquels fait face la RDC. La situation du système sanitaire non seulement impacte les établissements de santé mais aussi les patients congolais, les professionnels de santé et les étudiants en médecine.

Mots-clés: République Démocratique du Congo, ville de Kinshasa et hôpitaux de référence, effets socio-économiques, système de santé, tourisme médical.

INTRODUCTION

Le tourisme médical est un nouvel ordre mondial qui se profile avec de réelles modifications économiques et stratégiques. La carte de la globalisation du marché de la santé met en lumière cette nouvelle approche de flux migratoires des patients des pays de sud vers les pays du nord nécessitant de soins de qualité et modernes développés par des innovations scientifiques médicales, tant pour la chirurgie de nécessité que de confort. Elle montre les principaux flux de touristes- patients venant du de pays en développement (Afrique subsaharienne), avec le pourcentage de patients en partance pour bénéficier de soins rendant ces destinations attractives.

La démarche d'adopter un réel enjeu d'appui de développement de systèmes de santé en Afrique subsaharienne devient l'inversion des relations dites habituelles des échanges commerciaux. La construction d'infrastructures hospitalières de pointe en Afrique subsaharienne constitue maintenant une aubaine pour les uns, où un simple effet de snobisme pour les autres ou traduire la non-prise de conscience de la précarité. L'exposition des soins de santé donne aux cliniciens des pays émergents de véritables opportunités, notamment l'opportunité d'exercer la médecine d'exception.

Les enjeux et les perspectives sont tels que le tourisme médical attise les convoitises des États des pays émergents pour affaiblir de plus en plus les pays

en économie faible. Les pays phares des destinations du tourisme médical tentent d'attirer plusieurs millions d'individus des pays d'Afrique, les revenus directs ou indirects générés par ce secteur voisinent 40 milliards d'euros en 2010 (rapport FMI 2010) et devraient dépasser d'ici 2025 120 milliards d'Euros.

Il est nécessaire d'investir davantage dans le renforcement du système de santé en République Démocratique du Congo (RDC) afin de développer le tourisme médical et de favoriser une meilleure croissance économique. Ce besoin est d'autant plus important que d'innombrables problèmes comme la migration de médecins africains ou d'étudiants en médecine vers les pays développés augmente. Cela amène ainsi la population à partir à la recherche de soin à l'étranger. Ces contraintes empêchent le développement du tourisme médical en RDC. En réponse des problèmes identifiés, le Ministère de la Santé Publique (MSP) avec l'aide d'autres partenaires, a mis en place différentes stratégies visant à améliorer la situation sanitaire en RDC. Un premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) a été élaboré pour la période 2011-2015 puis un autre de 2016-2020. Les résultats du premier plan ont démontré que les actions planifiées n'avaient pas été mis en œuvre principalement due au manque de ressources. Concernant le second plan, les actions ont été réadoptées avec des similarités dans la structure et les stratégies du précédent plan. Les premiers résultats ont été quelque peu rassurants mais restent largement insatisfaisants.

L'objectif du renforcement du système de santé en RDC est de permettre l'amélioration du système sanitaire pour ensuite permettre le développement du tourisme médical au sein du territoire. La présentation de cette approche est illustrée par une étude de cas portant sur la ville de Kinshasa. Cela afin de comprendre la situation antérieure et actuelle (1912-2020) du système de santé à Kinshasa. Ainsi, les ressources sanitaires dont dispose la ville de Kinshasa seront analysées, en étudiant la situation de l'Hôpital Général de Référence de Kinshasa. Ensuite, le système éducatif à Kinshasa en matière de santé sera aussi abordé afin de comprendre la migration des médecins et étudiants en médecine vers l'Europe. Cela donnera des éclaircissements sur les raisons qui amènent la population congolaise à recourir à des soins à l'étranger.

Cet ouvrage s'inscrit dans une approche prospective car il se base sur des prévisions et l'analyse de scénarios prospectifs d'experts dans le secteur de la santé et du tourisme médical.

Cet article est à la croisée de différentes disciplines : politique, économique et socio-culturel. Ainsi, à travers l'étude de cas menée sur la RDC, Kinshasa, les impacts du tourisme médical et de l'amélioration du système de santé sont mis en avant. Cela, dans le but de comprendre la situation du pays dans ces domaines, de même que pour mettre en avant les coûts cachés en lien avec la santé en RDC, et d'apporter des recommandations permettant de meilleures performances économique et sociale en RDC.

De ce fait, l'approche de recherche-action qualimétrique (Savall & Zardet, 1974 / 2004), qui a été adoptée afin de réaliser l'étude, intègre les effets qualitatifs, quantitatifs et financiers des actions réalisées.

A-LE SYSTÈME SANITAIRE À KINSHASA : LE CAS DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE RÉFÉRENCE DE KINSHASA (EX-HÔPITAL MAMA YEMO)

Historique de l'hôpital général de référence de kinshasa

L'Hôpital Général de Kinshasa est le plus grand des centres hospitaliers parmi les hôpitaux les plus connus de la capitale congolaise (Kinshasa).

Fondé dans les années 1912, pendant la période coloniale Belge en RDC, l'Hôpital Général de Kinshasa n'était qu'un simple dispensaire de la colonie recevant la population indigène en soins ambulatoires. Avec l'accroissement de la population, l'expansion industrielle et la construction de chemin de fer, la ville de Kinshasa subit une importante migration et fréquentation qui a nécessité l'extension du dispensaire général. Ainsi, en 1925, le dispensaire fut converti en un centre hospitalier ayant une capacité d'accueil d'environ 80 lits, et comportant 4 principaux services : médecine interne, chirurgie, maternité et soins communautaires. Cinq années plus tard, en 1930, de nouveaux pavillons ont été construits, ce qui augmentera la capacité du centre à 150 lits. Jusqu'en 1953, davantage travaux furent mis en place pour augmenter la capacité du centre hospitalier, qui comptait alors 1025 lits en 1958, et différentes disciplines (médecine interne, chirurgie, gynéco-obstétricale, pédiatrie, ophtalmoscopie, stomatologie, dermatologie et ORL).

En 1960, avec le départ massif des médecins expatriés due à l'indépendance de la RDC, l'hôpital général subit une dévalorisation de la qualité de soins accordés aux malades. La gestion de l'hôpital général est alors confiée au Fonds Médical du Congo (FOMECO), une association sans but lucratif qui bénéficiait de l'assistance technique et financière de la coopération Belge composée de médecins Belge et Américains. Cette association avait pour but d'aider le centre hospitalier à se relever en le réorganisant, réhabilitant et donc en fournissant du personnel qualifié.

L'association FOMECO deviendra le Fonds Médical de Coordination en 1970. Une année durant laquelle l'hôpital a rencontré une autre importante expansion, grâce à la construction de pavillons supplémentaires comportant des soins respiratoires, garage, médecine interne, service pharmaceutique et radiologie.

Dès 1972, pendant le retour à l'authenticité de la RDC, l'hôpital général fut renommé hôpital Mama Yemo, cela en mémoire de la défunte mère de l'ancien président de la RDC, le président Mobutu Sese Seko. Dans les années qui suivent, le statut de l'hôpital subit des changements, passant par le statut d'entreprise publique en 1989 (ayant un caractère social sous la double tutelle du Ministère de la Santé et du Ministère de portefeuille) au statut d'établissement public en 1996.

En 1997, le nouveau régime a apporté des modifications au nom de l'hôpital, qui devient l'Hôpital Général de Kinshasa.

Depuis 2002 jusqu'à présent, grâce au décret n°75/2002 du 02 juin 2002, le personnel et le patrimoine de l'hôpital ont été apprêtés à la sous-tutelle du Ministère de la santé publique pour un service public appelée « Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa (HPGRK).

L'emplacement géographique de l'hôpital général de référence de kinshasa

Dotée d'une superficie d'environ 2 345 410 km², la RDC est l'un des plus vastes pays d'Afrique, sa population est estimée à environ 85 026 000 habitants, selon les estimations de l'Institut national des statistiques (annuaire statistique 2014). La RDC est actuellement classée parmi les pays les plus pauvres du monde, malgré ses immenses ressources naturelles. (WHO, 2017-2021)

La ville de Kinshasa est la plus grande ville de la RDC, avec 24 communes, une population estimée à plus de 12 millions d'habitants sur une superficie de 9965 km². Elle est considérée comme la troisième ville la plus peuplée d'Afrique se positionnant ainsi après le Caire et Lagos. Kinshasa se situe face à la capitale de La République du Congo, Brazzaville, plus précisément sur la rive sud du fleuve Congo, au niveau du Pool Malebo.

L'Hôpital Général de Référence de Kinshasa se situe dans la commune de La Gombe de Kinshasa, plus précisément au n° 54068 avenue de Tombal Baye sur une superficie de 94 343,31m² dont 80 565m² pour les pavillons, 3 873,27m² pour la morgue et 4 952,52m² pour le terrain de football. Le centre hospitalier est borné de l'Est (par l'avenue de l'hôpital), à l'Ouest (par l'avenue Wangata), au Nord (par l'avenue colonne EBEYA) jusqu'au Sud (par le jardin zoologique de Kinshasa).

La situation actuelle ou la plus récente de l'hôpital général de référence de kinshasa :

Capacité d'accueil :

Selon les données les plus récentes, l'hôpital avait une capacité d'accueil estimé à approximativement 2 000 lits au total. Le centre offre divers services en médecine internes, chirurgie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, dialyse, imagerie médicale, biologie clinique, anesthésie et réanimation, spécialités médico-chirurgicales, médecine légale, soins communautaires, pharmacie, formation et recherche.

La structure de gestion de l'hôpital :

Le fonctionnement de l'hôpital général de référence de Kinshasa est assuré par différents acteurs, composé du conseil d'administration, comité de gestion, de la direction générale et la structure administrative.

La structure administrative est composée de la direction, le département, le service, la section et de la cellule.

Concernant la gestion journalière de l'hôpital, elle est assurée par un médecin Directeur qui est secondé par différents chefs de départements, tels que le chef du département de l'administration et finances, le chef du département de soins infirmiers, le chef du département biotechnique et le chef du département de formation et recherche.

Le personnel hospitalier et les horaires de l'hôpital :

L'hôpital Général de référence de Kinshasa, comme tous les autres établissements de santé publics de l'Etat, est opérationnel 24h sur 24h et est ouvert à partir de 7h30 du matin.

En 2010, une étude a permis de récolter des informations supplémentaires sur l'Hôpital Général de Kinshasa. Le résultat de cette étude a révélé que l'Hôpital regroupait 2 419 employés au total, le personnel médical et paramédical était constitué de 133 médecins généralistes, 56 spécialistes, 10 chirurgiens-dentistes, 8 pharmaciens, 71 techniciens de laboratoires, 32 kinésithérapeutes, 13 nutritionnistes et 1 100 infirmiers. (Cf. tableau en Annexe 1 : Tableau représentant l'effectif du personnel par catégorie et sexe de l'Hôpital Général de Kinshasa en 2010)

L'effectif opérationnel de l'hôpital général de référence de Kinshasa est en partie inférieur, due à l'activité de travail à mi-temps ou à temps partiel du personnel, à une faible rémunération des employés (salaire de base mensuel estimé à 78\$ pour un chef de clinique) et le taux d'absentéisme élevé (estimé à 35% en 2009 et 28% en 2010).

D'après une étude menée par l'Office fédéral des Migrations en Suisse (ODM) en 2014, les services proposés à l'hôpital général de référence de Kinshasa sont anciens mais restent opérationnels. En effet, les équipements dont dispose l'hôpital ne sont pas suffisants et sont pour la plupart anciens qu'ils nécessitent d'être renouvelés. Lors de la visite de l'ODM à l'hôpital de Kinshasa en 2013, des pannes de courant assez fréquentes, ont été notifiées, laissant ainsi les urgences et la banque de sang privées d'électricité.

Le coût des soins à l'hôpital général de référence de Kinshasa :

Le paiement des frais de santé au sein de l'hôpital se fait principalement en espèces, ainsi dans le cas où un patient est dans l'incapacité de payer en espèce, et qu'il décide d'avoir recours aux subsides pour régler ses frais médicaux, l'hôpital général le refuse.

