



RÉPUBLIQUE DU CONGO
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE LA POPULATION



Analyse du coût, du financement et de la mise en place du panier de soins de l'Assurance Maladie Universelle en République du Congo

Ricardo BITRAN, PhD, Consultant
Ange NIAMA, PhD, Consultant
Zina JARRAH, MPH, Consultante

Brazzaville, 20 mai 2017

Résumé

Le gouvernement de la République du Congo souhaite mettre en place sa politique d'Assurance Maladie Universelle (AMU), consignée dans la loi portant le même nom. Pour ce faire, le Ministère du Travail et la Sécurité Sociale (MTSS) a engagé le bureau de consultants Expertise France pour définir les contenus, calculer le coût espéré, et proposer une stratégie de financement du panier de soins de l'AMU.

Deux ateliers se sont tenus au Congo en avril et mai 2017 pour discuter le travail du cabinet Expertise France. Les principales conclusions de ces ateliers furent que le panier de soins proposé était un bon point de départ concernant les priorités sanitaires du pays ; et que les méthodes employées par les consultants du cabinet Expertise France pour calculer les coûts de ce panier de soins, et pour établir son financement, pouvaient être affinées et approfondies.

Par conséquent, le Ministère de la santé publique (MSP) a demandé l'appui de la Banque Mondiale pour une assistance technique visant à approfondir et à renforcer l'analyse du panier de soins et de son coût.

Ce rapport présente les objectifs, les méthodes, les résultats et recommandations concernant les contenus et les coûts du panier de soins de l'AMU et la faisabilité de son financement.

Un panier de soins de l'AMU au Congo, composé de soins de santé préventifs et curatifs pour la mère et l'enfant, la planification familiale et le traitement des maladies tropicales négligées coûterait 16.037 FCFA (US\$ 27,40) par habitant et par an avec les taux actuels de couverture et 28.346 FCFA (US\$48,43) avec une couverture de 100% (voir Tableau 1).

Ces calculs incluent tous les coûts de production des soins tels que les ressources humaines directes, les coûts indirects et les produits pharmaceutiques. Ces derniers sont près de 4 fois plus élevés que les prix de référence internationaux des médicaments génériques, selon une étude récente de l'OMS au Congo.

Ce même panier de soins coûterait beaucoup moins cher si les prix des médicaments génériques au Congo étaient égaux aux prix de référence internationaux : 7.105 FCFA (US\$ 12,14) et 10.672 FCFA (US\$ 18,23).

Un panier de soins plus élargi pour l'AMU, qui inclurait aussi le traitement du VIH/SIDA, la tuberculose, le diabète et l'hypertension artérielle coûterait 17.683 FCFA (US\$ 30,21) par habitant et par an avec les taux actuels de couverture et 58.980 FCFA (US\$ 100,77) avec une couverture de 100%.

Tableau 1 Coût estimé du panier de soins par habitant et par an dans de divers scénarios concernant les contenus du panier et la vitesse d'accroissement de la couverture (dollars des États-Unis de 2017)

Scena- rio	Taille du pa- nier	Couver- ture vers l'année 2022 en relation a couver- ture en 2017	Coût du panier de soins par habitant et par an (US\$) de 2017				Groupes d'interventions incluses dans le panier de soins de l'AMU									
			Prix des médicaments génériques comme mul- tiples du prix de réfé- rence international = 1,00		Prix des médicaments génériques comme mul- tiples du prix de réfé- rence international = 3,97		Soins maternels et de santé re- productive	Santé pour les enfants de moins de 5 ans	Vaccinations	Malaria	Tuberculose	VIH/SIDA	Nutrition	Maladies non transmissibles	Maladies tropicales négligées	
			Année		Année											
			2017	2022	2017	2022										
1A	À mi- nima	20% plus	12,44	12,14	27,40	28,29	X	X	X	X			X		X	
1B	À mi- nima	100% plus	12,44	18,23	27,40	48,43	X	X	X	X			X		X	
2A	Moyen	20% plus	13,14	13,08	30,00	31,54	X	X	X	X			X	X	X	
2B	Moyen	100% plus	13,14	23,78	30,00	68,54	X	X	X	X			X	X	X	
3A	Grand	20% plus	13,30	14,64	30,21	36,22	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3B	Grand	100% plus	13,75	34,89	31,84	100,77	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Les Comptes nationaux de santé montrent qu'en 2015 les dépenses courantes en santé du gouvernement étaient de 15.592 FCFA par habitant (US\$ 26,36). Si l'on considère qu'une partie de ce montant doit être allouée à financer le fonctionnement du MSP et d'autres organismes de santé de l'Etat, et que ce montant doit aussi suffire pour financer les soins de santé en dehors du panier de soins de l'AMU, on conclut que seulement une fraction des US\$ 26,36 serait disponible pour financer ce panier.

Si seulement la moitié de ce financement public était disponible pour financer l'AMU, c'est-à-dire, US\$ 13,20 par habitant et par an, alors le gouvernement ne pourrait même pas financer le plus petit des paniers de soins formulés dans ce rapport.

L'évidence internationale indique sans ambiguïté que l'atteinte de la couverture universelle en santé n'est possible que si le gouvernement finance avec des ressources publiques la majorité des coûts de cette couverture. La dépendance de financement public est même plus importante dans les pays comme le Congo, où les travailleurs du secteur formel –qui sont ceux qui peuvent être menés à contribuer un financement obligatoire pour la santé moyennant des taxes– ne représentent qu'un petit pourcentage de tous les travailleurs du pays. L'évidence internationale montre chaque fois qu'aucun pays n'a pu obtenir un financement important pour la santé à partir des contributions des ménages du secteur informel. Ce résultat ne change pas quand les contributions des informels sont légalement obligatoires.

En somme, l'AMU ne sera possible au Congo que si le gouvernement augmente de manière substantielle les ressources qu'il alloue au financement des dépenses courantes de la santé. En outre, le financement public de l'AMU ne sera possible que si le gouvernement du Congo parvient

à mettre en place des politiques publiques qui permettent d'améliorer significativement la performance du marché des médicaments dans le pays.

Table des matières

1.	Introduction.....	1
2.	Glossaire.....	2
3.	Le processus de priorisation pour la définition d'un panier de soins	4
3.1.	Coût-efficacité	4
3.2.	Protection financière	5
3.3.	Charge de morbidité	7
3.4.	Préférences des citoyens.....	13
3.5.	Autres critères de priorisation	13
3.6.	Conclusion.....	13
4.	Le calcul du coût d'un panier de soins.....	16
5.	Le financement d'un panier de soins	20
6.	Le travail préalable commissionné par le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale	23
6.1.	Contenus du panier de soins proposé pour l'AMU	23
6.2.	Coûts du panier de soins proposé pour l'AMU	25
6.3.	Analyse du travail effectué par les consultants du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale.....	30
7.	Objectifs et méthodologie de calcul du coût du panier de soins	35
7.1.	Objectifs	35
7.2.	Méthodes	35
8.	Résultats.....	43
9.	Discussion sur le financement du panier de soins de l'AMU au Congo.....	50
10.	Références	52
11.	Annexe A. Questionnaire formations de santé.....	53
12.	Annexe C : Suppositions et résultats du logiciel OneHealth Tool for le Congo	60
13.	Annexe B : Quelques résultats de l'enquete de formations de santé.....	67

Tableaux

Tableau 1 Coût estimé du panier de soins par habitant et par an dans de divers scénarios concernant les contenus du panier et la vitesse d'accroissement de la couverture (dollars des États-Unis de 2017).....	iii
Tableau 2 Estimation du coût annuel des accouchements dans les formations de santé publiques au Congo –Exemple hypothétique	18
Tableau 3 Le panier socle de référence	23
Tableau 4 Le panier complémentaire avec ticket modérateur	24
Tableau 5 Estimation des recettes qui pourraient provenir des patients s'ils payaient les tarifs établis (FCFA et millions de FCFA de 2014)	28
Tableau 6 Gains de santé potentiels avec USD 1 million.....	34
Tableau 7 Scénarios pour les contenus du panier de soins de l'AMU	35
Tableau 8 Projections démographiques du modèle OHT	41
Tableau 9 Volume d'utilisation des interventions dans le panier de soins par groupe d'interventions dans le Scenario 1A, 2017-2022 (US\$)	43
Tableau 10 Coût direct des interventions dans le panier de soins par groupe d'interventions dans le Scenario 1A, 2017-2022 (US\$)	45
Tableau 11 Coût total des interventions dans le panier de soins par groupe d'interventions dans le Scenario 1A, 2017-2022 (US\$)	45
Tableau 12 Coût total des interventions dans le panier de soins par groupe d'interventions dans le Scenario 1A, 2017-2022 (US\$)	46
Tableau 13 Coût total des interventions dans le panier de soins par groupe d'interventions dans le Scenario 3B, 2017-2022 (US\$)	48
Tableau 14 Coût estimé du panier de soins par habitant et par an dans de divers scénarios concernant les contenus du panier et la vitesse d'accroissement de la couverture (dollars des États-Unis de 2017).....	48
Tableau 15 Dépenses publiques en santé au Congo selon les Comptes nationaux de santé 2009-2010 et 2011-2015 (FCFA et US\$).....	51
Tableau 16 Questionnaire formations de santé Page 1 : Identification.....	53
Tableau 17 Questionnaire formations de santé Page 2 : personnel.....	54
Tableau 18 Questionnaire formations de santé Page 3 : Production	55
Tableau 19 Questionnaire formations de santé Page 4 : Médicaments	56
Tableau 20 Questionnaire formations de santé Page 4 : Infrastructure et médicaments.....	58
Tableau 21 Couverture des interventions du panier de soins, 2007-2022	60
Tableau 22 Utilisation des services offerts para les formations de santé enquêtées Part A	67
Tableau 23 Utilisation des services offerts para les formations de santé enquêtées Part B	69

Cadres

Cadre 1 La charge mondiale de morbidité : quelques données sur l'Afrique subsaharienne	9
Cadre 2 Comment accroître l'espace budgétaire ? Les recettes du Fonds Monétaire International.....	21

Figures

Figure 1 La difficile tension entre les 2 grands objectifs de couverture	6
Figure 2 Appauvrissement des ménages congolais à cause des chocs en santé	7
Figure 3 Les 10 principales causes de mortalité dans le monde (2015).....	11
Figure 4 Les 10 principales causes de mortalité dans les pays à faible revenu (2015).....	11
Figure 5 Changements des causes principales d'AVAI en Afrique subsaharienne, 1990-2010	12
Figure 6 Critères de priorisation pour la formulation d'un panier de soins	13
Figure 7 Critères d'inclusion pour la construction d'un panier de soins de santé et exemples	15
Figure 8 Les coûts et le financement d'un panier de soins	17
Figure 9 Le calcul du coût espéré des accouchements à être fournis par le panier de soins de l'AMU	19
Figure 10 Priorisation, calcul du coût, analyse de financement et de l'espace fiscal, ré-priorisation.....	22
Figure 11 Interprétations des calculs relatifs au panier de soins présentés dans l'étude du cabinet Expertise France.....	26
Figure 12 Conséquences de l'élimination d'un tarif direct au patient et son remplacement par un prépaiement fait par le ménage	29
Figure 13 Utilisation de la contraception par milieu de résidence, 2005 et 2011-12 (%)	32
Figure 14 Utilisation de la contraception par quintile de bien-être économique, 2005 et 2011-12 (%).....	32
Figure 15 Contenus du panier de soins proposé para les consultants du Ministère du Travail et de la Protection Sociale	33
Figure 16 Prix des médicaments au Congo comme multiples du prix d'achat international de référence	36
Figure 17 Les 12 scénarios définis pour le calcul du coût du panier de soins de l'AMU au Congo.....	37
Figure 18 Évolution de la couverture d'une intervention le long du temps	39
Figure 19 Le fonctionnement du logiciel OHT pour le calcul du cout espéré d'un panier de soins	40
Figure 20 Structure de coût total annuel du panier de soins dans l'année 2022 avec les prix des médicaments égaux au PRI (US\$)	44
Figure 21 Coût du panier de soins par habitant et par an en fonction du prix des médicaments génériques, 2018-2022 (US\$).....	47

Figure 22 Coût estimé du panier de soins par habitant et par an dans de divers scénarios concernant les contenus du panier et la vitesse d'accroissement de la couverture (dollars des États-Unis de 2017).....49

1. Introduction

Dans le contexte de la mise en place l'Assurance Maladie Universelle (AMU) en République du Congo, il est indispensable de définir un panier de soins de santé, connaître son coût annuel espéré par habitant, et avoir des stratégies pour son financement et sa mise en œuvre. Ce rapport aborde ces trois points, les deux premiers en détail, et relie ce travail à celui commissionné par le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale et réalisé par Expertise France.

2. Glossaire

Cette section propose des définitions des concepts qui sont employés dans le rapport.

Coût normatif	La valeur économique de toutes les ressources qui interviennent dans la fourniture d'une intervention de santé ou d'un ensemble d'interventions, tel qu'un panier de soins, en respectant les normes de qualité. Les ressources incluent la main d'œuvre médicale et administrative, les fournitures médicales, les médicaments, les équipements, les véhicules et les bâtiments.
Coût réel (ou dépense)	La somme d'argent effectivement déboursée pour fournir une intervention de santé ou un ensemble d'interventions, tel qu'un panier de soins. Le coût réel est synonyme de <i>dépense</i> . Le coût réel peut être supérieur au coût normatif si la production de cette intervention est inefficace. Si la production est efficace, alors le coût réel est égal au coût normatif.
Financement	L'argent qui provient du gouvernement, de la population et des partenaires de développement pour payer les coûts réels des soins de santé.
Demande normative	La quantité de soins de santé que la population devrait obtenir pour maximiser son état de santé. Cette quantité est définie par les experts en médecine et santé publique. Par exemple, la demande normative pour les vaccinations de l'enfance est définie par le Ministère de la santé et son Programme élargi de vaccination (PEV).
Demande réelle	La quantité de soins de santé que la population souhaite obtenir et qu'elle sollicite en se présentant chez un prestataire de soins. La demande réelle peut être égale, supérieure, ou inférieure à la demande normative. Elle est égale quand la population comprend l'importance d'utiliser un soin spécifique et demande ce que la norme établit. La demande réelle est supérieure à la demande normative quand la population surestime les bénéfices d'une intervention. La demande réelle est inférieure à la demande normative quand la population sous-estime les bénéfices d'une intervention ou bien quand elle ne peut pas demander pour des raisons économiques, pratiques ou autres barrières à l'accès.
Utilisation	La quantité de soins de santé que la population demande et qu'elle reçoit effectivement. L'utilisation peut être inférieure ou égale à la demande, mais elle ne peut jamais être plus élevée que la demande. L'utilisation est égale à la demande quand tous ceux qui la sollicitent obtiennent ce soin. L'utilisation est inférieure à la demande si une partie de ceux qui sollicitent un soin ne l'obtiennent pas pour de raisons

diverses (par exemple, les prestataires ne sont pas disponibles ou bien ils le sont mais ils exigent un paiement auquel certains patients ne peuvent pas faire face).

Couverture	Une mesure du degré d'atteinte d'une norme médicale. Généralement la couverture s'exprime en pourcentage, ou une couverture de 100% correspond à ce qu'établit la norme. Par exemple, au Congo la couverture du vaccin antitétanique pour les femmes enceintes était de 60,6%, selon l'enquête DHS 2011-2012. En d'autres mots, le pourcentage des femmes enceintes ayant reçu deux injections ou plus du vaccin antitétanique durant la dernière grossesse n'était que de 60,6%, tandis qu'il devrait être de 100% selon la norme.
Qualité	Une intervention de santé est de qualité si elle remplit les critères techniques établis par les experts concernant les ressources qui doivent être employées pour la fournir et les méthodes avec laquelle elle doit être fournie.
Protocole	Un protocole définit la qualité d'une intervention, en décrivant les ressources qui doivent être employées dans sa production et la manière dont elle doit être fournie.
Efficacité	Une intervention de santé est efficace si elle atteint son objectif.
Efficienc	Une intervention de santé est efficiente si elle est efficace et en plus elle consomme la moindre quantité possible de ressources dans sa production tout en respectant la qualité telle qu'elle est établie dans les protocoles de soins.
Coût-efficacité	Une mesure de la relation qui existe entre le coût d'une intervention et les résultats atteints en termes d'amélioration de l'état de santé de la population qui utilise cette intervention.
Panier de soins	Un ensemble d'interventions de santé qui sont choisies selon des critères de priorisation et qui sont offertes à une population.

3. Le processus de priorisation pour la définition d'un panier de soins

Quelles interventions de santé devraient être incluses dans le panier de soins de l'AMU au Congo ? Plus spécifiquement, quels critères de priorisation devrait retenir le gouvernement du Congo pour choisir les interventions qui feront partie du panier de soins ? Cette section aborde ce sujet.

Il n'existe pas un critère unique, ou universel, pour la formulation de priorités menant à la construction d'un panier de soins. Cependant, il y a quatre critères principaux très souvent employés, ce qui fait qu'il y ait des similitudes parmi les pays en voie de développement dans les critères choisis : Coût-efficacité, protection financière, charge de morbidité et préférences des citoyens.

3.1. Coût-efficacité

Le premier critère est celui de *coût-efficacité*, qui consiste à inclure dans un panier de soins les interventions qui produisent les plus grands gains possibles dans l'état de santé de la population, par unité d'argent dépensée (voir Encadré 1). Ces gains sont mesurés en années de vie en bonne santé, c'est-à-dire qu'ils mesurent les réductions en mortalité prématurée et invalidité attribuables aux différents problèmes de santé qui affectent les mères, les enfants, et les adultes. La plupart des soins de santé primaires, pour la mère et l'enfant, remplissent ce critère et, donc, sont inclus dans la majorité des paniers de soins dans le monde.

Encadré 1 Qu'est-ce que l'analyse coût-efficacité ?

L'analyse coût-efficacité est une méthode pour évaluer les gains de santé par rapport au coût des différentes interventions en matière de santé. Il ne s'agit pas du seul critère pour décider de la manière d'allouer les ressources, mais elle constitue un critère important, car elle lie directement les implications financières et scientifiques des différentes interventions. L'opération de calcul de base consiste à diviser le coût d'une intervention en unité monétaire par le gain de santé prévu, mesuré en unités naturelles, telles que le nombre de vies sauvées. Par exemple, l'utilisation d'un personnel paramédical bénévole et de non-spécialistes qualifiés comme premiers intervenants en cas d'accident coûtent environ 128 dollars par vie sauvée en Asie du Sud et 283 dollars au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, tandis que l'utilisation d'une ambulance communautaire coûte à peu près 1.100 dollars et 3.500 dollars par vie sauvée dans les deux régions, respectivement. En mesurant le coût-efficacité en termes de vies sauvées, toutes les vies sont traitées de manière égale, peu importe que la personne concernée soit un enfant qui pourrait vivre 80 autres années ou un individu d'âge moyen pouvant s'attendre à vivre pendant seulement 40 ans encore.

Source : Jamison, Breman et al. (2006).

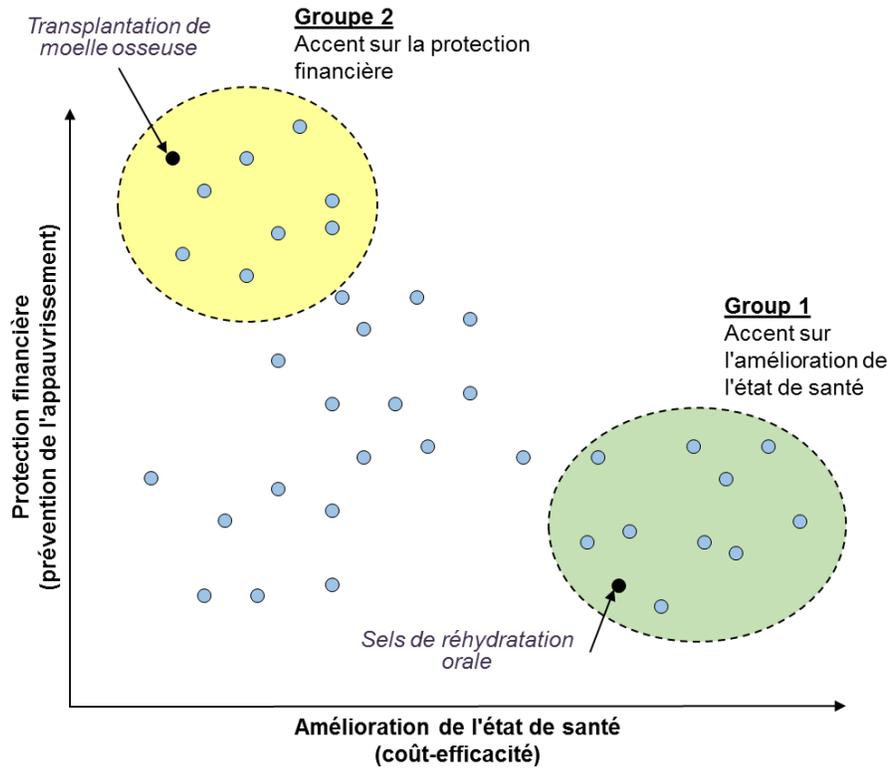
3.2. Protection financière

Le second critère pour la formulation de priorités d'inclusion dans un panier de soins est celui de la *protection financière*. Selon ce critère, il faut inclure dans un panier de soins les interventions excessivement coûteuses qui peuvent entraîner des dépenses catastrophiques pour les ménages ou bien qui peuvent l'appauvrir.

Il existe une tension entre ces deux objectifs. Elle est illustrée dans la Figure 1, ci-dessous. La figure comporte deux axes : l'axe horizontal, qui représente l'amélioration de l'état de santé, et l'axe vertical, qui représente l'amélioration de la protection financière. Chaque cercle vert de la figure représente une intervention de santé différente. Il y a des interventions peu coûteuses qui entraînent des gains élevés dans l'état de santé de ceux qui les obtiennent. Il s'agit donc des interventions coût-efficaces. On appelle Groupe 1 ces interventions coût-efficaces. Par contre, il y a d'autres interventions coûteuses, qui produisent des gains modestes dans l'état de santé de la population, mais qui peuvent générer des dépenses très élevées pour les ménages si elles ne sont pas incluses dans le panier de soins et leur coût n'est donc pas couvert par le système d'assurance. On appelle Groupe 2 celui contenant les interventions coûteuses, mais pas coût-efficaces.

Si on inclut dans le panier de soins une intervention dans le Groupe 2 – par exemple la transplantation de la moëlle osseuse pour un enfant souffrant de leucémie – le panier va fournir une grande protection financière pour quelques familles atteintes de cette maladie. Cependant, les ressources allouées à cette intervention limiteront le financement disponible pour couvrir dans le panier de soins des interventions coût-efficaces, comme par exemple les sels de réhydratation orale pour les enfants souffrant de diarrhée. Puisque les épisodes de diarrhée sont beaucoup plus fréquents que ceux de leucémie, cela veut dire que la couverture d'assurance de chaque enfant souffrant de leucémie privera des centaines d'enfants des traitements de diarrhée par SRO.