En moyenne les frais médicaux de l'hôpital général de référence de Kinshasa peuvent atteindre environ 50\$, dont 11\$ pour des examens médicaux, 18,70\$ pour la consultation et 22\$ pour la réalisation du dossier médical. Dans d'autres hôpitaux de la ville les consultations peuvent même aller jusqu'à 27,50\$ (par exemple à l'hôpital du Cinquantenaire).

En RDC, pour les patients insolvables, des certificats d'indigences sont fournis afin qu'ils bénéficient de soins gratuits. Ces certificats sont souvent falsifiés et obtenus illégalement, cela favorise alors l'accroissement de problème de financement des hôpitaux qui ne reçoivent pas de remboursement due aux certificats de complaisance (faux certificats).

À l'hôpital général de référence de Kinshasa, sur 2 000 lits seulement 30 lits sont réservés aux indigents, qui sont principalement soignés par des religieux. Ainsi l'accès aux soins médicaux à Kinshasa, en RDC, est très pénible pour les patients n'ayant aucune ressource financière, ni de prise en charge par un membre de la famille.

B-LE SYSTÈME DE SANTÉ EN RDC, À KINSHASA :

La problématique du financement du développement du système de santé et l'entrave de la meilleure attractivité du tourisme médical en rdc.

Bref historique du financement de la santé en rdc :

En RDC le financement de la santé repose sur le budget de l'Etat, le financement extérieur et le paiement des usagers aussi appelé « financement communautaire » (cela concerne le paiement des soins par les ménages).

L'évolution historique des mécanismes, a mené à une situation défavorable, une spécificité alarmante par rapport à la mission destinée à tout système de santé vis-à-vis de sa population a été conduite. Cette situation contraignante pose ainsi avec perspicacité la problématique de l'efficacité, l'efficience et l'équité dans le financement de la santé en RDC. La particularité du financement du secteur de la Santé en RDC aujourd'hui (2004) est le niveau élevé du financement privé du système sanitaire, y compris le complément de rémunération des prestataires de soins. Cela représente une rupture par rapport aux années 1980 où quasiment seule la charge du fonctionnement des centres de santé reposait sur le système de recouvrement des coûts auprès des ménages.

Si d'après les sources les plus récentes, l'aide extérieure et le financement par les ménages représentent plus de 99% du financement du secteur, l'analyse de la dépense publique dans le secteur de la santé reste primordiale dans la mesure où

un objectif majeur du gouvernement est d'accroître la dépense publique dans le secteur afin d'améliorer la qualité et l'équité des soins de santé.

La question sur le financement du développement de système de santé en RDC a été précédemment analysée par la Banque Mondiale. Ainsi, une grande partie du document est introduite dans la thèse.

Il est important de traiter la question du financement du secteur de la santé sous trois angles classiques, de problèmes liés à :

- La mobilisation des ressources financières,
- L'affectation des ressources financières.
- L'utilisation des ressources financières.

L'analyse est réalisée grâce aux trois sources précédemment mentionnées (Budget de l'Etat, Financement extérieur et le paiement des ménages).

Après l'indépendance, le Gouvernement Congolais a essayé d'offrir des soins de santé gratuits à la population. A cette époque, pendant les années 1960, la structure sanitaire en place en RDC était encore considérée comme parmi les meilleures de l'Afrique subsaharienne.

Toutefois, le Gouvernement Congolais n'a pas été en mesure d'affecter un financement suffisant pour faire fonctionner le système. Au début des années 1980, la majeure partie de la population était ainsi privée d'accès aux services de santé de base.

A la suite d'études-pilotes réalisées à la fin des années 1970 et début 1980, la RDC s'est engagée en 1982 dans le développement du système des zones de santé. La stratégie de financement des zones de santé se fondait sur le partage des coûts d'assistance des donateurs pour les dépenses d'investissement, le paiement des salaires de base et du fonctionnement des structures centrales et intermédiaires par le gouvernement et le quasi-autofinancement à termes des dépenses de fonctionnement et d'entretien du niveau périphérique

La nécessité d'assurer les dépenses de fonctionnement avait obligé les zones à instaurer des services de santé payants ou à établir d'autres mécanismes de recouvrement des coûts.

Des résultats positifs avaient été enregistrés et en 1987, on considérait que 220 sur 306 des zones existantes étaient opérationnelles. Toutefois, la majorité des zones signalait des difficultés à assumer totalement le financement des dépenses de fonctionnement.

Le Document du Projet de soins de santé primaires en milieu rural, 1986-1992 (SANRU II) indiquait que d'après l'expérience de SANRU, la zone avec la meilleure capacité d'autofinancement arrivait à récupérer 90% de ces dépenses de fonctionnement, celle avec la plus faible atteignait 67%, la moyenne arithmétique pour sept des dix zones s'élève à 79%.

Il faut néanmoins noter que ce taux de couverture était très variable entre le BCZ (40%), le HGR (79%) et le CS (90%). A l'aube du conflit en 1992, l'aide extérieure dans le secteur de la santé, qui couvrait les coûts d'investissement du système et palliait les difficultés d'autofinancement des ZS, a fortement diminué à la suite des sanctions internationales contre le Congo. Seules la Commission Européenne (Programme d'Appui Transitoire à la Santé (PATS I et II), les gouvernements belge et allemand et l'UNICEF ont continué une aide sporadique à travers les ONGs et les églises pour assurer le maintien d'un niveau minimal d'activités dans le secteur et l'accessibilité aux soins de santé de base ainsi qu'aux hôpitaux de référence. Dans le même temps, le système de Santé a vu au cours des années l'appui de l'État diminuer.)

Ressources humaines et qualité des soins à Kinshasa, la RDC :

La RDC compte un médecin et cinq infirmiers pour 10 000 habitants, soit deux fois moins qu'en moyenne dans la région Afrique de l'OMS. À Kinshasa, où travaillent 60 % des médecins du secteur public, il y aurait 1,8 médecin et huit infirmiers pour 10 000 habitants, chiffre sous-estimé du fait de « l'importance du nombre de médecins sur lesquels on ne dispose pas d'informations », indique le Plan national de développement sanitaire 2011-2015 (PNDS 2011-2015), qui relève :

- 5 000 des 11 000 membres de l'Ordre des médecins sont salariés du service public ;

- 500 médecins travaillent pour l'église catholique en RDC ;

- Le solde a émigré ou exerce dans le privé, le confessionnel et les ONG, en matière de formation, le PNDS 2011-2015 constate que :

- a.** Les formations de base et continue du personnel de santé ont souffert d'un « effet négatif » depuis « plus d'un quart de siècle » ;

- b.** Une « inflation de personnel » en surplus a eu pour « effet pervers » une multiplication de structures de santé « de qualité pour la moins douteuse ». Un institut universitaire belge note en effet en 2010 une prolifération de centres privés à Kinshasa et au Bas-Congo, où leurs prestations sont inférieures aux standards reconnus.

Un rapport sur l'aide belge à la RDC relève en 2012 une « pléthore en personnel non qualifié » en aval et des « déficits en personnel hautement qualifié » en amont. De ce fait, en 34 ans, la RDC a formé 1,4% de médecin-spécialistes par an.

En 2012, la direction de la lutte contre la maladie du ministère de la Santé estime qu'il est temps de combattre « un système de santé désintégré » et « l'exercice anarchique des activités de santé » jugée « de qualité douteuse ». Illustration de ce propos officiel, un reportage dépeint les conditions précaires de petits centres de santé à Kinshasa : ils offrent un service de proximité bon marché, mais sans contrôle sanitaire réel.

Que les soins soient privés ou publics, sur le plan qualitatif, le médecin-conseil de plusieurs ambassades occidentales dans la capitale affirme à l'ODM qu'il « ne fait pas bon être malade à Kinshasa. [...] Le secteur de la santé est fortement déficitaire ».

Cependant, des services privés lucratifs « offrent des soins de santé de qualité à la population » affirme le PNDS 2011-2015.

À partir de 2010, tout au long de l'exécution du PNDS (2011-2015 / 2016-2020)

La situation du système sanitaire en RDC et à Kinshasa :

Dès 2011, des actions furent mis en place par le Ministère de la Santé et ses partenaires. Celles-ci visent à établir un Plan National de Développement Sanitaire, qui doit améliorer l'accès à des soins de santé de qualité dans de principaux districts sanitaires. Certains acteurs, comme l'Agence belge de développement (CTB) tente alors de contribuer à ce plan par un appui technique et financier.

La RDC consacre environ de 9% à 5,6% de son budget à la santé entre 2012 et 2013 et environ 4% en 2016. (*WHO, 2013*) (Cf. voir en Annexe le Graphique de l'évolution du financement de la santé par l'Etat congolais).

D'après un article publié par la CTB en janvier 2015, le système de soins de santé en RDC est primaire, il fonctionne de façon plus ou moins correcte et est organisé par district. Néanmoins, la situation du secteur de santé avait énormément dégradé depuis les vingt dernières années.

Le système de santé publique de certaines régions de la RDC, a été quasiment effondré, l'Etat ne s'investissait pas davantage dans la réglementation et le financement du secteur de la santé, et la prestation de soins fut en majorité consacrée aux prestataires privés informels. L'infime budget qui est destinée à la santé publique, servait surtout au financement de paiement irrégulier de rémunérations très basses aux agents de santé gouvernementaux.

Comme mentionné dans la partie précédente, à chaque prestation de soins de santé au sein d'un hôpital en RDC, un paiement direct est réclamé. Le montant des frais médicaux est souvent imprévisible pour les patients, et les ordonnances de médicaments qu'ils reçoivent sont régulièrement irrationnelles, de même pour les soins de qualités dont les frais sont vraiment coûteux (particulièrement dans les hôpitaux de district).

(CTB, 2015)

Certains faits qui font que la prise en charge des malades ne répond pas correctement aux attentes de la population sont, entre autres :

- La prolifération des instituts d'enseignement médical ayant un corps enseignant non-qualifié.
- Prolifération des universités, avec les facultés de médecine sans une clinique de stage pour l'université ; avec aussi un corps académique non qualifié mais marchandant les syllabus et les côtes.
- Un personnel pléthorique, sans respect des normes dans le recrutement.
- Interférences de certaines autorités dans la gestion des hôpitaux.
- Manque des subventions de l'État et non paiement des créances par l'État aux hôpitaux ayant soigné les fonctionnaires (militaires, policiers etc.).
- Détournement des matériels des soins par le personnel de l'hôpital.
- Détournement des frais payés par les malades par les réseaux maffieux des agents.
- Les conditions hygiéniques très défectueuses.
- Mauvais accueil par le personnel car démotivé.

Ainsi le système de santé de la RDC est tributaire de la situation générale de la mauvaise gouvernance.

À Kinshasa, le développement du système de santé malgré la forte augmentation de la population reste insuffisant. En 2010, 2 150 structures de santé privées sont dénombrées dans la mégacité, dont 76% ne sont pas approuvées par le Ministère de la Santé. Et seulement 25 hôpitaux sont considérés comme étant publics à Kinshasa.

En 2014, au sein du secteur supérieur des soins privés et publics à Kinshasa, on compte un spécialiste pour plus de 59 000 habitants en chirurgie, médecine-interne, gynécologie-obstétrique, pédiatrie et en anesthésie-réanimation.

Par ailleurs, 60% des médecins du secteur public de la RDC travaillent à Kinshasa, ainsi on dénombre environ 1,8 médecin et 8 infirmiers pour 10 000 habitants.

Un résultat qui est considéré comme étant inférieur à la réalité du fait « de l'importance du nombre de médecins sur lesquels on ne dispose pas d'informations », d'après le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015. Dont les résultats avaient relevé :

- *5 000 des 11 000 membres de l'Ordre des médecins sont salariés du service public ;*

- 500 médecins travaillent pour l'église catholique en RDC ;
- Le solde a émigré ou exerce dans le privé, le confessionnel et les ONG (annexe III) ; En termes de formation, le PNDS 2011-2015 constate :
- Les formations de base et continue du personnel de santé ont souffert d'un « effet négatif » depuis « plus d'un quart de siècle » ;
- Une « inflation de personnel » en surplus a eu pour « effet pervers » une multiplication de structures de santé « de qualité pour le moins douteuse ».