Figure 1 La difficile tension entre les 2 grands objectifs de couverture



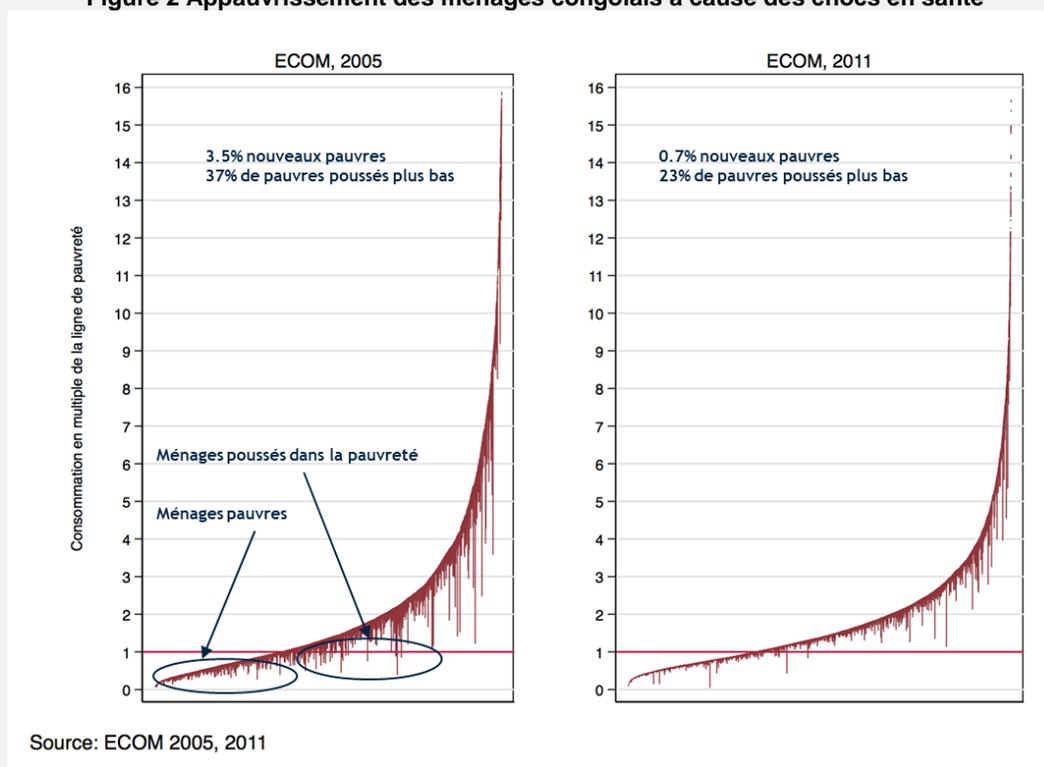
Par conséquent, l'inclusion des interventions dans le Groupe 1 et le Groupe 2 représente un difficile choix de politique publique. Mais ce choix doit-être fait. Chaque pays qui définit un panier de soins doit nécessairement faire face à ces choix et prendre ces difficiles décisions.

Encadré 2 La protection financière en santé au Congo

Fournir une protection financière en santé est parmi les plus importants objectifs des politiques de santé. La protection financière fait partie intégrante des objectifs de développement durable dans le cadre du suivi de la couverture santé universelle (objectif de développement durable 3.8.2). Le manque de cette protection peut se traduire en un appauvrissement de certains ménages qui sont atteints de problèmes de santé dont le traitement est coûteux. Il peut aussi provoquer un choc financier aux ménages, en produisant une forte réduction dans l'argent dont ils disposent pour acheter d'autres biens et services essentiels, tels que l'alimentation et l'éducation.

Au Congo, les données collectées dans l'enquête Congolaise auprès des Ménages pour l'Evaluation de la Pauvreté (ECOM) permettent de mesurer le manque de protection financière en santé. L'enquête ECOM 2005 a montré que les chocs en santé ont conduit 3,5% des ménages congolais en dessous du seuil de pauvreté et ils ont poussé 37% des pauvres plus bas dans la pauvreté (panneau à gauche de la figure). Les données de l'enquête ECOM 2011 ont montré que sept ans plus tard le pourcentage de la population qui est devenu pauvre à cause des chocs en santé s'est réduit considérablement (0,7%) et qu'il y a eu aussi une réduction dans le pourcentage poussé plus bas dans la pauvreté.

Figure 2 Appauvrissement des ménages congolais à cause des chocs en santé



3.3. Charge de morbidité

Un troisième critère de priorisation très souvent employé est celui de la *charge de morbidité*, une mesure des pertes de bonne santé dans une société à cause de la mortalité prématurée et

de la morbidité (voire Cadre 1). Ce critère de priorisation consiste à mettre l'accent sur les interventions –c'est-à-dire, inclure dans un panier de soins– les interventions de santé qui visent à prévenir ou traiter les maladies à plus forte contribution à la charge de morbidité.

Cadre 1 La charge mondiale de morbidité : quelques données sur l'Afrique subsaharienne

- Le rapport « Global Burden of Disease » (la charge mondiale de morbidité) est une étude scientifique dont l'objectif est d'identifier les principales causes de mortalité et d'incapacité en fonction des régions, du sexe et de l'âge des populations.
- En Afrique subsaharienne, des progrès significatifs ont été enregistrés en matière de santé et la diarrhée et la pneumonie font notamment moins de victimes chez les enfants.
- On assiste également depuis 1990 à une baisse significative de la mortalité causée par la rougeole et la malaria.

Au cours des vingt dernières années, la situation en matière de santé à l'échelle mondiale a évolué rapidement. Dans le monde entier, les individus vivent plus longtemps qu'auparavant et les populations vieillissent. On assiste à un accroissement de la population mondiale. De nombreux pays ont fait des progrès remarquables dans la prévention de la mortalité infantile. Par conséquent, la charge de la maladie se définit de plus en plus en termes d'incapacité plutôt que de mortalité prématurée.

Les causes principales de mortalité et d'incapacité sont passées des maladies transmissibles chez les enfants aux maladies non transmissibles chez les adultes. La surconsommation alimentaire a dépassé la famine comme facteur de risque de maladie. Bien que des tendances claires se dessinent au niveau mondial, des variations importantes existent d'une région et d'un pays à l'autre. Ce contraste est le plus évident en Afrique subsaharienne, où les maladies transmissibles, nutritionnelles, maternelles et du nouveau-né sont encore prédominantes.

Dans cette région, des progrès significatifs ont été effectués en matière de réduction des décès liés à de nombreuses maladies et affections transmissibles touchant les jeunes enfants, particulièrement les maladies diarrhéiques et les infections des voies respiratoires inférieures. À l'heure actuelle, ces maladies sont toujours parmi les causes principales de mortalité dans cette région, mais leur charge relative a fortement diminué par rapport à la situation d'il y a vingt ans.

Le rapport « La charge mondiale de la morbidité » (Institute for Health Metrics and Evaluation 2013) présente un résumé des observations mondiales de l'étude GBD 2010, avec un accent sur les données régionales d'Afrique subsaharienne. Les différences au sein de la région en matière de maladies, de blessures et de facteurs de risques sont également explorées. Les observations principales en Afrique subsaharienne sont les suivantes :

- Dans l'ensemble, la région subsaharienne a fait des progrès en termes de réduction de la mortalité et de prolongation de la durée de vie depuis 1970. Cependant, certains pays ont présenté des taux de mortalité accrus pour certains groupes d'âges et de sexe entre 1990 et 2010. Par exemple, le Mozambique a vu augmenter ses taux de mortalité chez les femmes âgées de 25 à 29 ans.
- Au cours des vingt dernières années, la région est parvenue à réduire les décès prématurés et incapacités liés à certaines causes transmissibles, nutritionnelles, maternelles et du nouveau-né, en particulier les maladies diarrhéiques et les infections des voies respiratoires inférieures. Dans toute la région, les décès dus à la rougeole et au tétanos ont diminué sensiblement depuis 1990. Le paludisme et le VIH/SIDA ont provoqué plus de décès en 2010 qu'en 1990, mais ces deux maladies ont atteint un pic entre 2000 et 2005 dans la plupart des pays.
- Bien que leur charge relative ait diminué, les causes transmissibles, nutritionnelles, maternelles et du nouveau-né, notamment les maladies diarrhéiques, les infections des voies respiratoires inférieures et la malnutrition protéino-énergétique, restent les causes principales de mortalité dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, particulièrement dans les pays à faible revenu tels que le Niger et la Sierra Leone.

Source : Banque Mondiale, <http://www.banquemondiale.org/fr/news/feature/2013/09/09/global-burden-of-disease-findings-for-sub-saharan-africa>

Cadre 1 La charge mondiale de morbidité : quelques données sur l'Afrique subsaharienne (suite)

- Entre 1990 et 2010, la charge des maladies non transmissibles a augmenté, particulièrement pour les AVC, la dépression, le diabète et la cardiopathie ischémique, dans les pays à revenu intermédiaire supérieur de la région.
- En parallèle au développement de nombreux pays subsaharienne, les accidents de la route pèsent de plus en plus lourdement sur la santé des populations. Plusieurs pays ont vu une augmentation de la violence interpersonnelle, en particulier la République Démocratique du Congo et le Lesotho. En Somalie et au Soudan, des conflits actuels et passés ont provoqué des taux élevés de perte de santé liée à la guerre.
- Dans la majorité de la région subsaharienne, le pourcentage d'années de vie en bonne santé perdues en raison de l'incapacité était plus élevé en 2010 qu'en 1990. Dans l'ensemble, les causes principales d'incapacité dans cette région, notamment la dépression et la lombalgie, s'alignaient avec les causes principales d'incapacité au niveau mondial. Cependant, les maladies transmissibles telles que le VIH/SIDA et le paludisme étaient responsables d'une plus grande proportion des incapacités en Afrique subsaharienne que dans le reste du monde. En 2010, les déficits alimentaires, particulièrement l'anémie ferriprive, représentaient presque le double des pertes de santé en Afrique subsaharienne qu'au niveau mondial. Cette tendance dépendait principalement des pays à faible revenu et n'était pas observée dans les pays à revenu intermédiaire supérieur de la région comme la République de Maurice et les Seychelles.
- La malnutrition et la pollution de l'air à l'intérieur des habitations étaient parmi les facteurs de risques principaux de décès prématurés et d'incapacité en Afrique subsaharienne. Dans la plupart des pays, des progrès significatifs ont été accomplis dans la réduction des risques tels que l'insuffisance pondérale chez l'enfant, les pratiques sous-optimales d'allaitement maternel et les carences en vitamines, ce qui a provoqué une chute de leur charge d'environ 30 à 50 % au cours des vingt dernières années. Toutefois, ces facteurs de risque restent parmi les trois facteurs principaux contribuant à la perte de santé dans toute la région, particulièrement dans les pays à faible revenu.
- La consommation d'alcool, l'hypertension et le tabagisme étaient également des facteurs importants contribuant à la perte de santé en Afrique subsaharienne. Parmi les pays à revenu intermédiaire supérieur de la région, notamment le Gabon et l'Afrique du Sud, des valeurs élevées de glycémie à jeun et d'indice de masse corporelle étaient responsables d'une plus grande proportion de perte de santé. Dans les pays à faible revenu tels que la République centrafricaine, l'insuffisance pondérale chez l'enfant, était le facteur de risque principal entraînant la charge la plus importante.

Source : Banque Mondiale : <http://www.banquemondiale.org/fr/news/feature/2013/09/09/global-burden-of-disease-findings-for-sub-saharan-africa>

La charge de morbidité varie d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre. Même s'il n'y a pas une étude spécifique sur la charge de maladie en République du Congo, dans les figures ci-jointes on peut apprécier les différences entre les pays à différent niveau de revenu. Si on considère tous les pays du monde, les cardiopathies ischémiques sont la principale cause de mortalité. Les accidents vasculaires cérébraux sont la deuxième cause, la troisième, les infections des voies respiratoires et la quatrième, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). En définitive, les principales causes de mortalité dans le monde sont des maladies chroniques.