(PNDS 2011-2015)

Une étude récente de l'OMS a permis de relever les principaux défis que doit faire face le système de santé en RDC. Les défis présentés sont :

- « Une capacité optimale de gestion de l'ensemble du système de santé dans le contexte de la décentralisation ;
- Un système de financement des soins permettant l'équité d'accès ;
- Un système de santé à même de répondre aux besoins des populations après plusieurs années de crise (conflits armés, catastrophes naturelles) ;
- La réduction de l'excès de morbidité et de mortalité ;
- Une meilleure coordination de la réponse humanitaire. »

(WHO, 2017-2021)

Selon cette même source le système de santé bénéficie d'aide financière venant de différents partenaires, représentant 39% du financement de la santé en RDC. Des pays comme la Belgique, le Canada, les Etats-Unis d'Amérique bien que la Grande Bretagne participe au financement de la santé du pays. Tout comme de nombreuses institutions des Nations Unies. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) joue un rôle important dans le développement du système de santé dans le monde entier. Elle assure en partie, la bonne actualisation du Plan national de développement sanitaire (PNDS), et appuie l'avancement de la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

Ainsi un programme stratégique de coopération de l'OMS avec la RDC a été établi pour permettre la bonne exécution du PNDS en RDC. (Cf. Voir en Annexe : Programme d'actions de coopération de l'OMS avec la RDC)

L'analyse de la situation actuelle en matière de santé et de développement, témoigne que « malgré les efforts fournis dans un contexte difficile et fragile, et en dépit de progrès considérables, le pays n'a atteint aucun des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ».

Les défis restent vraiment nombreux pour la RDC, ils concernent : « la pauvreté, niveau inquiétant de la mortalité infantile, taux de mortalité maternelle, stagnation de la prévalence du VIH, faible accès à l'eau potable et faible taux effectif de réalisation des aides publiques au développement. »

(WHO, 2017-2021)

Situation de la croissance économique et budgétisation salariale des hôpitaux de Kinshasa.

La politique économique suivie au cours des cinq dernières années a permis à la République Démocratique du Congo de renouer avec la stabilité macroéconomique et la croissance.

La RDC a réussi à rompre avec un passé marqué par l'hyperinflation, les déficits publics et l'endettement. Le pays a ramené l'inflation en dessous de la barre de 4,0% depuis 2013 et la balance du budget sur ressources domestiques est

devenue excédentaire. Les réserves en devises ont été reconstituées. Dans ce contexte de stabilité macroéconomique, les investissements, notamment dans le secteur minier, se sont accélérés et la production minière a augmenté. Le pays a renoué avec la croissance qui se situe à une moyenne de 7,7% depuis 2015, le pouvoir d'achat de la population s'est amélioré, et la pauvreté a reculé de 71% en 2013 à 63,7% en 2015.

Le pays devrait désormais se focaliser sur la performance du secteur public de la santé et le renforcement de l'État en vue de conduire l'économie et la société vers l'émergence.

Le recul de la pauvreté est important mais reste insuffisant et souligne une faible transmission entre la croissance et le développement économique et social, alors que le pays s'est fixé pour objectif de parvenir à l'émergence en 2030. Or au-delà de la stabilisation macroéconomique, parvenir à l'émergence exige une volonté politique pour renforcer le rôle de l'État et le doter des institutions capables de formuler des stratégies et politiques de développement, ainsi que des moyens pour les mettre en application. En effet, relever les défis économiques et sociaux, mais aussi assurer la cohésion nationale de la RDC, ne peuvent se faire sans une meilleure performance du secteur public.

L'État a d'abord besoin de plus de moyens pour pouvoir mener à bien ses fonctions souveraines et sa mission de développement économique et social dans le secteur de la santé.

Les recettes en RDC sont en dessous du potentiel, notamment les recettes en provenance du secteur des ressources naturelles. En effet, les recettes ne dépassent pas 13,0% du PIB, soit 2 points de moins que la moyenne des pays les moins développés. Or le potentiel de mobilisation supplémentaire serait de 8 points de pourcentage du PIB venant essentiellement du secteur des ressources naturelles. Une telle mobilisation requiert une réforme du cadre légal du secteur des ressources naturelles de même que la mise en place des capacités administratives et institutionnelles nécessaires pour la gestion du secteur.

Cette mobilisation pourrait lancer un cercle vertueux où plus de moyens permettraient de renforcer l'État et son fonctionnement ; or un État plus efficace parvient à mobiliser plus de moyens pour mettre en place les réformes et les politiques à même de permettre à la société de gravir les échelons du développement.

Évolution des Crédits et Attributions Budgétaires en Faveur de la Santé.

Les dotations au Ministère de la Santé Publique ont augmenté en valeur nominale, mais leur part dans le budget de l'État a diminué. Entre 2017 et 2018, le budget du Ministère de la Santé Publique sur ressources internes a été multiplié par 5 en valeur nominale, passant de 38 à 186 milliards de CDF. Toutefois, le budget a subi des variations annuelles importantes, avec de fortes hausses de 75%, 36% et 41% en 2017, 2018 et 2019 respectivement, et plus modérées en 2017, 2018 et 2019 (entre 6 et 18%). Ceci confère une très forte instabilité au budget du Ministère de la Santé Publique et par conséquent, une visibilité budgétaire réduite pour les acteurs du secteur (paiement salarial des médecins, infirmiers et autres). Dans l'ensemble, sur la période 2017-2018, le budget du Ministère de la Santé Publique a représenté 4% du budget de l'État sur ressources internes (4,2% en 2017), avec relativement peu de variations, le maximum étant 5,1% en 2018, et le minimum 3,1% en 2019.

Les dépenses courantes constituent la quasi-totalité de la dépense publique en santé, avec prédominance des salaires des professionnels des hôpitaux.

Les dépenses courantes représentent près de 87% de la dépense publique en santé sur la période 2017-2019. La plupart de cette dépense, soit 74%, est consacrée aux dépenses de personnel, ne laissant que 13% aux autres dépenses opérationnelles et de consommation de biens et services. Jusqu'en 2017, les personnels de santé des hôpitaux de Kinshasa étaient très peu pris en charge par l'État et le niveau de la rémunération était faible. Ainsi, les charges du personnel ne représentaient que 62% des dépenses courantes en 2017, alors qu'elles ont atteint plus de 88% en 2018 et leur montant a été multiplié par 6. L'augmentation des charges du personnel est d'une certaine façon une avancée avec une meilleure prise en charge du personnel par l'État et l'amélioration du niveau et de la régularité des rémunérations. Les dépenses du personnel sont 2017, 2018, 2019 Dépense de Personnel (charges salariales), les dépenses de fonctionnement des hôpitaux et les dépenses en Capital 74% exécutées à hauteur des dotations budgétaires, avec un taux d'exécution moyen de 95% au cours de la période 2017-2018-2019.

La forte progression des dépenses de personnel s'est faite dans les compléments du salaire plutôt qu'au niveau du salaire de base à travers les hôpitaux de Kinshasa.

Le nombre d'agents pris en charge par la paie (« agent mécanisé payé ») et/ou auxquels des primes (« primes de risque ») des professionnels de santé des hôpitaux de Kinshasa sont octroyées et payées sur des lignes budgétaires prévues à cet effet a nettement augmenté. D'autre part, les niveaux tant des salaires que des primes pour les différentes catégories de personnel des hôpitaux de Kinshasa ont également très sensiblement progressé. La masse salariale est passée de 11 milliards de CDF à 25 milliards entre 2017 et 2019. La « prime de risque » qui est censée être un complément de salaire et une mesure d'incitation, est devenue l'élément principal de la rémunération. Ainsi, pour les médecins, la prime de risque est six fois plus importante que le salaire proprement dit. En 2018, la prime de risque constituait 73% des dépenses de personnel. Le paiement par prime a permis une nette augmentation de la rémunération du personnel de santé, et par là même un rattrapage par rapport aux autres pays de la région. Il n'en reste pas moins que la systématisation de la prime pose des questions sur la durabilité financière, l'absence de motivation liée à la performance, et la non-inclusion dans le calcul des retraites.

La forte progression des dépenses de personnel laisse le Ministère Santé Publique dans l'incapacité de couvrir les engagements salariaux à moyen terme.

En 2019, seulement 31% des effectifs des hôpitaux de Kinshasa reconnus par le Ministère Santé Publique bénéficiaient d'un salaire. Grâce à la généralisation de la prime de risque, 60% des effectifs disposaient en 2018 d'une rémunération, soit sous forme de primes, soit sous forme de salaire, soit une combinaison des deux. Cependant, près de 40% de l'effectif ne toucherait ni salaire ni prime. Pour couvrir la totalité des effectifs reconnus par le Ministère de la Santé Publique tant en salaire qu'en primes, les dotations pour les dépenses en personnel devraient presque doubler.

Ce doublement consommerait la quasi-totalité de la dotation disponible pour la santé inscrite au titre du Ministère de la Santé Publique et nécessiterait ainsi une augmentation de celle-ci. De plus, plusieurs membres des effectifs reconnus des hôpitaux de Kinshasa ont complété leurs années de services, mais leur mise à la retraite nécessite la mise en place de plans et de financements spécifiques qui manquent pour le moment au Ministère de la santé et du Budget.

L'appui des bailleurs de fonds dans le domaine de la santé à travers les hôpitaux de Kinshasa est prépondérant et couvre près de la moitié de la dépense. L'appui des bailleurs de fonds aurait presque doublé, passant, selon les sources, de 22 millions dollars US à 53 millions entre 2017 et 2019 (Plate-forme de Gestion de l'Aide Internationale - PGAI), ou de 75 millions de dollars US à 93 millions entre 2018 et 2019 (CNS, 2018).

La santé constitue un des domaines prioritaires d'intervention des partenaires puisque 26% des montants totaux déboursés en 2019 sont consacrés à la santé, contre 15% en 2017 (PGAI). Ces flux extérieurs représentaient, avec une certaine stabilité sur la période, autour de 2% du PIB et correspondaient à des dotations par habitant d'environ 4 dollars US en 2017. Cette dotation aurait atteint entre 5,7 et 6,8 dollars US par tête en 2018 selon les sources (CNS et PGAI).

Aussi bien dans la santé que dans d'autres domaines de la dépense publique, le budget de l'État ne reflète pas la totalité des montants mis à disposition par les bailleurs, une part substantielle des flux d'appui ayant un caractère extrabudgétaire. Ainsi, les interventions des partenaires prises en compte dans le budget à travers l'exécution de la chaîne de la dépense ne représentent qu'environ 10% des montants effectivement décaissés par ces derniers entre 2017 et 2018. Cette moyenne cache de fortes fluctuations annuelles, avec des ratios de 5% ou moins en 2017, 2018 et 2019 et autour de 20% et 30% pour 2018 et 2019.

Les détournements des fonds salariaux des professionnels de santé des hôpitaux se font au niveau des comptables d'états et les agents payeurs des hôpitaux, une complicité absolue dont le gouvernement congolais est incapable de finir avec ses massacres budgétaires (rapport syndicat des infirmiers et médecins 2017).

C-LA FUITE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉS, DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET DES RESSORTISSANTS CONGOLAIS VERS L'ÉTRANGER :

Le système éducatif au sein du secteur de santé en RDC :

Les universités, les écoles et autres institutions d'éducation qui forment le personnel de santé ont subi une importante expansion depuis ces dernières années et le nombre d'infrastructures de santé augmente progressivement tous les ans. En 2008, on comptait 470 instituts médicotéchniques et instituts de formation médicale recensés, 108 instituts médicotéchniques supérieurs et 39 facultés en médecine. Ainsi, en 2009, environs 26 000 infirmiers ont été diplômés, et plus de 2 000 médecins ont obtenu leur diplôme dans trois grandes universités (Kinshasa, Kisangani et Lubumbashi).

Malgré la sérieuse expansion du système éducatif dans le secteur de la santé, la qualité de la formation dispensée par les établissements reste peu réglementée.

Par conséquent, 56% des instituts médicotéchniques fonctionnaient sans décret d'agrément officiel en 2009.

La qualité de l'enseignement en RDC est de plus en plus influencée par le phénomène de fuite des cerveaux vers les pays occidentaux, par le vieillissement du personnel et leur manque de motivation, ainsi que la déficience de professeurs compétents. (CTB, 2015)

En 2012, un rapport sur l'aide venant de la Belgique à la RDC révèle « une pléthore en personnel non qualifié en aval et des déficits en personnel hautement qualifié, en amont ». Ce qui expliquerait en conséquence qu'en 34 ans, la RDC a formé 1,4 médecin-spécialiste par an.

D- MÉTHODOLOGIE D'INTERVENTION :

- Diagnostic participatif : dysfonctionnements et coûts cachés.
- Groupe de projet participatif piloté par l'encadrement : recherche de solutions aux dysfonctionnements.
- Mise en œuvre des solutions
- Evaluation rigoureuse socio-économique

Base retenue : 1 établissement hospitalier public

Recherche intervention :

1 RECHERCHE- INTERVENTION QUALITATIVES / QUANTITATIVES / FINANCIERS

- ❖ **Recherche Global sur le Système de santé en RDC et centrée sur un établissement Public en RDC, à Kinshasa : Hôpital de Référence (capacité d'environ 2 000 lits)**

Problématiques :

Les dysfonctionnements qui sont source de coûts cachés : condition de travail, organisation du travail, communication-coordination-concertation, gestion du temps, formation intégrée, mise en œuvre stratégique.

Les principaux dysfonctionnements dans la coopération interprofessionnelle (voir Annexe 6 et 7)

Problématique de la communication – coordination – concertation : (Diagnostic qualitatif)

- Mauvais circuit de communication interne (mauvaise transmission des informations due à l'activité de travail à mi-temps ou à temps partiel et l'absentéisme)

Problématique de l'absence d'outils de pilotage pro-actif :

- Peu d'encouragement ou de motivation des collaborateurs (manque de motivation des professionnels de santé due à la faible rémunération, à l'activité de travail à mi-temps ou à temps partiel ; cette démotivation conduit à un mauvais accueil des patients par les professionnels de santé), besoin de valorisation des réussites.

Problématique de la responsabilité de service et le management :

- Un personnel pléthorique, sans respect des normes dans le recrutement.
- Interférences de certaines autorités dans la gestion des hôpitaux.

Solution pour un meilleur fonctionnement dans la coopération interprofessionnelle

- La mise en place d'un management socio-économique avec un outil de gestion : établir un contrat d'activité périodiquement négociable incluant : un contrat d'objectifs, des moyens négociés entre chaque personne et son responsable hiérarchique directs, avec complément de salaire en fin de semestre (dialogue, orientation, évaluation, conseils apportés aux collaborateurs, encadrement des employés).
- Résultats attendus : amélioration de la coopération interprofessionnelle et amélioration de la qualité des soins (meilleur environnement de travail, développement professionnel, implication des employés, dynamisation des équipes, amélioration de formation, organisation, concertation, coordination, coopération, amélioration de la qualité des prestations). (ISEOR 2010, 2016)

Évaluation des coûts cachés du service hospitalier : hôpital général de Kinshasa (voir Annexe 6)

INDICATEURS	ÉVALUATION QUALITATIFS	ÉVALUATION QUANTITATIVES	ÉVALUATION FINANCIÈRES
Absentéisme et accidents du travail	Absentéisme élevé par périodes (épidémie, démotivation etc.) : Sursalaires	28% en 2010 (677 employés)	Estimé à 52 806\$ (Pour un salaire de base mensuel estimé à 78\$, 7h d'activité par jour, 48h de travail par semaines, 2 419 employés au total)
Rotation du Personnel	Non évalué	Non évalué	Non évalué
Défauts de qualité de services / de soins	a) Les équipements, matériels médicaux, médicaments, dont disposent l'hôpital ne sont pas suffisantes et sont pour la plupart anciens. b) Panne d'électricité fréquente	a) Estimée à 75% (total des équipements, matériels médicaux, médicaments). b) Taux d'électrification environs de 10% en 2011.	a) Estimé à 80 000\$ (pour les équipements, matériels médicaux, médicaments de l'hôpital général). b) Besoin pour améliorer l'accès à l'électricité estimé à 51 millions \$ globalement, dont 34 000\$. Pour l'hôpital général de Kinshasa.
Écart de productivité directe	-Non-production -Surconsommation -Surtemps -Sursalaires	Estimé à un total d'environ de 54% d'écart en moyenne par rapport à l'activité optimale de l'hôpital.	Estimé à 95 000\$
TOTAL	261 806\$		

Proposition de solutions : coûts cachés du service hospitalier : hôpital général de Kinshasa* :

INDICATEURS	RÉSULTAT QUALITATIFS ATTENDUS	RÉSULTAT QUANTITATIFS ATTENDUS	RÉSULTAT FINANCIÈRS ATTENDUS
Absentéisme et accidents du travail	-Baisse d'absentéisme élevé par périodes	Estimé à – 7% minimum par an. (Objectif pendant 5 ans)	Estimé à 3 700\$
Rotation du Personnel	Non évalué	Non évalué	Non évalué
Défauts de qualité de services / de soins	a) Maintenance, approvisionnement : équipements, matériels médicaux, médicaments essentiels. b) Installation électrique via 3 sources d'énergies	a) Environ + 15 à 20% par an. (Objectif pendant 5 ans) b) Estimation : Courant triphasé 240-380 V + neutre + terre 30 à minimum ; groupe électrogène 50 KVA.	a) Budget à aménager pour l'approvisionnement : Estimé à 16 000\$ par an. b) Budget à aménager pour les sources d'énergies : estimé à 34 000\$.
Écart de productivité directe	Baisse de : -Non-production -Surconsommation -Surtemps -Sursalaires	-Estimé à un total d'environ – 10,8% d'écart en moyenne par an par rapport à l'activité optimale de l'hôpital.	Estimé à 19 000\$ par an.
TOTAL*	72 700\$		

(*Objectif prévisionnel Année 1 sur 5)

E- LE COÛT CACHÉ DE L'ÉPIDÉMIE DE L'ÉBOLA :

Impacts sanitaires et socio-économiques de l'Ébola.

Depuis l'apparition de l'épidémie de l'Ébola en 1976 sur le continent africain, c'est en Afrique de l'Ouest que l'on relève le plus grand nombre de décès. Si la préoccupation initiale lors du commencement de l'épidémie est de sauver des vies et de contenir la propagation de la maladie, il est primordial de comprendre dans quelle mesure l'Ebola affecte aussi les ménages et les rapports sociaux. D'où l'intérêt que représente l'analyse des incidences socio-économiques engendrées par cette maladie. La figure n°1 en annexe 4 (*intitulé : Cadre Analytique de l'épidémie à virus Ebola*), représente un cadre conceptuel essentiel de l'analyse de certaines principales incidences sociales et économiques que la maladie pourrait avoir sur les pays touchés, bien que sur l'Afrique. Cela permet d'identifier l'influence de l'épidémie sur un pays, une région etc. (effet sociaux et effet économiques), les freins potentiels que l'Ébola apporte au développement du tourisme médical et son impact sur le système de santé.

Incidences économiques

Les incidences sur les pays concernés par l'épidémie de l'Ébola sont sérieuses. Principalement ceux qui sont engendrés par des comportements d'aversion au risque, comme l'augmentation des absences au lieu de travail et la baisse des échanges économiques due à la peur de contracter le virus. La consommation interne subit un ralentissement qui contraint les entreprises à diminuer les heures de travail et à réduire le nombre d'effectif, en licenciant des salariés. De même, les moyens de subsistance sont affectés, l'informalité devient la norme de préférence à l'exception et le marché réagit par l'augmentation des prix, en s'appuyant sur la spéculation, des difficultés d'approvisionnements en matière premières et différentes fournitures, et des fluctuations monétaires, qui modifient les modes de production nationale réguliers.

Avec le changement de modes de consommations internes, il est aussi possible que les habitudes de consommations internationales soient également impactées. Les partenaires commerciaux habituels, par exemple, peuvent s'abstenir de travailler avec les pays touchés par le virus, cela peut-être à cause de l'adoption de nouvelles réglementations préventives et de modifications dans les prestations logistiques. Des restrictions de visas pour les visiteurs des régions concernées par l'épidémie sont aussi mises en place dans certains pays. Concernant, les moyens de transports publics, ou tous transports accueillons des passagers (avions, trains et camions), leurs taux d'activités peuvent diminuer ou voir même être complètement suspendus à cause du virus.

En Afrique, l'épidémie de l'Ebola affecte divers secteurs (primaire, secondaire et tertiaire), ceux qui sont les plus touchés sont notamment l'agriculture, le transport, le tourisme, le commerce, l'exploitation minière et forestière, et les industries.

La crise et la récession économique qui accompagne la détérioration du milieu des affaires, influent sur les investissements et les flux de capitaux. La réalisation de projets de grande envergure au sein du secteur public :

Se retrouve influencée du point de vue de la main d'œuvre bien que de l'inaptitude financière à garantir les coûts générés par une baisse des recettes publiques,

- L'incapacité financière freine l'économie et augmente la récession. Cela en décourageant l'investissement étranger, en baissant les réserves financières du pays, en accentuant les notations du risque et en affectant la stabilité monétaire et budgétaire.

Dans une vision continentale, l'épidémie de l'Ébola peut devenir nuisible à l'intégration régionale. L'interruption du commerce des biens et services peut contraindre des partenaires classiques et traditionnels, à rechercher d'autres sources d'approvisionnement pour le maintien de l'offre. Ce qui entrave l'intégration et menace les efforts de changement économique et d'accroissement de la productivité.

Ainsi, les incidences économiques de l'épidémie du virus Ébola regroupent les effets suivants : l'affaiblissement des finances publiques (particulièrement du secteur de la santé) ; la baisse des recettes publiques ; la favorisation des dépenses publiques ; l'élargissement des déficits budgétaires ; la diminution d'investissements ; d'épargne et de la consommation privée ; la baisse de l'offre de travail et de la productivité ; l'augmentation des taux d'inflation, monnaie et taux de change (voir la liste en annexe).

Les recommandations dans la dimension économique :

- Lors de l'élaboration de mesures fiscales, prévoir des programmes de protection sociale et des filets de sécurité pour aider les familles des victimes et leur communauté immédiate.
- Les gouvernements et leurs partenaires devraient investir dans le renforcement des capacités et la valorisation du capital humain à court, moyen et long terme de façon à améliorer l'offre de travail.
- Les autorités monétaires devraient réduire les taux d'intérêt pour stimuler la croissance.
- Les autorités en charge du tourisme devraient recentrer leurs efforts sur des stratégies permettant d'accroître plus largement la connectivité entre elles-mêmes et les pays de la région et de faciliter les voyages d'affaires par l'obtention aisée de visas et des tarifs hôteliers compétitifs.
- Les gouvernements devraient renforcer les contrôles sanitaires aux frontières au lieu de les fermer, étant donné les dommages colossaux que de telles fermetures entraînent pour les économies des pays touchés comme pour ceux qui ne le sont pas.
- Accroître le contenu en valeur ajoutée aux produits exportés de façon à tirer profit des arrangements commerciaux préférentiels tels que la Loi sur la croissance et les possibilités économiques en Afrique (AGOA).
- Les gouvernements devraient prévoir un ensemble de mesures incitatives pour aider leurs agriculteurs à relancer le secteur.
- Les gouvernements devraient concevoir des plans de réhabilitation d'urgence pour relancer rapidement leurs économies, ce qui pourrait exiger une révision de leurs plans de développement nationaux à moyen terme et éventuellement à long terme.

Incidences sociales :

Le résultat immédiat et la plus directe de l'épidémie dans un point de vue social, est un accroissement de la morbidité et de la mortalité chez les individus contaminés par le virus. Étant donné la nature fulgurante des infections, on s'attend à ce que les victimes de l'Ébola révèlent en général des symptômes cliniques entre 2 et 21 jours après l'exposition, cependant certains des cas peut dévoiler des symptômes de 8 à 10 jours après l'exposition. L'épidémie peut causer des pertes sérieuses en vies humaines. Le traitement des patients atteints d'Ébola sollicite un protocole très délicat et global, nécessitant une formation et un équipement spécialisés, qui doivent être dans l'idéal acquis en avance, bien avant que la situation soit grave, dans le but d'accroître les capacités du système de santé. La réalisation de ses préventions après la dégradation de la situation,

engendre une charge considérable sur les budgets ordinaires de santé et un transfert de ressources.