Dans les pays à faible revenu (Figure 4), la charge de maladie a une composition très différente, car là ce sont les maladies infectieuses qui dominent la mortalité. En premier lieu sont les infections des voies respiratoires. Elles sont suivies de la diarrhée. Cependant, les accidents vasculaires cérébraux et les cardiopathies ischémiques sont troisième et quatrième en ordre d'importance, suivies de trois maladies infectieuses, le VIH/SIDA, la tuberculose, et le paludisme.

La principale conclusion qu'on tire à partir de ces données est que les priorités attribuables aux différentes interventions de santé doivent varier d'une région du monde à une autre, ainsi que d'un pays à un autre.

La charge de morbidité n'est pas constante dans un pays le long du temps, mais elle est dynamique comme conséquence des changements dans le développement économique et social, dans les habitudes, et dans les progrès de la médecine, entre autres. Ceci est illustré dans la Figure 5, qui montre les changements sur une période de 20 ans, entre 1990 et 2010, dans les principales causes de la charge de morbidité en Afrique subsaharienne. On peut observer que la contribution à la charge de morbidité de plusieurs maladies infectieuses a diminué les infections des voies respiratoires, les maladies diarrhéiques, et la malnutrition protéino-énergétique. En même temps, la contribution d'autres maladies infectieuses, tel que le VIH/SIDA et le paludisme a augmenté, ainsi

Figure 3 Les 10 principales causes de mortalité dans le monde (2015)

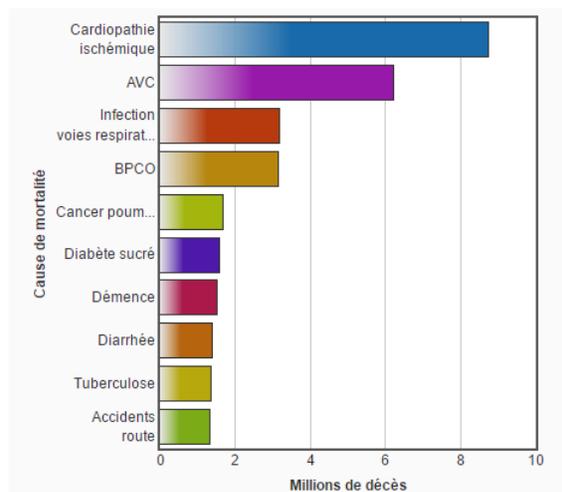
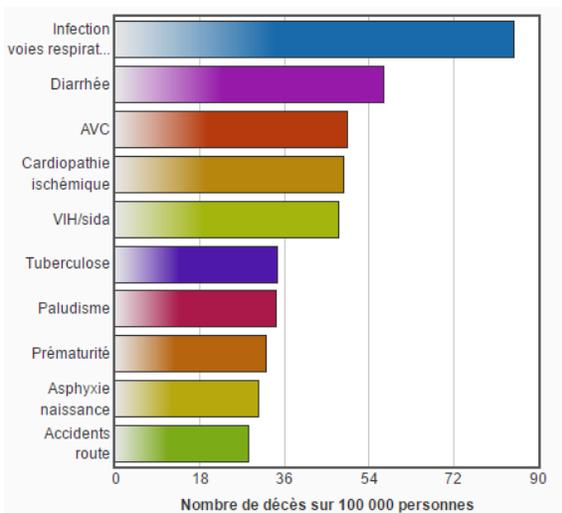


Figure 4 Les 10 principales causes de mortalité dans les pays à faible revenu (2015)

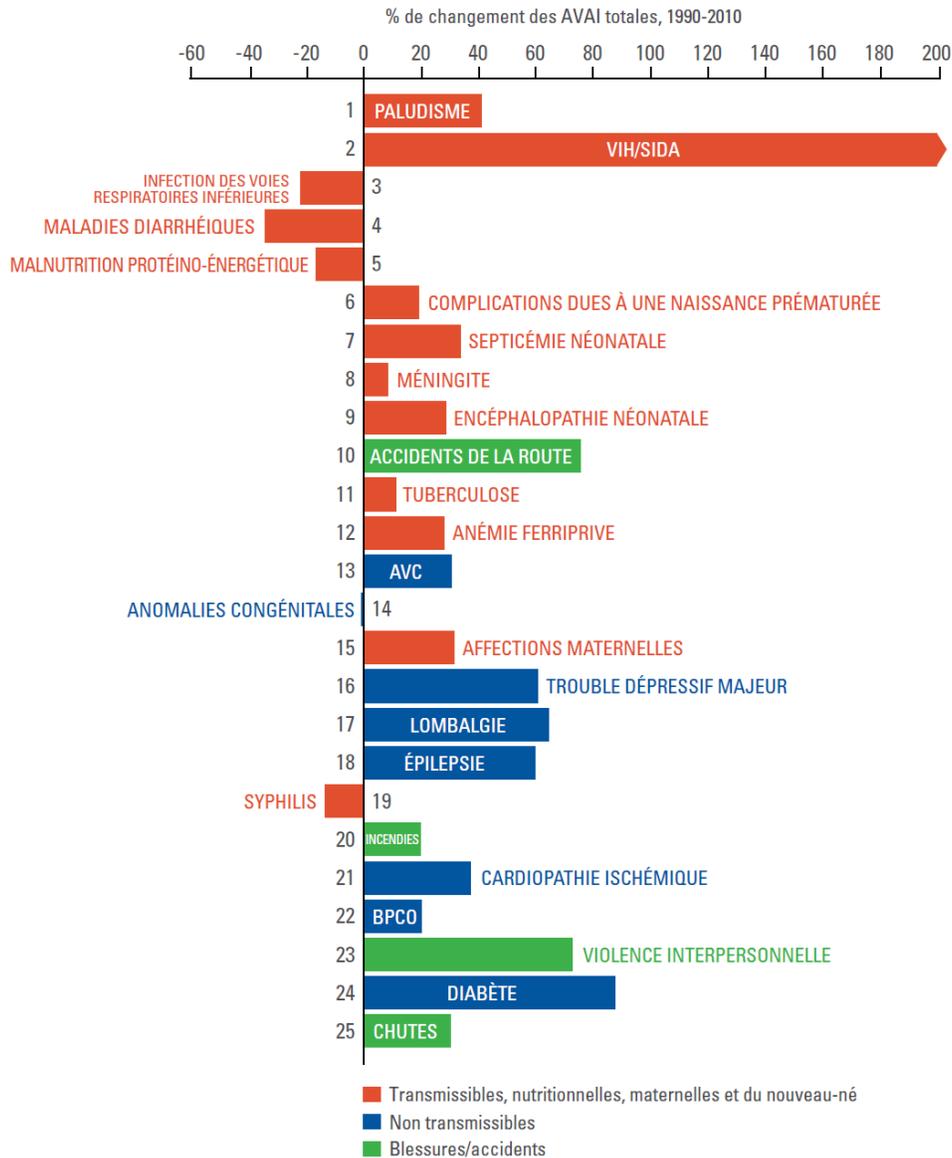


Source : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/index2.html>

que la contribution de plusieurs maladies chroniques, telles que le diabète et la cardiopathie ischémique, et autres causes associées à la modernité, telles que la violence interpersonnelle et la dépression majeure.

La nature dynamique de la charge de morbidité implique que, si la charge de morbidité est un critère de priorisation pour la construction d'un panier de soins, alors les priorités doivent changer le long du temps, à fur et à mesure que la structure de la charge de morbidité évolue.

Figure 5 Changements des causes principales d'AVAI en Afrique subsaharienne, 1990-2010



Remarque : les 25 causes principales d'AVAI sont classées de haut en bas selon le nombre d'AVAI qu'elles ont représenté en 2010. Les barres à droite de la ligne verticale indiquent le pourcentage d'augmentation des AVAI depuis 1990. Les barres à gauche de la ligne indiquent le pourcentage de diminution des AVAI. Les barres terminées en flèche indiquent que les causes correspondantes ont augmenté d'un facteur plus grand que celui indiqué sur l'axe des abscisses.

Source : Réseau Du Développement Humain and Washington. (2013)

3.4. Préférences des citoyens

Elles constituent un critère de priorisation pris en compte dans beaucoup de pays. Il se peut que la population souhaite que son système de santé lui fournisse une couverture pour des interventions qui ne sont ni coût-efficaces, ni trop coûteuses, ni trop fréquentes.

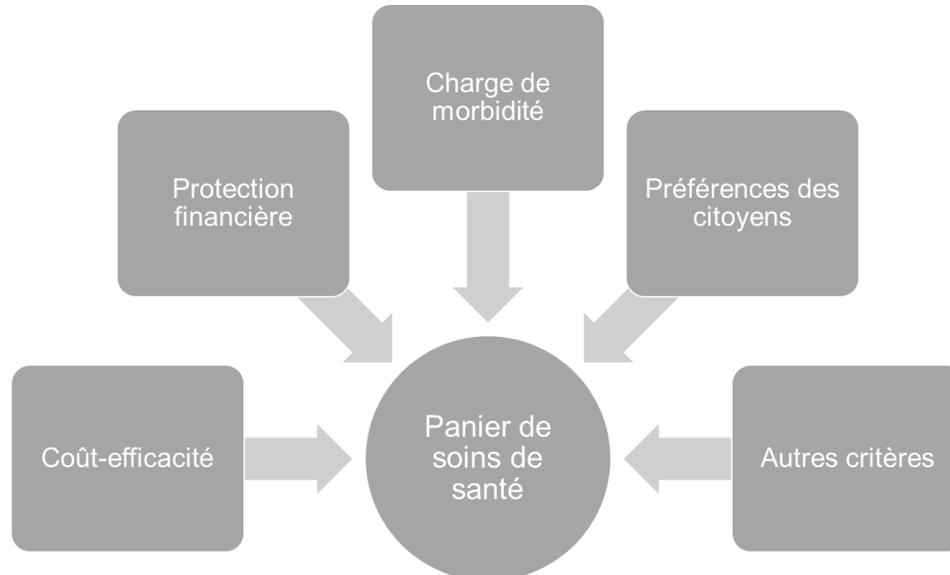
3.5. Autres critères de priorisation

Il existe d'autres critères de priorisation. Par exemple, un pays peut décider d'inclure dans un panier de soins des interventions qui bénéficient à un groupe minoritaire de la population, par exemple les personnes qui souffrent de maladies rares ou des maladies orphelines. Ils peuvent aussi inclure des interventions qui permettent d'assurer l'emploi de certains professionnels de la santé, comme par exemple les kinésithérapeutes ou les dentistes.

3.6. Conclusion

Les critères de priorisation disponibles pour la formulation d'un panier de soins sont multiples (Figure 6). En général chaque pays adopte ses propres critères parmi les catégories décrites précédemment, ce qui fait que deux pays semblables du point de vue de leur développement et de leur épidémiologie, pourraient aboutir à formuler deux paniers de soins différents, à cause des différences des cultures et des valeurs sociales.

Figure 6 Critères de priorisation pour la formulation d'un panier de soins



Le Congo est un pays à revenu moyen où coexistent les maladies infectieuses et les maladies chroniques. Ces dernières vont devenir de plus en plus importantes dans la charge de maladie du pays. En conséquence, le panier de soins que devra adopter le Congo pour l'AMU devra inclure des interventions pour aborder cette double charge.

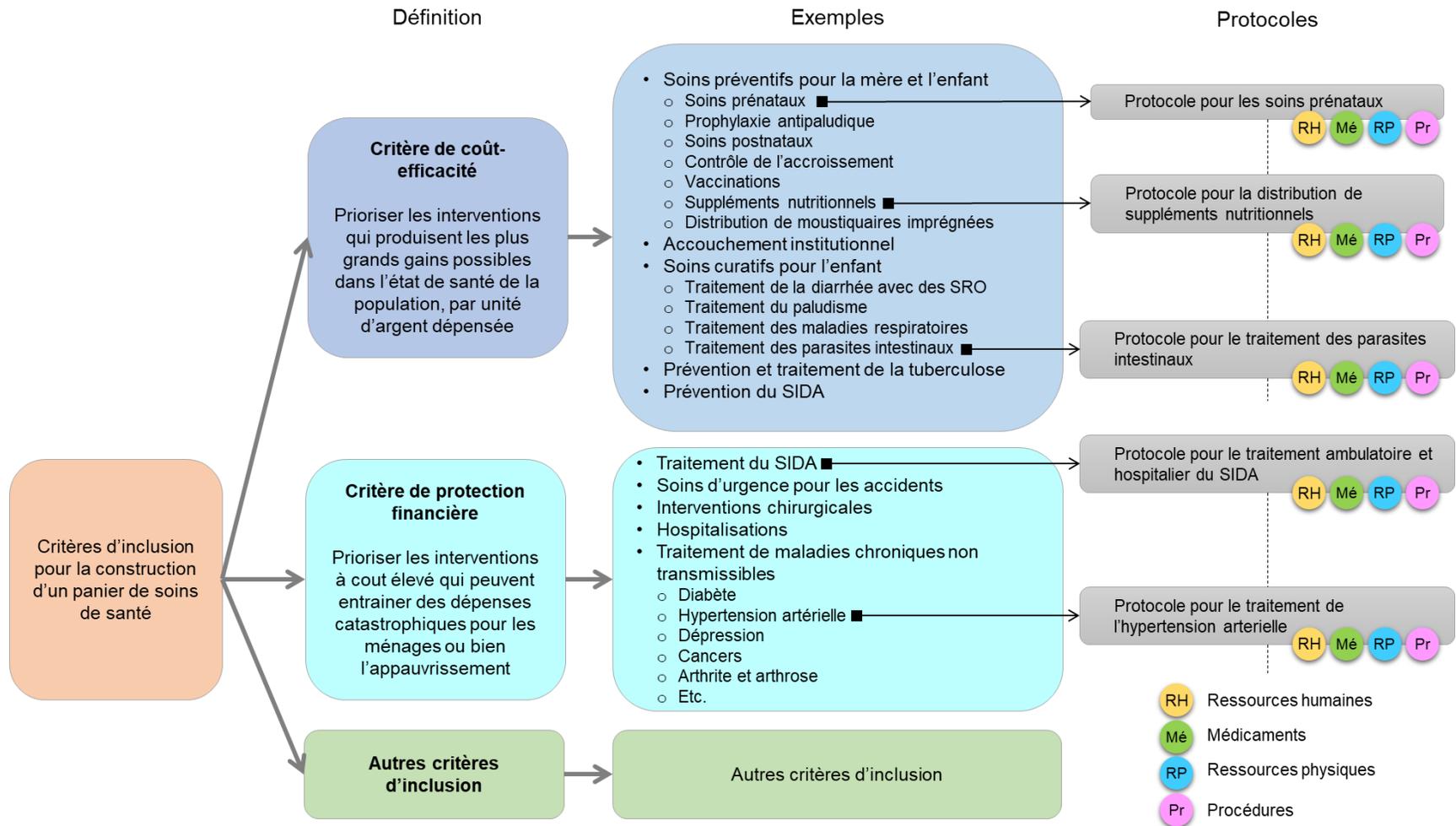
Une étude commissionnée par le Ministère du Travail et Sécurité Sociale en 2017 a proposé un panier de soins pour le Congo. Comme on le montrera dans une section ultérieure de ce rapport, ce panier répond adéquatement aux circonstances du pays, dans le sens qu'il propose d'inclure dans le panier des interventions qui abordent la double charge de la maladie mentionnée dans le paragraphe précédent.

L'inclusion d'une intervention de santé dans le panier de soins implique que le personnel de santé nécessaire pour fournir ces soins, ainsi que les médicaments et les autres ressources à fournir au patient, doivent être disponibles et de bonne qualité. En outre, les actions qui doivent être menées par le personnel de santé doivent être définies de manière explicite. Les protocoles de soins sont l'instrument qui permet d'explicitier les ressources nécessaires pour fournir des soins de santé. Les protocoles spécifient les procédures à suivre, ainsi que les ressources (humaines, physiques, médicaments) qu'interviennent dans la fourniture de ces soins.

La construction d'un panier de soins n'implique pas seulement la liste des interventions qu'il contiendra mais aussi les protocoles de prise en charge qui définissent en détail en quoi consiste chaque intervention ainsi que les soins et autres services qui doivent être fournis aux patients.

La Figure 7 ci-dessous résume les paragraphes précédents : elle présente les possibles critères de priorisation pour la construction d'un panier de soins, fournit des exemples d'interventions à inclure dans le panier et inclut comme élément intégral d'un panier de soins les protocoles de prise en charge.

Figure 7 Critères d'inclusion pour la construction d'un panier de soins de santé et exemples



4. Le calcul du coût d'un panier de soins

Le coût d'un panier de soins est la valeur économique de toutes les ressources qui interviennent dans la production des interventions incluses dans ce panier, y compris les ressources humaines, les médicaments, les équipements, les véhicules et l'infrastructure. Le coût total du panier est représenté dans le panneau de gauche de la Figure 8.

Le coût d'un panier de soins est indépendant de ses sources de financement. Par exemple, les coûts des interventions contenues dans un panier de soins sont généralement financés par une combinaison de diverses sources, y compris le financement provenant du budget public, les paiements faits par les patients à travers un système de recouvrement de coûts, et le financement fourni par les agences de coopération. La distribution hypothétique du financement des coûts de ce panier est illustrée dans le panneau de droite de la Figure 8.

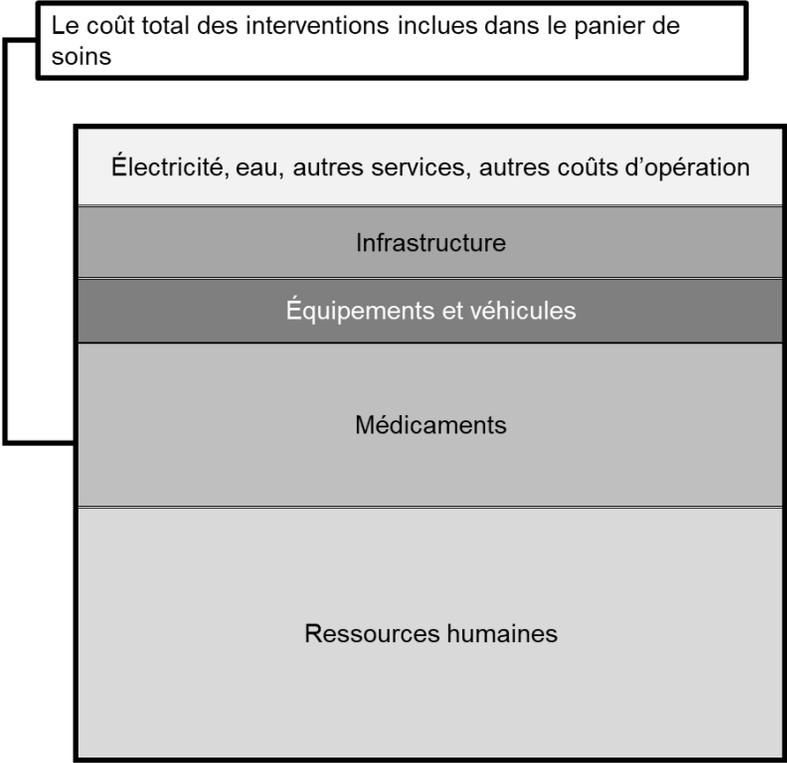
Le calcul du coût d'un panier de soins nécessite des informations sur les *coûts unitaires* des intrants et *le volume attendu de la demande* pour ces soins. Les coûts unitaires des intrants correspondent à la rémunération du personnel qui intervient directement ou indirectement dans la provision de chaque intervention du panier, au temps de travail (minutes ou heures) correspondant, au coût d'achat des médicaments fournis au patient, ainsi qu'au coût des véhicules, équipements et infrastructures employés, directement ou indirectement, dans la fourniture de chaque intervention.

Coûts unitaires : ils représentent la valeur économique des ressources employées pour produire une unité de chaque intervention du panier – par exemple, d'une consultation, d'un accouchement ou d'une intervention chirurgicale.

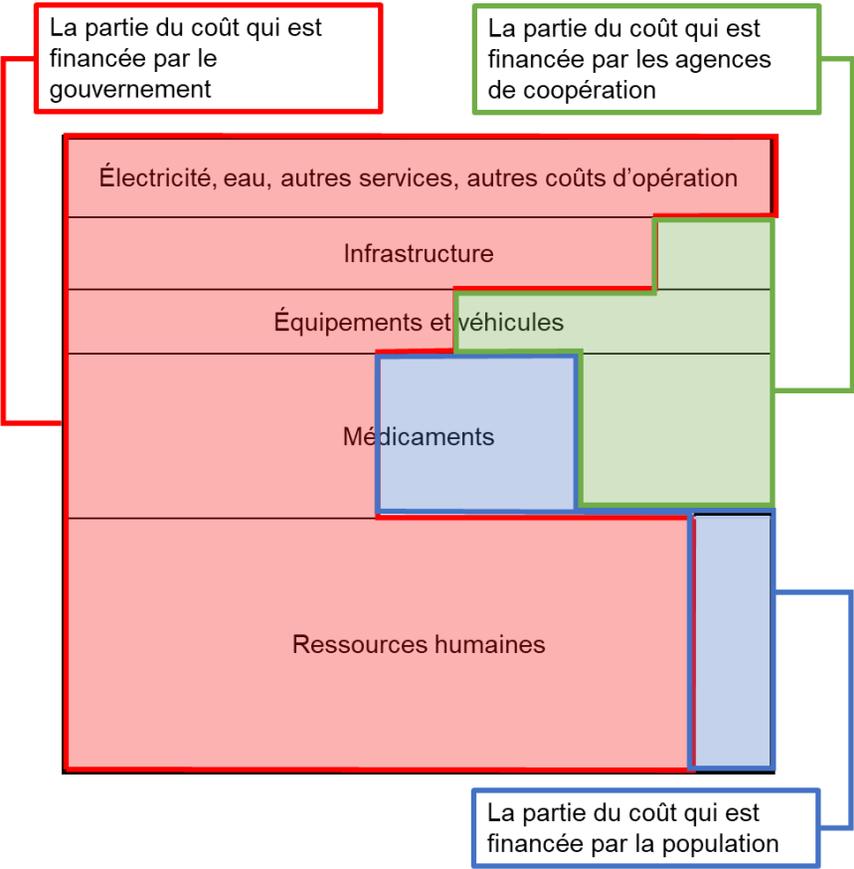
Demande : c'est le volume total attendu d'une intervention du panier (consultation, accouchements, interventions chirurgicales, etc.) qui sera demandé dans une période donnée – par exemple, dans l'année 2018. Pour estimer la demande future d'une intervention, il faut d'abord estimer son *besoin*. Le besoin correspond à la quantité totale de cette intervention que la population nécessitera dans une période future. Par exemple, le besoin en accouchements au Congo dans l'année 2018 sera de 170.676. Ce chiffre s'obtient en multipliant la population du pays, de 4,7 millions d'habitants, par le taux brut de natalité, qui est de 3,6%. Cependant on sait que tous ces accouchements n'auront pas lieu dans une structure de santé (CSI ou hôpital de référence). Une fraction des accouchements, estimée à 70% selon l'Enquête de Démographie et Santé 2011-2012, aura lieu dans une formation publique. Si on suppose que le panier de soins à être financé correspondra aux soins du panier fournis dans des formations publiques, alors la demande attendue sera de 170.676 x 70%, c'est-à-dire, 119.473 accouchements.