Par ailleurs, les aptitudes au niveau national, de prise en charge d'autres maladies infectieuses (le paludisme, la fièvre jaune, dengue etc.) et des services de santé réguliers (les soins prénataux, les soins infantiles, les vaccinations etc.) s'affaiblissent, et cela peut alors provoquer un accroissement de la morbidité et de la mortalité résultant indirectement d'Ébola.

Les autres conséquences liées par l'épidémie de l'Ébola sont :

- La mobilisation des ressources par le gouvernement pour le financement d'interventions de santé se réalise grâce aux prélèvements effectués sur d'autres domaines d'activités et en creusant le déficit budgétaire (les travaux publics etc.).
- Réduction des services éducatifs et de l'activité éducative qui peut augmenter l'abandon scolaire, notamment des étudiants qui soutiennent et assurent des charges plus importantes pour subvenir aux besoins des ménages. L'épidémie à virus Ebola peut avoir des incidences indirectes sur la formation du capital humain en détériorant les résultats scolaires, en limitant la scolarisation, la fréquentation scolaire à un âge adapté et le bénéfice d'un enseignement de qualité à tous les niveaux pour les différentes cohortes de la population.
- Les médecins et professionnels de la santé sont le plus touchés, ils sont considérés comme des vecteurs potentiels de l'infection. Un grand nombre de décès peut ainsi être enregistrés chez le personnel médical et les médecins spécialistes, entravant la capacité des pays à récupérer de cette crise.

Les recommandations dans la dimension sociale :

• Le renforcement des systèmes de santé doit bénéficier de la plus haute priorité. Il est nécessaire de se concentrer sur le renforcement des capacités permettant de traiter les questions de santé publique de toute nature.

• Les pays africains devraient étudier sérieusement les avantages de la décentralisation de leurs services de santé afin d'améliorer la capacité de réaction sanitaire au niveau local.

• Les pays devraient bénéficier de financements supplémentaires pour atteindre les normes attendues en matière de santé publique, à la fois pour les interventions d'urgence et les prestations régulières.

• Les interventions dans les secteurs sociaux ne devraient pas se concentrer uniquement sur les personnes qui ont été directement infectées par le virus, mais également sur celles qui sont touchées indirectement et qui d'ailleurs constituent un groupe beaucoup plus large. Dans le cas des personnes directement touchées, les mesures devraient cibler les ménages et non pas les individus.

• Les gouvernements et leurs partenaires devraient étendre le rôle de la protection sociale et des filets de sécurité ciblés comme déterminant important pour soulager les groupes qui ont été touchés de manière disproportionnée par l'épidémie, notamment pour assister le grand nombre d'enfants orphelins à cause de la maladie.

• Des mesures sont à prendre pour faire en sorte que l'épidémie due au virus Ebola ne provoque pas une crise alimentaire et nutritionnelle.

• Les gouvernements et les autorités locales devraient faire en sorte que les enfants retournent à l'école et que les résultats scolaires négativement affectés par l'épidémie soient ramenés aux niveaux antérieurs à l'apparition de l'épidémie.

- Les gouvernements devraient élaborer de nouvelles stratégies sexospécifiques de réduction et de gestion des risques ou renforcer celles qui existent.
- Les autorités devraient accroître les opportunités économiques pour les femmes en reconnaissant et en compensant les soins non rémunérés qu'elles prodiguent et en les faisant bénéficier de services d'appui conçus pour elles.
- Les autorités devraient, à tous les échelons gouvernementaux, renforcer les institutions créées en faveur des femmes en améliorant leurs capacités à tirer parti des possibilités et en remettant en question les normes sociales et culturelles néfastes difficiles qui exposent les femmes à des risques élevés d'infection.

(Source: CEA)

F-LE TOURISME MÉDICAL ET L'AFRIQUE :

Le tourisme médical une opportunité pour l'Afrique :

Le tourisme médical est un secteur touristique émergent avec des chiffres alléchants le positionnant comme un axe fort de l'industrie touristique reconnu comme un moyen économique de se développer et de s'intégrer à la mondialisation. Il revient donc aux pays d'Afrique Sub-Saharienne de le percevoir comme un potentiel important de développement économique de mettre en place des politiques et des stratégies pour s'approprier la manne médico-touristique.

Les relations commerciales et de la santé se déroulent également à la fine pointe de la diplomatie de la santé mondiale et sont emblématiques des liens entre la santé et la politique étrangère. L'Assemblée mondiale de la santé en a reconnu l'importance dans sa Résolution de mai 2006 sur le commerce et la santé internationale, dans laquelle l'Assemblée invita les ministres des Affaires étrangères, du commerce et de la santé à s'orienter vers une cohérence dans la formulation des politiques nationales sur le commerce et la santé.

Les Etats africains ont la vocation d'être des acteurs importants du tourisme médical. En tant que responsables de la gestion de la santé et du développement de leur pays, ils ne peuvent pas rester silencieux face à ce phénomène, des mesures gouvernementales doivent être mises en place afin de favoriser cette industrie. Le tourisme médical peut permettre d'améliorer les infrastructures, d'obtenir des équipements à la fine pointe qui peuvent être utilisés pour soigner la population locale. Un bon milieu de travail et des outils spécialisés sembleraient favoriser la venue ou la rétention des spécialistes.

Cet effet pourrait contribuer à réduire ou renverser la tendance de migration des professionnels de la santé spécialisés, car ceux-ci peuvent faire bénéficier aussi, selon les cas, la population locale de leur expertise. Quel que soit le jugement que l'on porte sur le tourisme médical du fait qu'il s'agit d'un marché non régulé, force est de constater qu'il s'agit d'un mouvement mondialisé, irréversible, de forte ampleur et en croissance rapide qui mérite une canalisation.

Le tourisme médical en RDC :

Contrairement aux idées reçues et à la Vision souvent parcellaire véhiculée par les médias, le tourisme médical n'est pas un concept nouveau en RDC, l'histoire montre que ce type de pratique relève d'un usage ancestral dès le Néolithique et les Bantous et les pygmées avaient développé les soins dit "traditionnels" et les malades des pays voisins parcouraient de longue distance pour venir prendre de soins de qualité traditionnel et apprendre aussi à soigner. Ceci témoigne de

l'évolution des connaissances et des compétences, de ce que nous pouvons considérer comme le premier pas de la médecine, qui a permis d'exploiter et de tirer profit des ressources naturelles en RDC.

Par ailleurs, pendant la période coloniale, la qualité du système de santé en RDC attirait beaucoup les populations voisines. Grâce aux infrastructures permettant une circulation facile de la population en RDC, l'hôpital de Kinshasa était très fréquenté. L'expansion de l'hôpital général de référence de Kinshasa durant cette période, a alors été nécessaire. La situation antérieure du pays permettait ainsi un type de tourisme médical.

L'hôpital de Kinshasa qui a joui le rôle de tourisme médical dont l'exploitation de soins avec comme pays d'importation le Congo Brazzaville, République centrafricaine et l'Angola de 1967 à 1985. Où plusieurs patients venaient de ces pays voisins en flux pour les soins de qualité à l'hôpital général de Kinshasa.

A partir de 1992 cet hôpital est devenu moins attractif pour l'exportation de soins de qualité comme auparavant, par la perte de ces capacités due à l'absence d'appui de la coopération technique belge dont l'offre de soins de cet hôpital avait provoqué d'interminables attente environ 56 % des malades qui n'étaient pas opérés dans le délai prévu. Ainsi, il suffit d'une épidémie de grippe, et les soins programmés sautent.

Le tourisme médical est un enjeu d'exploitation de soins de santé, un axe de développement incontournable. En ce moment l'offre de soins de santé d'Inde et d'Afrique du Sud apporte une réponse du tourisme médical importé par la RDC.

Parallèlement à ce constat, l'actualité, tant géographique qu'économique amène à repenser le système de santé de la RDC. Aussi aux enjeux stratégiques du tourisme médical par un confort plaidoyer auprès des acteurs de gouvernances des organisations non gouvernementales telles que la Vision Mondiale de la Santé. Cela pour l'implantation de l'institut de cancérologie de référence afin de préparer et promouvoir un flux des patients à Kinshasa et jouir de l'exportation de soins de santé de qualité aux victimes de cancer, un enjeu majeur du tourisme médical en RDC.

Actuellement, le tourisme médical en RDC reste quasiment presque inexistant, en raison de la pénible situation du système de santé. Les ressources actuelles dont dispose le pays ne sont pas suffisante pour permettre le déploiement de ce type de tourisme. C'est donc une opportunité pour la RDC, d'investir davantage dans le système de santé pour d'avantage bénéficier de retours économiques et sociales du tourisme médical.

Comme le système de santé est plutôt faible en RDC, les patients issus d'un milieu social aisé ou qui ont des moyens financiers vont se faire soigner à l'étranger et participent alors au développement du tourisme médical des autre pays. Cette tendance est principalement adoptée par les personnalités politiques, tels que les présidents, les députés et les ministres etc. Qui sont des personnes aptes à recourir aux soins de santé à l'étranger, en destination de pays développés, tels que l'Afrique du Sud, la Belgique, la France etc.

G-LES DÉFIS À RELEVER

Comment financer la couverture des besoins sanitaires de tous, y compris ceux des indigents ?

Comment assurer la viabilité financière des structures prestataires ?

Solutions alternatives.

Deux axes stratégiques à savoir :

1. Renforcer la mobilisation des ressources et les principes de solidarité
2. Maîtriser les coûts et accroître le rendement des fonds investis dans la santé.

Renforcer la mobilisation des ressources et les principes de solidarité.

Le budget de l'Etat

A. Court terme

Elaborer une vision claire de ce que sera le système de santé de la RDC dans les 5 ans à venir (Faire de l'Etat l'acteur financier principal du système et laisser un rôle supplétif aux autres partenaires (Extérieur - Communauté)

Accroître la part du budget allouée à la santé et veiller à ce que cette part soit effectivement décaissée.

Améliorer les salaires du personnel de santé et les payer effectivement. Prendre les dispositions permettant une utilisation optimale de la part des ressources provenant de l'initiative Pays Pauvre (voir comment elles vont concrètement renforcer le budget pour faire face aux dépenses prioritaires retenues).

Edicter des directives incitatives réglementant les conditions et la hauteur de la contribution des CS au fonctionnement du BCZS en distinguant les ZS assistées et celles qui ne le sont pas. Edicter des directives incitatives réglementant l'utilisation des excédents dégagés par les CS (subventionner les prix des services, amortir certains petits matériels ?)

B. Moyen et long terme.

Elaborer un plan stratégique permettant de disponibiliser les ressources nécessaires pour réaliser la vision du gouvernement dans le domaine de la santé (Accroître la part du budget allouée à la santé, réorienter les dépenses et les priorités)

Le financement extérieur

A court terme

Appuyer le renforcement des capacités de la DEP pour tenir la comptabilité de l'utilisation des fonds extérieurs

Appuyer la mise en place des mécanismes de cogestion au niveau périphérique.

Aider au subventionnement des médicaments essentiels.

Augmenter la contribution des partenaires dans cette phase post crise.

Les ressources financières de la communauté.

A court terme

Généraliser le mode de paiement par épisode tout en assurant le recyclage des médicaments.

Mener des études en vue de l'unification du système de recouvrement des coûts.

A moyen/long terme

Dynamiser le programme d'installation des mutuelles de santé

Réglementer les relations administratives et financières entre le BCZS et le CS de manière à renforcer la viabilité financière du CS.

Maîtriser les coûts et accroître le résultat par dollar investi dans la santé.

Dans l'affectation des ressources financières.

A court terme

Que le gouvernement tienne compte de la répartition géographique des populations et des exigences de priorité entre les soins curatifs et préventifs dans l'affectation de son budget (affecter le budget selon la répartition suivante : 20% au niveau central, 30% au niveau intermédiaire et 50% au niveau périphérique)

Que tout financement soit fondé sur un plan d'action élaboré conjointement entre les instances gouvernementales, les partenaires extérieurs et les instances des niveaux périphériques (BCZS, HGR, CS, CODESA et ONG locales)

Que les partenaires mettent le collectif budgétaire (et pas seulement les lignes) à la disposition du prestataire bénéficiaire

Déterminer les nouvelles priorités de l'Etat dans l'affectation des ressources de la santé.

A moyen et long terme

Que le gouvernement réforme sa législation en vue de permettre plus de souplesse en vue de permettre la liaison Effectifs – Niveau d'activité.

Dans l'utilisation des ressources.

A court terme

Généraliser l'usage du budget comme outil de gestion de base au niveau périphérique (Etat, partenaires)

Décentraliser la gestion des ressources (État, partenaires)

Réformer et renforcer les procédures de suivi de l'utilisation des fonds à tous les niveaux (audits, supervision etc). (Etat, partenaires) Réglementer la taille et la dotation du BCZS en personnel. (Etat) Déterminer le coût de fonctionnement standard des différentes composantes de la ZS (BCZS, HGR, CS et PS).

Réglementer la contribution des CS au fonctionnement du BCZS en contexte d'autofinancement et d'assistance par un partenaire. (État)

Edicter des normes minimales en matière de système et d'outils de gestion indispensables. (État, partenaires).

Réglementer l'utilisation des fonds venant de la vente des médicaments (État, partenaires)

A moyen terme et long terme.

Renforcer l'efficacité dans la gestion des hôpitaux (comptabilité analytique).

Renforcer l'utilisation efficace des ressources extérieures.

Harmoniser les stratégies et les objectifs des agences d'exécution sur terrain

Renforcer les capacités techniques des agences d'exécution dans la mise en œuvre des stratégies.

Renforcer la coordination des interventions des partenaires à tous les niveaux.

Assurer l'adéquation des appuis avec les besoins réels de terrain.

Généraliser l'approche contractuelle.

Rendre opérationnelle la SWAP.

Les questions à débattre avec le gouvernement de la RDC

Comment améliorer la productivité des dépenses de l'Etat dans la santé ?

Comment mieux utiliser l'aide extérieure dans la santé ? Quelle politique réalisée à l'égard des indigents ?

Sur quelle base devront s'opérer la distribution des rôles entre l'Etat, l'Extérieur et la Communauté dans le financement de la santé en RDC ?

Quel supplément d'effort est les partenaires prêts à fournir à très court terme et qu'attendent-ils de la partie gouvernementale et de la population ?

CONCLUSION

1) Depuis 1960, les mécanismes de financement du système sanitaire de la RD Congo ont successivement connu des mutations négatives dont la conséquence actuelle est son inadéquation par rapport aux exigences des besoins réels à couvrir ;

2) Alors que la majorité de la population vit dans la pauvreté absolue (0,38\$/personne/jour), ce système en est venu à fonder une part substantielle de son financement sur la contribution de ces communautés démunies. Ce constat est contraire aux principes d'efficacité et surtout d'équité qui régissent une politique de financement de la santé.

3) Les efforts fournis par la communauté des bailleurs ont atteint des niveaux jamais égalés auparavant, malheureusement, le désengagement de l'État depuis ces 15 dernières années et la contraction de son budget alloué à la santé inhibe ces initiatives et les empêchent de produire les résultats escomptés.

4) Malgré des espérances qui autorisent les réformes et la mise en œuvre des principes de bonne gouvernance, des contraintes réelles empêchent une croissance substantielle du budget de l'État à court terme

5) Les défis à relever restant (i) d'assurer la couverture des besoins sanitaires de tous y compris ceux des indigents et (ii) la viabilité financière des institutions prestataires

6) Il est indispensable que toutes les parties impliquées dans le financement de la santé en RDC adoptent des réformes visant à (i) accroître le volume des ressources disponibles et (ii) maîtriser les coûts et améliorer la productivité des ressources investies dans la santé

7) L'État devra pour cela :

a. Adopter une vision faisant de lui à long terme l'acteur principal du financement de la santé.

b. Revoir ses priorités globales et dans le secteur de la santé et réallouer ses ressources en fonction de cette nouvelle politique, notamment supporter l'ensemble du fonctionnement du système pour alléger le fardeau de la population.

8) Tout en accroissant sa part, les partenaires devront surtout renforcer la productivité des ressources extérieures par :

a. L'harmonisation de leurs stratégies et objectifs.

b. Le renforcement de leurs capacités techniques dans la mise en œuvre de ces stratégies.

c. Une meilleure coordination des interventions (SWAP).

d. Une meilleure adéquation entre les appuis et les besoins réels de terrain.

e. La généralisation de l'approche contractuelle.

9) Le paiement direct des usagers ayant montré ses limites, il est temps de promouvoir la solidarité à travers un programme viable d'implantation des mutuelles de santé

10) Comme durant les années 1980, il y a aujourd'hui un besoin urgent de redistribution consensuelle des rôles entre l'État l'extérieur et la communauté dans le financement de la santé en RDC.

RÉPARTITION SELON LES STRUCTURES ET LES FONCTIONS.

Il est difficile de déduire de la lecture de la revue des dépenses publiques au niveau du budget, la répartition par entité administrative. Toutefois, il apparaît clairement que le niveau intermédiaire n'est pas représenté formellement dans les dépenses récurrentes. Toutefois l'exécution réelle du budget révèle que l'investissement est inexistant à tous les niveaux et que les dépenses hors personnel servent uniquement à assurer le fonctionnement des administrations centrales. (Voir Annexe 5 le tableau : *Exemple de dépenses publiques pour la santé en 2003 (millions de Franc Congolais)*)

Tableau IV : Exemple de dépenses publique pour la santé en 2003 (millions de Franc Congolais).

	Budget aménagé	% du total
07 Santé	71,739	5,30%
07.10. Médicaments, prothèses, Mat et appareil médicaux	399	2,025%
07.11. Produits pharmaceutiques	399	2,25%
07.12. Matériels médicaux	0	0,00%
07.20. Services médicaux de proximité	1.152	6,49%
07.21. Service de médecine Générale	1.65	6,00%
07.22. Service de médecine spécialisé	43	0,24%
07.23. Service de Laboratoire	43	0,24%
07.30. Hospitaliers	3.042	17,15
07.31. Hôpitaux Généraux	966	5,45%
07.32. Hôpitaux de province	1.887	10,64%
07.33. Maternité et autres	189	1,06%
07.40. Service de santé publique	13.122	73,98%
07.41. Prévention	139	4,19%
07.42. La Lutte contre l'épidémie	3.689	20,80%
07.43. Autres actions de santé	8.695	49,042%
07.44. Incluant équipement	6.044	34,07%
07.50. Recherche et de développement sur la santé	2	0,01%
07.51. Recherche fondamentale, opérationnelle et clinique	2	0,01%
07.60. Autres Affaires concernant la Santé	22	0,13%

(Source des données : Banque Mondiale. Op. Cite.73)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Actualite.cd. 2021. *RDC : les troubles dans l'administration de l'hôpital général de Kinshasa au cœur d'une rencontre entre le ministre de la santé et les élus de Kinshasa.* [online] Available at: <<https://actualite.cd/2021/02/23/rdc-les-troubles-dans-ladministration-de-lhopital-general-de-kinshasa-au-coeur-dune>> [Accessed 19 March 2021].
- CEA. 2015. *INCIDENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES D'EBOLA SUR L'AFRIQUE.* [online] Available at: <https://icsid.worldbank.org/sites/default/files/parties_publications/C3765/Requ%C3%AAtes%20de%20la%20D%C3%A9fenderesse%20sous%20articles%2028%281%29%20et%2039%281%29%20du%20R%C3%A8glement%20d%27arbitrage%20CIRDI/Pi%C3%A8ces%20factuelles/R-0023.pdf> [Accessed 8 April 2021].
- Congo, C., 2021. *Congo Democratic Republic Political Map with capital Kinshasa,...* [online] iStock. Available at: <<https://www.istockphoto.com/fr/vectorel/carte-politique-de-la-r%C3%A9publique-d%C3%A9mocratique-du-congo-gm509252743-46165512>> [Accessed 19 March 2021].
- Congovirtuel.com. 2021. *L'Hôpital Général de Référence de Kinshasa face au défi de l'Amélioration du système de Santé Congolais.* [online] Available at: <http://www.congovirtuel.com/page_sante_rdc4.php> [Accessed 19 March 2021].
- DW.COM. 2021. *60 ans après, la RDC peine à transformer ses ressources | DW / 30.06.2020.* [online] Available at: <<https://www.dw.com/fr/60-ans-apr%C3%A8s-la-rdc-peine-%C3%A0-transformer-ses-ressources/a-54005673>> [Accessed 19 March 2021].
- Fr.maps-zaire.com. 2021. *Zaire carte de fleuve Zaire rivière sur la carte du monde (Afrique centrale - Afrique).* [online] Available at: <<https://fr.maps-zaire.com/carte-de-fleuve-za%C3%AFre>> [Accessed 19 March 2021].
- Franceinfo. 2021. *L'émigration médicale: une fuite des cerveaux problématique pour l'Algérie.* [online] Available at: <https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/societe-africaine/l-emigration-medicale-une-fuite-des-cerveaux-problematique-pour-l-algerie_3058749.html> [Accessed 19 March 2021].
- ISEOR. 2010. *Henri Savall et Véronique Zardet : "Le management au service de l'hum...."* [online] Available at: <<https://www.slideshare.net/Rezonance/henri-savall-et-vronique-zardet-le-management-au-service-de-lhumain>> [Accessed 8 April 2021].
- ISEOR. 2015. *Méthodologie qualimétrique.* [online] Available at: <<https://www.chu-brugmann.be/abhbvz2010/diapo/savall.pdf>> [Accessed 8 April 2021].
- JeuneAfrique.com. 2021. *RDC : Kinshasa, entre ombres et lumières – Jeune Afrique.* [online] Available at: <<https://www.jeuneafrique.com/mag/832274/societe/rdc-kinshasa-entre-ombres-et-lumieres/>> [Accessed 19 March 2021].

- La migration des médecins africains vers les pays développés. 2021. *Sante Internationale*. [online] Available at: <<https://www.cairn.info/sante-internationale--9782724611724-page-207.htm>> [Accessed 19 March 2021].
- Le Monde diplomatique. 2021. *Misère et dignité à l'hôpital Mama-Yemo de Kinshasa*. [online] Available at: <<https://www.monde-diplomatique.fr/1996/12/BEAUGE/5961>> [Accessed 19 March 2021].
- MARYNA LAPTA « *Quelle stratégie de développement de l'entreprise du tourisme médical sur le marché américain ?* », *Mémoire de Master 2 Management des affaires internationales présenté et soutenu publiquement Le Mans*, le 02/09/2016
- MCKINSEY et The Hindu Business Line (2006) « *Confederation of Indian Industry initiative to promote health tourism in Kerala* », <<http://www.thehindubusinessline.com/2006/03/07/stories/2006030702271900.htm>>, consulté le 23 juillet 2007.
- MENVIELLE, Loick ; MENVIELLE, William et Nadine TOURNOIS (2009) « *Comment diminuer le risque perçu chez les cyberconsommateurs, lors de l'achat de services en ligne : une étude exploratoire des sites Web dédiés au tourisme médical* », *Actes de la 2e Journée de Recherche sur le Tourisme, La Rochelle (France)*.
- MENVIELLE, Loick ; MENVIELLE, William et Nadine TOURNOIS (2010) « *Pôles de compétitivité et régionalisation de la santé* », *DANS Pôles de compétitivité : piloter et performer des réseaux d'innovation*, B. ALIOUAT, Paris : Hermes Science Publishing, (à paraître).
- MENVIELLE, Loick et William MENVIELLE (2007) « *Medical Tourism: a new way of traveling* », *3rd International Conference on Tourism (juillet), Athènes, Grèce: ATINER*.
- Ministère de la santé, Kinshasa (2010). « *Plan national de développement sanitaire 2011-2015* ». [En ligne]. [[http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/De mocratic%20Republic%20of%20Congo/pnds_2011- 2015.pdf/](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/De%20mocratic%20Republic%20of%20Congo/pnds_2011-2015.pdf)] (Consulté le 12 novembre 2020).
- Ministère de la santé, Kinshasa (2010). « *Stratégie de renforcement du système de santé* », 2^{ème} édition. [En ligne]. [http://www.fbrsanterdc.cd/cside/contents/docs/srss-actualisee_vesion_finale.doc/] (Consulté le 12 novembre 2020).
- MUELLER, Hansrüdi et Evelyn LANZ KAUFMANN (2001) « *Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry* », *Journal of Vacation Marketing*, vol. 7, no 1, p. 5-17.