Figure 8 Les coûts et le financement d'un panier de soins

Les coûts



Les financement des coûts

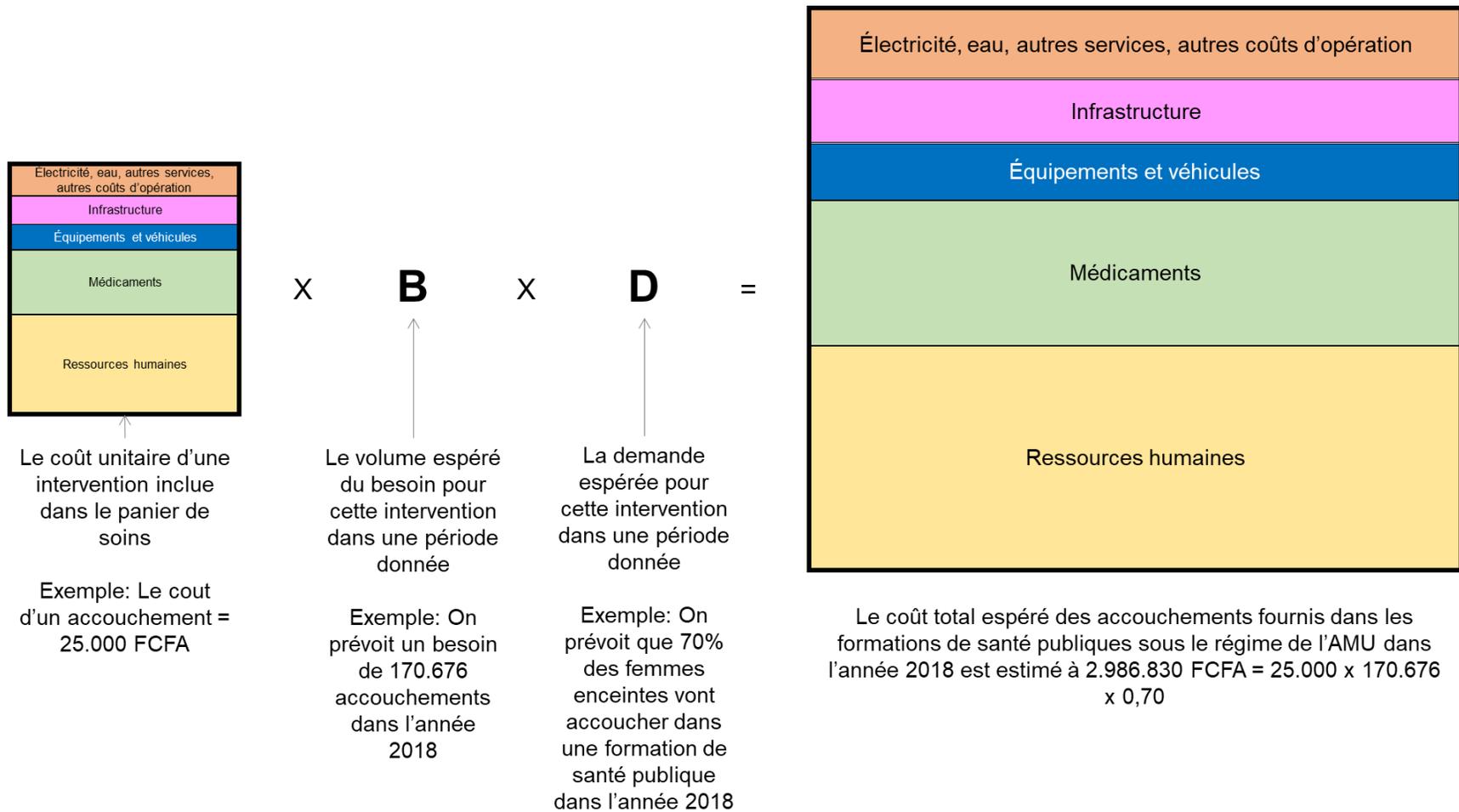


Coût *total de production* : il doit être calculé pour chaque intervention du panier de soins. Pour les accouchements, ce coût espéré serait de 2.986.830.000 FCFA (voir détail du calcul dans le Tableau 2).

Tableau 2 Estimation du coût annuel des accouchements dans les formations de santé publiques au Congo –Exemple hypothétique

Variable	Valeur estimée	Commentaires
Population du pays	4,741,000	Word Bank DataBank
Taux brut de natalité (TBN)	3.6%	Word Bank DataBank
Besoin (nombre total d'accouchements attendus dans le pays)	170,676	Population x TBN
Demande (% des accouchements attendus qui auront lieu dans une formation de sante publique)	70%	Estimation provenant de l'Enquête Démographique et de Santé 2011-2012
Demande (accouchements attendus dans une formation de sante publique)	119,473	Besoin x Demande
Coût unitaire d'un accouchement (FCFA)	25,000	Montant hypothétique
Coût total espéré des accouchements demandés dans le panier de soins (FCFA)	2,986,830,000	Demande x Coût unitaire

Figure 9 Le calcul du coût espéré des accouchements à être fournis par le panier de soins de l'AMU



5. Le financement d'un panier de soins

Les contenus du panier de soins doivent être définis en même temps qu'on considère les ressources potentiellement disponibles pour son financement. Autrement on risque de formuler un panier qui coûtera beaucoup plus que les ressources qui pourraient être disponibles ; ou, contrairement, on pourrait définir un panier de soins trop limité qui n'arriverait pas à dépenser toutes les ressources disponibles pour son financement.

La Figure 10 caractérise la nature itérative du processus de priorisation pour la construction d'un panier de soins. Des priorités initiales sont formulées menant à une première formulation du panier. Les coûts de celui-ci doivent être calculés. Le coût total espéré, par habitant et par an, doit être contrasté avec les ressources privées et publiques disponibles pour son financement. Les ressources privées proviendront de primes d'assurance que pourraient payer certains ménages –ceux qui ne sont pas pauvres et dont un ou plusieurs de leurs membres participant dans le marché formel du travail– ainsi que les tickets modérateurs qui pourraient être imposés pour les interventions du panier.

On doit prévoir qu'une partie du budget public de l'État devrait rester disponible pour financer les interventions de santé hors paquet –par exemple les interventions de santé de nature publique, tels que le contrôle des vecteurs infectieux, ainsi que d'autres interventions individuelles, comme certains soins fournis dans les hôpitaux publics. Le reste du budget de l'État serait disponible pour financer le panier de soins.

Si ces ressources publiques étaient insuffisantes pour financer le panier de soins tel qu'initialement formulé, alors on devrait mener une analyse *de l'espace fiscal*. Cette analyse consiste à déterminer s'il y a des mesures qui permettraient d'augmenter les ressources publiques disponibles pour le financement, soit en augmentant l'efficacité des dépenses ou en trouvant de nouvelles sources de recettes fiscales (voir Cadre 2).

S'il y a un espace fiscal –par exemple, plusieurs pays ont adopté des taxes sur l'alcool et le tabac– alors les recettes fiscales peuvent s'accroître en permettant de financer une partie supplémentaire du panier de soins initialement conçu. Cependant, il se peut que, même avec un plus grand espace fiscal, les ressources publiques resteront insuffisantes pour financer le panier de soins tel qu'initialement proposé. Dans ce cas-là, il sera nécessaire de réduire le panier, jusqu'à un point où son coût espéré à être financé avec des ressources publiques sera égal au financement public disponible.

Cadre 2 Comment accroître l'espace budgétaire ? Les recettes du Fonds Monétaire International

L'espace budgétaire est la marge qui permet au gouvernement d'affecter des ressources à la poursuite d'un objectif déterminé sans mettre en péril la viabilité de sa position financière ou la stabilité de l'économie. Pour accroître l'espace budgétaire un gouvernement peut agir sur deux plans différents :

1. Rationaliser les dépenses et réformer la fiscalité

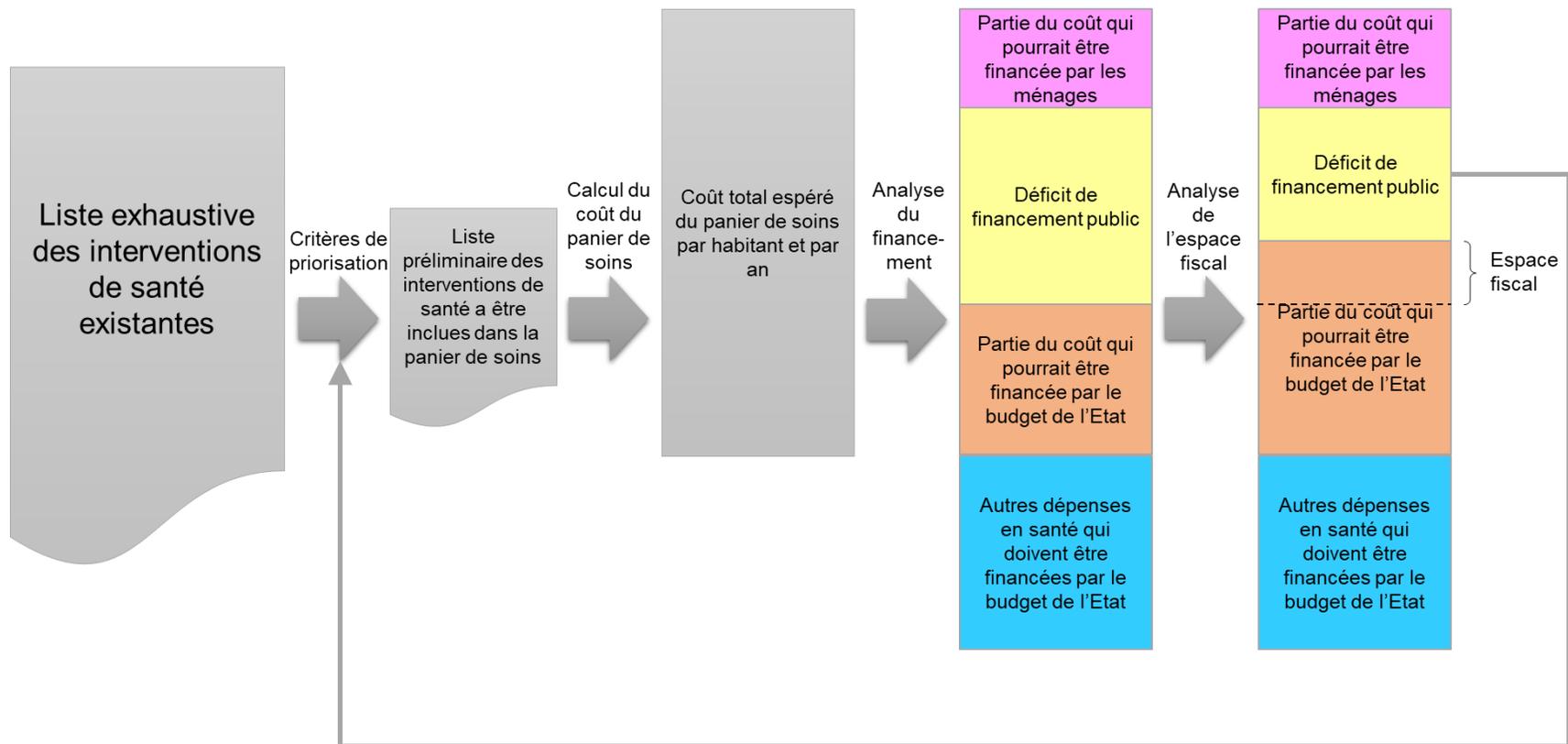
- Réduire les dépenses improductives (subventions, dépenses militaires, salaires)
- Augmenter l'efficacité des dépenses publiques (corruption, bonne gouvernance des dépenses publiques)

2. Mobiliser des ressources supplémentaires

- Accroître les recettes (élargissement de la base d'imposition –15% PIB)
- Recourir à l'emprunt (dettes intérieures et extérieures)
- Dons extérieurs durables et prévisibles
- Conseiller d'éviter d'accroître la monnaie en circulation (inflation et déséquilibres macroéconomiques)

Source : Heller (2005).