- MURRAY, Keith B. et John L. CHLATER (1990) « *The impact of services versus good on consumers' assessment of perceived risk and variability* », *Academy of Marketing Science*, vol. 18, no 1, p. 51-66.
- NEAULT, Chantal (2010) « *Si le tourisme médical vous intéresse : quelques stratégies d'adaptation de l'hébergement* », *Réseau de veille en tourisme*, <<http://veilletourisme.ca/2010/04/09/si-le-tourisme-medical-vous-interesse-quelquesstrategies-d%e2%80%99adaptation-de-l%e2%80%99hebergement/>>, consulté le 11 avril 2010.
- OLUGBENGA, Ebenezer Olatunji (2017). « *Workable Social Health Insurance Systems in SubSaharian Africa: Insights From Four Countries* », *Africa Development*, vol.42(1), p.147- 175.
- Radio Okapi. 2021. *Phénomène fuite des cerveaux à l'étranger.* [online] Available at: <<https://www.radiookapi.net/emissions-2/2005/08/17/phenomene-fuite-des-cerveaux-a-l-etranger>> [Accessed 19 March 2021].
- ReliefWeb. 2021. *RD Congo: Etude auprès des infrastructures sanitaires des facteurs à la base de la mortalité à Kinshasa - Democratic Republic of the Congo.* [online] Available at: <<https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/rd-congo-etude-aupr%C3%A8s-des-infrastructures-sanitaires-des-facteurs-%C3%A0>> [Accessed 19 March 2021].
- Tresor.economie.gouv.fr. 2021. *Le secteur minier en République Démocratique du Congo - RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO | Direction générale du Trésor.* [online] Available at: <<https://www.tresor.economie.gouv.fr/Pays/CD/le-secteur-minier-en-rd-congo>> [Accessed 19 March 2021].
- Who.int. 2021. *WHO (2017-2021).* [online] Available at: <<https://www.who.int/emergencies/crises/cod/rdc-css-2017-2021.pdf?ua=1>> [Accessed 19 March 2021].
- Worldcat.org. 2021. *Médecine et hygiène en Afrique Centrale de 1885 à nos jours (Book) [WorldCat.org].* [online] Available at: <<https://www.worldcat.org/title/mdecine-et-hygine-en-afrique-centrale-de-1885-nos-jours/oclc/1072254929?referer=di&ht=edition>> [Accessed 19 March 2021].
- Worldcat.org. 2021. *Médecine et hygiène en Afrique Centrale de 1885 à nos jours (Book) [WorldCat.org].* [online] Available at: <<https://www.worldcat.org/title/mdecine-et-hygine-en-afrique-centrale-de-1885-nos-jours/oclc/1072254929?referer=di&ht=editioN>> [Accessed 19 March 2021].

ANNEXE 1:

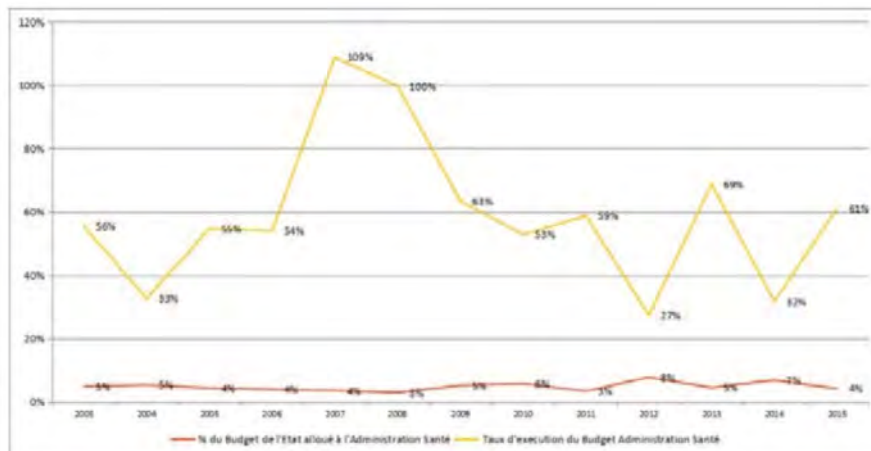
Tableau représentant l'effectif du personnel par catégorie et sexe de l'Hôpital Général de Kinshasa en 2010 :

Catégories Professionnelles	Variantes	Effectifs / Sexes		TOTAL
		Masculin	Féminin	
Médecins	Spécialistes	46	10	56
	Généralistes	100	33	133
Chirurgiens-dentistes		5	5	10
Pharmaciens		7	1	8
Infirmiers	A3	111	158	269
	A2	179	349	528
	A1	90	198	288
	L2	14	2	16
Administrateurs Gestionnaires	G3	5	15	20
	L2	3	6	9
Techniciens de laboratoire	A3	11	3	14
	A2	11	5	16
	A1	11	25	36
	L2	2	3	5
Techniciens d'imagerie médicale	A3	1	0	1
	A2	1	0	1
	A1	4	10	14
	L2	7	3	10
Kinésithérapeutes	A3	3	0	3
	A1	9	15	24
	L2	1	4	5
Nutritionnistes	A3	0	1	1
	A2	0	1	1
	A1	0	8	8
	L2	2	1	3
Assistants en pharmacie	A2	7	5	12
Biologistes-chimistes	G3	4	1	5
	L2	1	0	1
Techniciens d'assainissement	A2	2	0	2
	A1	1	0	1
Administratifs	D4	16	5	21
	D6	82	54	136
	G3	84	28	112
	L2	17	1	18
Autres administratifs		379	257	636
TOTAL		1 216	1 203	2 419

(Institut supérieur des techniques médicales, Ascain Gbadewigo, 2014)

ANNEXE 2:

Graphique de l'évolution du financement de la santé par l'Etat congolais :



(WHO, 2017-2021)

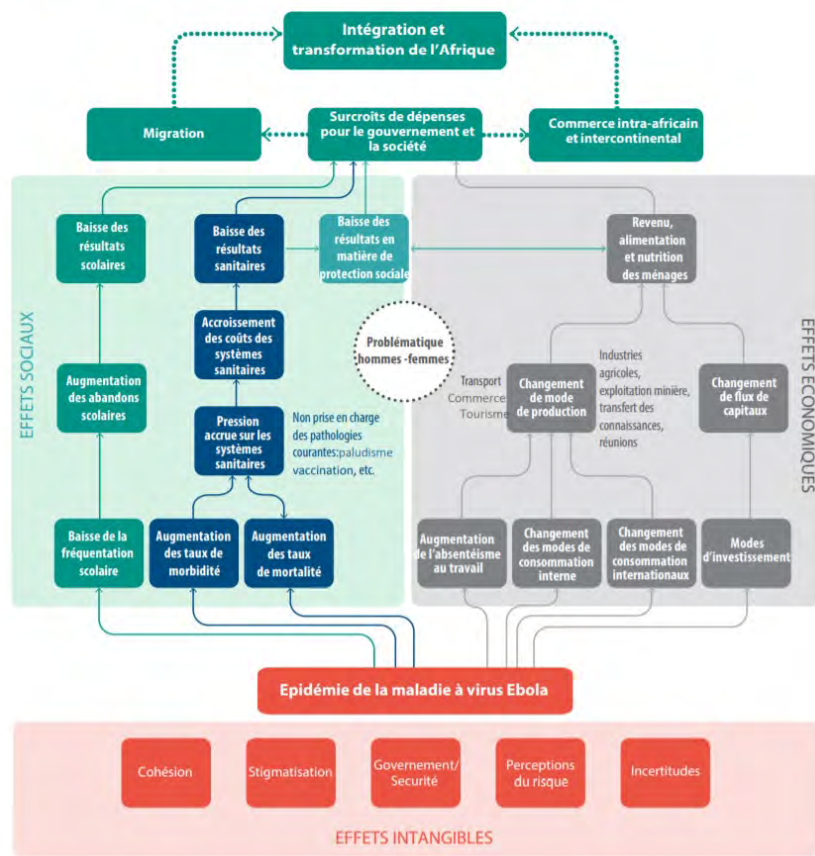
PROGRAMME D'ACTION STRATEGIQUE DE COOPERATION DE L'OMS AVEC LA RDC

PRINCIPALES PRIORITES STRATEGIQUES		PRINCIPAUX DOMAINES D'INTERVENTION
Priorité stratégique 1 Renforcement du système de santé		<ul style="list-style-type: none"> Extension de la couverture et de l'accès financier à des services de santé de qualité intégrés prenant en compte la stratégie d'investissement dans le personnel de santé et les comptes nationaux du personnel de santé (CNPS) Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des médicaments et des technologies de santé sûrs, efficaces et de qualité. Amélioration de la fonctionnalité de la plateforme de suivi et évaluation.
Priorité stratégique 2 Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie		<ul style="list-style-type: none"> Élargissement de l'accès aux interventions visant à améliorer la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent Réduction des facteurs de risques environnementaux Amélioration de la coordination intersectorielle pour agir sur les déterminants sociaux de la santé
Priorité stratégique 3 Prévention et lutte contre les maladies transmissibles		<ul style="list-style-type: none"> Élargissement de l'accès aux interventions de lutte contre la maladie, dont le paludisme, la tuberculose, le VIH et l'hépatite Extension de la couverture vaccinale pour les populations et communautés difficiles d'accès Élargissement et maintien de l'accès aux interventions essentielles contre les maladies tropicales négligées
Priorité stratégique 4 Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles		<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de l'accès aux interventions de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles, ainsi que de leurs principaux facteurs de risque. Amélioration de la prise en charge de la santé mentale et des troubles liés à la consommation des substances psychoactives
Priorités stratégiques 5 Gestion des urgences et de l'action humanitaire		<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des capacités d'alerte, de prévention, de préparation et d'intervention rapide en tenant compte de tous les risques, conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005), en vue de la sécurité sanitaire internationale Maintien de l'exemption de poliovirus sauvage en RDC Amélioration de la coordination et de la gestion des risques d'épidémies, et de la survenue d'autres événements à conséquence sanitaire

(WHO, 2017-2021)

ANNEXE 4:

FIGURE 1 : CADRE ANALYTIQUE DE L'ÉPIDÉMIE À VIRUS EBOLA



(Source : CEA)

ANNEXE 4bis:

Les incidences économiques de l'épidémie de l'Ébola :

• **Finances publiques :** Baisse des revenus et une augmentation des dépenses, particulièrement dans le secteur de la santé, ajoutant une pression supplémentaire sur les déficits budgétaires et affaiblissant la capacité du gouvernement à la fois de contenir la maladie et de renforcer l'économie grâce par exemple à des mesures de stimulus budgétaire. Les pays ont eu recours à des appuis extérieurs pour combler leurs déficits financiers.

• **Recettes publiques :** La diminution des recettes publiques initialement attendues peut s'élever à des dizaines de millions de dollars – une proportion non négligeable du produit intérieur brut (PIB) pour trois économies de petite taille. Cette réduction s'explique par une diminution de l'activité économique et par une contraction de l'assiette fiscale dans la plupart des secteurs, notamment dans l'industrie et les services. On peut y ajouter une faiblesse accrue de l'administration fiscale, de sorte que moins d'impôts sont prélevés sur les revenus, les entreprises, les biens et services et le commerce international. En outre, les redevances collectées sur les ressources naturelles dominantes sont amoindries.

• **Dépenses publiques :** Par ailleurs, la crise déclenchée par l'épidémie exige des dépenses non négligeables dans le secteur de la santé pour confiner la maladie alors que les besoins en protection sociale croissent également rapidement. D'autres dépenses non sanitaires peuvent également émerger à propos de la sécurité, des importations alimentaires et autres.

• **Déficits budgétaires :** De par ses effets négatifs sur les recettes et les dépenses publiques, l'épidémie met à mal les budgets, contribuant substantiellement à l'élargissement des déficits budgétaires.

• **Investissements, épargne et consommation privée :** Au regard de la diminution des recettes publiques et de l'augmentation des dépenses, la crise risque de détourner les dépenses publiques d'investissements en capital physique et humain au profit de dépenses de santé et autres dépenses sociales. Les investissements privés étrangers et nationaux sont également en diminution à court terme, souvent en raison de l'alarmisme généré par la maladie. Les pouvoirs publics des trois pays ont déclaré avoir différé ou interrompu les investissements dans de grands projets.

• **Offre de travail et productivité :** La crise a réduit l'offre de travail (y compris chez les expatriés), diminuant potentiellement la quantité et la qualité de biens et services produits, en particulier la prestation de services publics. La mortalité et la morbidité dues à la maladie ont réduit le nombre d'agriculteurs pouvant travailler dans l'agriculture et fait payer un lourd tribut aux travailleurs du secteur de la santé.

• **Taux d'inflation, monnaie et taux de change :** Les pressions inflationnistes augmentent à mesure que l'épidémie se répand, sapant la compétitivité des entreprises et des commerçants et provoquant une baisse du pouvoir d'achat des ménages. Les avoirs extérieurs ont nettement diminué et les monnaies locales se

sont dépréciées alors que le commerce extérieur s'étiole et que la demande de dollars augmente. Les réserves monétaires des pays ont également été touchées.

(Source : CEA)

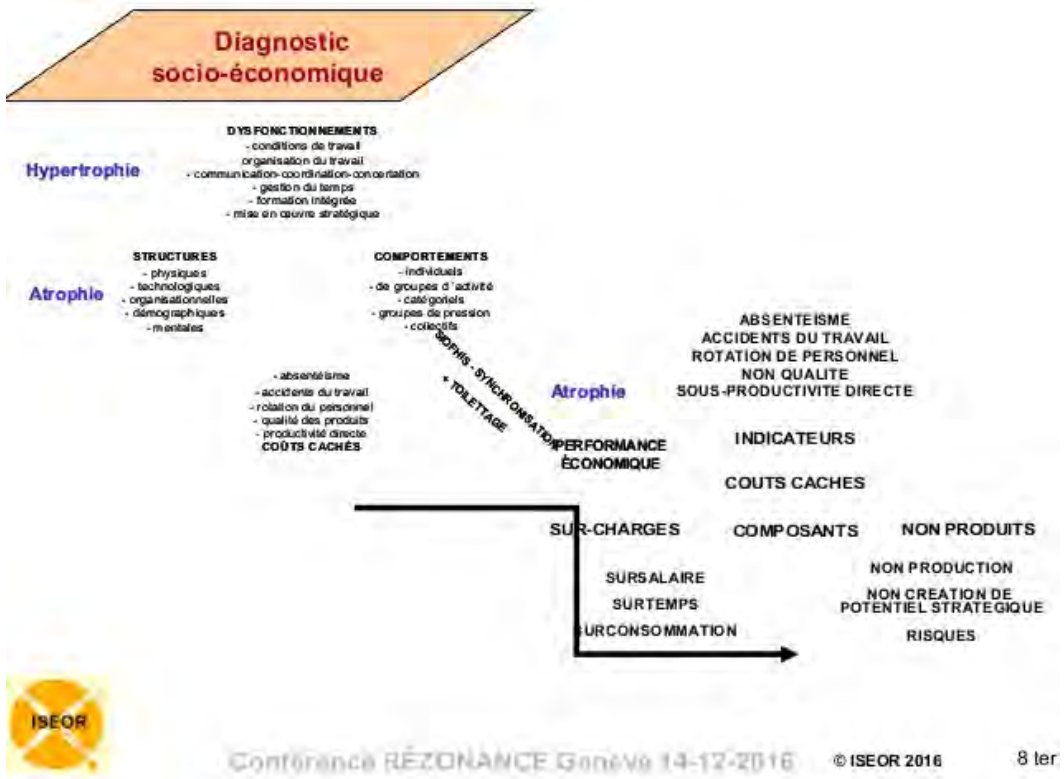
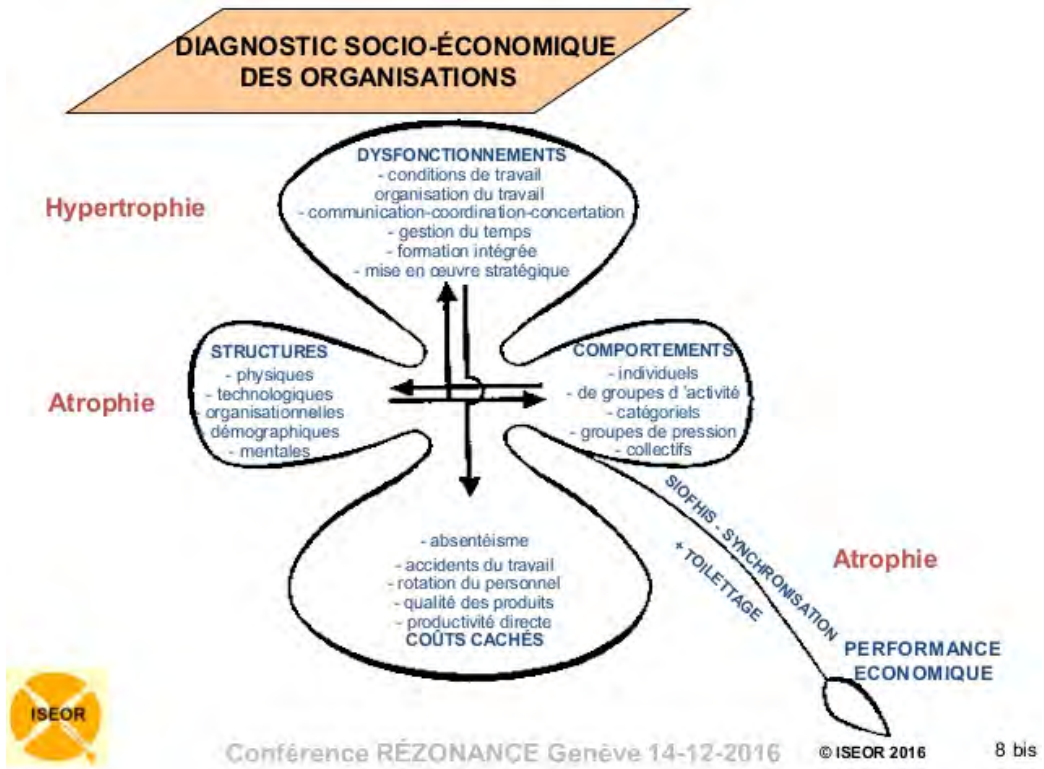
ANNEXE 5 :

Tableau IV : Exemple de dépenses publique pour la santé en 2003 (millions de Franc Congolais).

	Budget aménagé	% du total
07 Santé	71,739	5,30%
07.10. Médicaments, prothèses, Mat et appareil médicaux	399	2,025%
07.11. Produits pharmaceutiques	399	2,25%
07.12. Matériels médicaux	0	0,00%
07.20. Services médicaux de proximité	1.152	6,49%
07.21. Service de médecine Générale	1.65	6,00%
07.22. Service de médecine spécialisé	43	0,24%
07.23. Service de Laboratoire	43	0,24%
07.30. Hospitaliers	3.042	17,15
07.31. Hôpitaux Généraux	966	5,45%
07.32. Hôpitaux de province	1.887	10,64%
07.33. Maternité et autres	189	1,06%
07.40. Service de santé publique	13.122	73,98%
07.41. Prévention	139	4,19%
07.42. La Lutte contre l'épidémie	3.689	20,80%
07.43. Autres actions de santé	8.695	49,042%
07.44. Incluant équipement	6.044	34,07%
07.50. Recherche et de développement sur la santé	2	0,01%
07.51. Recherche fondamentale, opérationnelle et clinique	2	0,01%
07.60. Autres Affaires concernant la Santé	22	0,13%

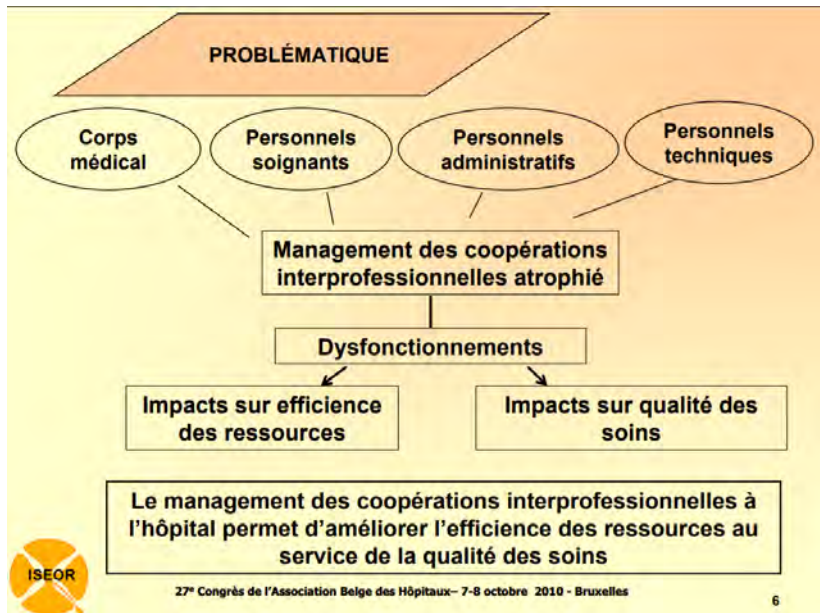
(Source des données : Banque Mondiale. Op. Cite.73)

ANNEXE 6 :



(ISEOR 2016)

ANNEXE 7 :



(ISEOR 2010)

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BAD : Banque Africaine de Développement
BEP : Bureau d'Etudes et de Planification
BCZS : Bureau Central de la Zone de Santé BI : Budget d'Investissement
BO : Budget Ordinaire
CABMIN : Cabinet du Ministre de la Santé
CCM/RDC : Comité National de Coordination de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme en République Démocratique du Congo
COPI : Coopération Italienne.
CTB : Coopération Technique Belge
CS : Centre de Santé
DEP : Direction d'Etudes et de Planification du Ministère de la Santé
DGCD : Direction Générale de la Coopération au Développement
DTF : Dossier Technique et Financier
DSRP : Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
EGS : Etats Généraux de la Santé
FAD : Fonds Africain de Développement
ETRI : Etudes et renforcement du Secteur de la Santé
FABAT : Fonds d'Appui au Bureau d'appui Transitoire
FAD : Fond Africain de Développement
GTZ : Geslleschalt für Technische Zusammenarbeit (Coopération Allemande)
Gvt : Gouvernement de la RDC.
HGR : Hôpital Général de Référence
MAP : Mutlticountry AIDS Programme
NEPAD : Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
PA : Plan d'Action = plan de travail du BEP.
PATS : Programme d'Appui Transitoire au Secteur de la Santé.
PDSS : Plan Directeur de Développement Sanitaire
PCA : Paquet Complémentaire d'Activités
PMA : Paquet Minimum d'Activités
PMURR : Programme Multisectoriel de Réhabilitation et de Reconstruction
PMURRIS : Programme Multisectoriel de Réhabilitation et de Reconstruction pour les Infrastructures Sanitaires
PPTE : Pays Pauvres Très Endettés
RDC : République Démocratique du Congo
RI : Résultat intermédiaire
R.S. : Réforme Sanitaire
SENAREC : Secrétariat Général pour le Renforcement des Capacités SG :
Secrétaire Général
SMCL : Structure Mixte de Concertation Locale
SNIS : Système National d'Information Sanitaire
TDR : Termes de Référence
U.E : Union Européenne.
Z.S : Zone de Santé.