Figure 10 Priorisation, calcul du coût, analyse de financement et de l'espace fiscal, ré-priorisation



L'insuffisance de financement public, même après élargir l'espace fiscal, implique que les priorités doivent être revues et le panier de soins réduit, pour s'ajuster au financement disponible

6. Le travail préalable commissionné par le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale

Le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale a commissionné une étude aux consultants du bureau Expertise France pour définir les contenus et calculer le coût du panier de soins à adopter au Congo sous la politique de l'AMU (Expertise France 2017).

6.1. *Contenus du panier de soins proposé pour l'AMU*

Les consultants ont proposé un panier de soins qui comprend principalement des interventions à être fournies au niveau des Centres de santé intégrés (CSI), même si quelques interventions spécialisées, d'obstétriques et d'urgence devront être fournies dans les Hôpitaux de base (HB).

Le rapport du cabinet Expertise France propose un panier composé de deux sous paniers. Le premier, qu'ils appellent « Panier socle », contient des interventions dont le coût serait entièrement couvert par l'AMU. Ceci veut dire que les assurés ne devraient pas payer de ticket modérateur. Le deuxième, au titre de « Panier complémentaire », comprend des interventions qui porteraient un ticket modérateur à établir.

Tableau 3 Le panier socle de référence

Soins et services offert	Commentaires
La santé de la mère et l'enfant jusqu'à 5 ans	
Consultation prénatale	A recentrer selon référentiel
Accouchement simple ou compliqué	Selon normes établies
Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complet	Selon normes établies
Les produits de santé de la reproduction dont les kits consultation prénatal, accouchement et césarienne	Selon liste nationale des médicaments essentiels du Congo, 6e édition
Consultations post natales	Immédiate et à distance pour le suivi gynécologique de dépistage (2 par an)
Consultations curatives	2 par an
Soins essentiels aux nouveau-nés	Selon normes établies
Consultation promotion-nutrition pour l'allaitement et les suppléments (vitamine A, fer, iode) et promotion-vaccinations	2 par an Selon liste nationale des médicaments essentiels du Congo, 6e édition
Vaccinations	Selon programme élargi de vaccination (PEV) et liste nationale des médicaments essentiels du Congo, 6e édition
Promotion de la moustiquaire imprégnée d'insecticides à longue durée d'efficacité	1 par naissance
Les maladies transmissibles et les maladies tropicales négligées	
Lutte contre le paludisme : médicaments et produits médicaux	Selon protocole établi, dans liste nationale des médicaments essentiels du Congo, 6e édition
Lutte contre le VIH/SIDA : disponibilité des ARV et des réactifs à tous les niveaux Prise en charge des affections opportunistes	Selon protocole établi, dans liste nationale des médicaments essentiels du Congo, 6e édition
Lutte contre la tuberculose : le traitement sous observance directe fait partie de la prise en charge	Selon protocole établi, dans liste nationale des médicaments essentiels du Congo, 6e édition
Les maladies non transmissibles	
Prise en charge de l'hypertension artérielle bénigne en CSI (80% des cas)	A partir d'un protocole à bâtir sur la base d'une monothérapie par diurétique Liste nationale des médicaments essentiels du Congo, 6e édition

Tableau 3 Le panier socle de référence

Prise en charge de l'hypertension artérielle échappant au traitement monothérapeutique de première intention : Consultation spécialisée si référencée	A titre d'exemple : un contrôle d'une HTA traitée par 40 mg de furosémide à 160/100 mm d'Hg pourrait être le seuil de référencement 2 CS par an et bithérapie
Prise en charge du diabète gras simple en CSI (80% répondent favorablement à des conseils hygiéno-diététiques simples et une monothérapie)	A partir d'un protocole à bâtir sur la base d'une monothérapie par metformine Liste nationale des médicaments essentiels du Congo, 6e édition
Prise en charge du diabète gras échappant au traitement monothérapeutique de première intention : Consultation spécialisée si référencée	A titre d'exemple, une glycémie à 1,40 gr/l sous 2,5 gr de metformine pourrait être le seuil de référencement 2 CS par an et bithérapie, insulinothérapie si besoin

Source : Expertise France (2017).

Tableau 4 Le panier complémentaire avec ticket modérateur

Soins et services offert	Commentaires
Les maladies transmissibles, les maladies tropicales négligées et les urgences	
Lutte contre les maladies tropicales négligées (ulcère de Buruli, onchocercose, filariose, lèpre.)	Selon protocole établi, dans liste nationale des médicaments essentiels du Congo, 6e édition
Préparation et réponse aux urgences routières et catastrophes	En dehors d'une offre privée très réduite, il n'existe pas d'organisation pour évacuer les blessés. Un forfait incluant le transport par ambulance et 3 jours d'hospitalisation avec les soins et les médicaments peut être proposé.
Les maladies non transmissibles	
Prise en charge de l'hypertension artérielle simple ou échappant à la monothérapie hors CSI sans référencement	Le non-respect du parcours de soins impose l'application du ticket modérateur
Prise en charge du diabète gras simple ou échappant au traitement monothérapeutique de première intention hors CSI sans référencement	Le non-respect du parcours de soins impose l'application du ticket modérateur
Insuffisances respiratoires aiguës	Selon protocole établi, dans liste nationale des médicaments essentiels du Congo, 6e édition

Source : Expertise France (2017).

La plupart des interventions proposées sont dirigées à prévenir et traiter des maladies infectieuses des mères et des enfants, ainsi que celles associées à la grossesse et à la naissance. Cependant, il y a aussi dans le panier des interventions dirigées à traiter deux maladies chroniques qui gagnent de l'importance dans la charge de morbidité du Congo : le diabète et l'hypertension artérielle. En plus, ils proposent de fournir dans le panier une couverture pour certaines maladies tropicales négligées.

Les consultants du cabinet Expertise France ont fourni leurs critères qui les ont conduits à inclure chacune des interventions contenues dans leur proposition de panier.

Concernant *les soins de la mère et l'enfant jusqu'à 5 ans* ils ont signalé :

« L'AMU doit permettre une réelle accessibilité sur l'ensemble du territoire ainsi qu'une gratuité totale dans chacune des formations sanitaires publiques et privées conventionnées. C'est l'ensemble des actes et prestations qu'il convient de prendre en charge dans le cadre de l'AMU, sans mise en place d'un ticket modérateur. »

Pour justifier l'inclusion dans le panier des *maladies transmissibles des enfants et adultes et les maladies tropicales négligées*, ils ont fourni ces arguments :

« Il convient donc, dans un principe de réalité et de sécurisation, de privilégier la prise en charge totale des affections dont la mortalité et la morbidité sont les plus élevées et dont la mise en oeuvre

du traitement, notamment au niveau des CSI, est aisée et réaliste. Les trois pathologies proposées pour le niveau socle (paludisme, VIH-SIDA et tuberculose) répondent ainsi prioritairement à la double analyse « bénéfice-risque » et « coût-efficacité ».

Les autres pathologies transmissibles peuvent être toutes aussi graves si négligées mais beaucoup moins fréquentes. Leur prise en charge peut donc faire l'objet d'un ticket modérateur. Ce ticket modérateur pourrait d'ailleurs disparaître en cas d'épidémie avérée d'une maladie grave comme la fièvre hémorragique à virus Ebola (dernier cas mortel en 2005) ou encore le choléra. »

Enfin, pour justifier l'inclusion de soins pour quelques *maladies non transmissibles*, ils ont indiqué que:

« Ces maladies augmentent rapidement en Afrique en général et au Congo en particulier. Elles sont la conséquence d'un changement rapide de mode de vie et d'une importante transition nutritionnelle.

L'hypertension artérielle avec sa principale complication l'accident vasculaire cérébral et le diabète, première cause d'insuffisance rénale au Congo, présentent les taux d'incidence les plus élevés (32% pour l'HTA et 7% pour le diabète selon l'enquête STEPS de 2004 et 29,7% pour l'HTA et 9,7% pour le diabète en 2015 selon les chiffres de l'OMS).

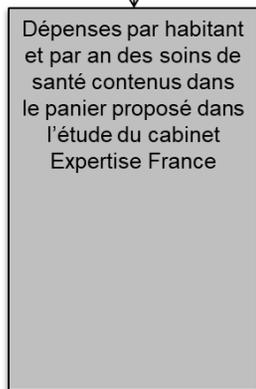
Pour la partie socle du panier, il est proposé de retenir dans un premier temps ces deux pathologies car fréquentes, faciles à traiter et potentiellement dangereuses si négligées. L'approche « coût-efficacité » permet de rationaliser le protocole de prise en charge en imaginant deux niveaux avec référencement. »

6.2. Coûts du panier de soins proposé pour l'AMU

L'étude du cabinet Expertise France n'a pas calculé le coût de ce panier, ou l'on entend comme « coût » la valeur économique de toutes les ressources qui interviennent dans la fourniture de ces interventions à un niveau de qualité standard (voir Glossaire au début de ce rapport). L'étude a plutôt estimé le montant que payerait en moyenne chaque habitant du pays annuellement pour ces soins, sous forme de recouvrement des coûts des utilisateurs. La Figure 11, qu'on explique en détail dans les paragraphes suivants, permet de mieux comprendre cette nuance.

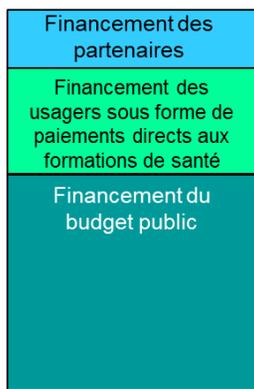
Figure 11 Interprétations des calculs relatifs au panier de soins présentés dans l'étude du cabinet Expertise France

Le coût actuel des soins de santé contenus dans le panier de soins n'est pas connu et n'a pas été estimé par l'étude du cabinet Expertise France. Les Comptes Nationaux de Santé incluent les dépenses associées à ces soins, mais ne font pas explicites ces dépenses, car elles font partie d'un montant global correspondant aux dépenses associées à de tous les soins de santé fournis qu'ils soient ou pas inclus dans le panier



Dépenses

La situation actuelle, avec une qualité qui est souvent sous la norme et des taux d'utilisation des interventions du panier de soins en dessous des taux souhaités de 100% de couverture



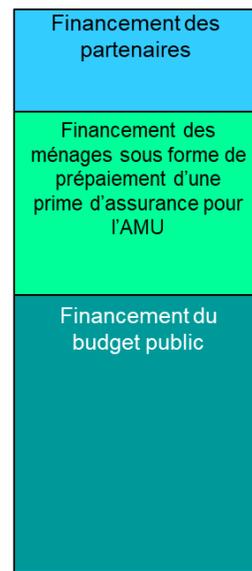
Financement

L'étude conduite par Expertise France n'a pas calculé le coût total de ce panier de soins



Coût

La situation dans le futur, avec une qualité normative et des taux d'utilisation des interventions du panier de soins égaux à 100% des taux souhaités de couverture



Financement

L'augmentation du financement des partenaires nécessaire pour financer un panier de soins de bonne qualité et consommé à 100% par toute la population cible n'a pas été calculé dans l'étude du cabinet Expertise France

Ce que l'étude de ce cabinet a calculé: le financement additionnel nécessaire pour remplacer les paiements directs des patients par un prépaiement fait par les ménages

Le financement public total nécessaire pour l'AMU

Dans le panneau gauche de la Figure 11 on présente de manière schématique la situation actuelle concernant les dépenses et le financement des interventions contenues dans le panier de soins proposé dans l'étude du cabinet Expertise France. Même si cette étude n'a pas calculé les coûts de ce panier de soins, on sait d'avance que l'ensemble des dépenses encourues aujourd'hui par le gouvernement, les ménages et les partenaires, dans la fourniture de ces soins sont inférieures aux coûts normatifs espérés une fois que l'AMU sera mise en place. Ceci pour deux raisons. Premièrement la qualité des soins fournis aujourd'hui est généralement sous la norme –par exemple, il manque des médicaments opportuns et de qualité, le personnel de santé n'est pas toujours celui établi dans la norme, etc. Deuxièmement, les taux d'utilisation de ces soins sont généralement en dessous du taux souhaité, c'est-à-dire, de 100% –par exemple, l'enquête DHS 2011-2012 (p. 132 tableau 9.5) montre que le pourcentage des femmes enceintes ayant reçu deux injections antitétaniques ou plus durant la dernière grossesse n'était que de 60,6%, tandis qu'il devra être de 100% quand la couverture universelle sera atteinte.

D'où proviendra le financement supplémentaire nécessaire pour améliorer la qualité et étendre la couverture des soins du panier proposé et ainsi atteindre l'AMU ? Est-ce-que le gouvernement devra augmenter son budget santé pour financer entièrement ces coûts additionnels ? Est-ce-que les ménages devront faire un plus grand effort pour financer ces coûts en payant des tarifs plus élevés qu'aujourd'hui ? Est-ce-que l'AMU nécessitera un financement additionnel des partenaires de développement ?

L'étude du cabinet Expertise France a supposé que ce financement supplémentaire provienne des ménages congolais. Plus précisément, elle a supposé que les ménages seraient disposés à remplacer ce qu'ils paieraient en matière de recouvrement de coûts par la voie de frais des utilisateurs par un montant égal contribué sous forme de prépaiement volontaire.

Selon cette logique, les ressources que les ménages congolais devraient contribuer annuellement pour financer l'AMU seraient de 52.973 million de FCFA (voir Tableau 5). Puisque les chiffres sur l'utilisation des soins employés dans l'étude du cabinet Expertise France étaient de l'année 2012, ces auteurs les ont actualisés avec le taux de croissance annuelle de la population, ce qui leur donne un montant actuel de financement nécessaire pour l'AMU de 60.045 millions de FCFA, « soit 12.249 FCFA par tête et par an ou 1.021 FCFA par tête et par mois. La taille moyenne de ménage étant de 4,3 personnes, on obtient un coût de 4.389 FCFA par mois et ménage. » (Expertise France 2017)

Tableau 5 Estimation des recettes qui pourraient provenir des patients s'ils payaient les tarifs établis (FCFA et millions de FCFA de 2014)

Intervention dans le panier de soins	Population cible	Tarif par individu dans la population cible (FCFA)	Total (millions de FCFA)
CPN	216.642	15.000	3.250
Accouchement simple	159.521	10.000	1.595
Accouchement dystocique	13.273	55.000	730
Césarienne	13.159	45.000	592
CPoN	185.533	6.000	1.113
Consultations Curatives/Préventives	4.324.488	6.000	25.947
Promotion Nutrition	185.533	4.000	742
Vaccination	182.395	5.000	912
Moustiquaire	182.395	4.000	730
Paludisme simple	218.826	22.000	4.814
Paludisme sévère	115.943	50.000	5.797
VIH/SIDA	21.940	260.000	5.704
Tuberculose	11.512	60.000	691
HTA bénigne	5.484	10.000	55
HTA sévère	1.371	30.000	41
Diabète simple	1.689	15.000	25
Diabète sévère	422	35.000	15
Maladies tropicales	3.000	40.000	120
Urgences	2.000	50.000	100
Montant total à mobiliser pour financer le panier de soins			52.973

Source : Expertise France (2017).

Les suppositions faites dans l'étude du cabinet Expertise France sur la magnitude et l'origine des ressources nécessaires pour financer l'AMU sont discutables pour de différentes raisons. Une première objection à cette logique concerne la supposition qu'il est possible de convertir les tarifs payés par les patients dans les formations publiques en un prépaiement. En effet, là où les formations de santé publiques pratiquent une politique de recouvrement de coûts par l'imposition de tarifs aux utilisateurs, les patients n'ont pas d'autres choix que de payer ces tarifs s'ils veulent être soignés. Mais, que les patients soient prêts à payer X francs CFA sous forme des tarifs actuels n'implique pas qu'ils soient prêts à payer ce même montant comme un prépaiement périodique par ménage ou par membre du ménage, pour ensuite obtenir ces soins sans aucun ticket modérateur.

Ce constat est étayé par le fait que dans la pratique aucun gouvernement dans un pays en voies de développement n'a pu forcer tous les ménages à payer volontairement une prime pour l'assurance maladie. Ce manque de succès se dérive de la présence d'un secteur informel qui souvent dépasse les 90% des ménages. Bitran (2014) a montré, qu'en se basant sur l'expérience d'une douzaine de pays, la grande majorité des ménages du secteur informel ne contribue pas volontairement au financement d'une assurance santé, *même si celle-ci est légalement obligatoire*.

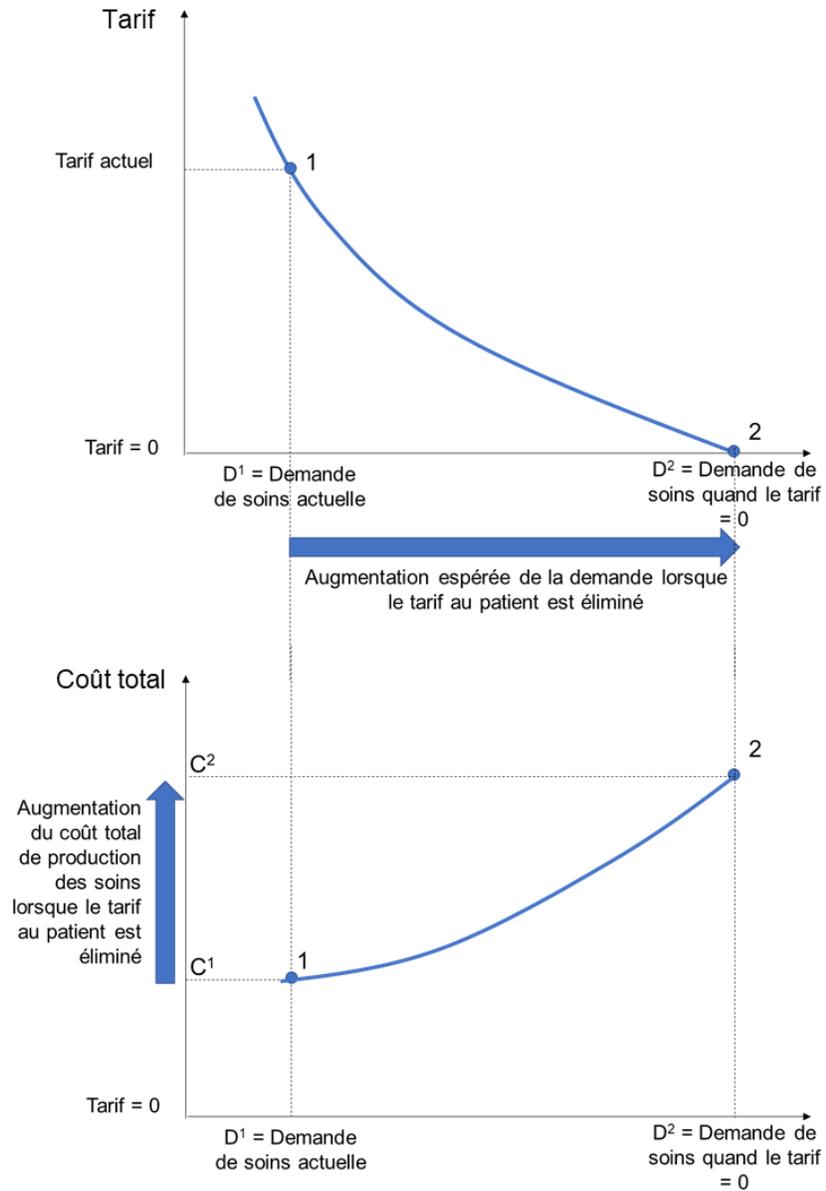
Si un gouvernement souhaite atteindre la couverture universelle en santé, ce qui implique à la fois d'étendre la couverture de services essentiels et d'augmenter la protection financière en santé des populations, il ne pourra que très difficilement récolter un financement important des ménages ; au contraire, il devra plutôt envisager de subventionner la couverture financière de ces ménages avec une augmentation considérable et progressive du budget de l'Etat dans un premier

temps. En revenant sur la Figure 11, le financement public (provenant du trésor de la nation) nécessaire pour financer une politique d'AMU est représenté par la somme des deux rectangles verts dans le panneau de droite.

Une deuxième objection à la logique de l'étude du cabinet Expertise France répond à la nature de la demande pour les soins de santé. A présent, la demande pour les soins du panier proposé est modérée par les tarifs que doivent payer les patients. Si ces tarifs étaient éliminés et à leur place un prépaiement était imposé à tous les ménages du pays, la demande des soins inclus dans le panier augmentera considérablement à cause de l'élimination des tarifs (voir Figure 12 ci-contre). Ceci entrainera une augmentation des coûts totaux de production des soins compris dans le panier. Cependant, cette augmentation n'a pas été considérée dans l'étude du cabinet Expertise France.

Dans les sections suivantes on aborde le sujet du financement de ce panier de soins mais au préalable, nous présenterons les recommandations des experts congolais concernant trois sujets : le contenu du panier, les méthodes employées par les consultants du cabinet Expertise France pour le calcul de son coût, et les hypothèses faites par rapport à son financement.

Figure 12 Conséquences de l'élimination d'un tarif direct au patient et son remplacement par un prépaiement fait par le ménage



Source : Les auteurs.

6.3. Analyse du travail effectué par les consultants du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale.

Le MSP a organisé un atelier technique qui s'est tenu au Ministère des Affaires Etrangères, avec la participation du cabinet Expertise France, d'autres institutions publiques, de l'Agence Française pour le Développement (AFD) et des représentants de la Banque Mondiale le 24 mai 2017 pour revoir les propositions du cabinet Expertise France concernant le contenu du panier de soins, ses coûts et son financement.

Les participants à l'atelier se sont accordés sur la pertinence de toutes les interventions incluses dans le panier de soins pour l'AMU, ainsi que sur les critères retenus. De plus, ils ont conclu que les interventions incluses étaient cohérentes avec un ensemble de critères généraux de priorisation. Dans la Figure 15 on indique les critères généraux de priorisation (proposés dans la section 2 de ce rapport) remplis par chacune des interventions proposées.

En effet, les soins de la mère et l'enfant compris dans la proposition de panier sont dans leur majorité des interventions coût-efficaces (voir Encadré 4). D'autre part, plusieurs interventions incluses dans le panier sont coûteuses (par exemple, les antirétroviraux pour le traitement du VIH/SIDA), et donc leur inclusion fournit une protection financière aux ménages qui en ont besoin, particulièrement les plus démunis. D'autres interventions contribuent de manière efficace à la diminution de la charge de morbidité au Congo, en réduisant la mortalité infantile et maternelle (la consultation prénatale) ou la morbidité croissante chez les adultes résultant de maladies non transmissibles (diabète et hypertension artérielle).

En somme, les principales conclusions de cet atelier furent les suivantes :

1. Les contenus du panier proposé sont justifiés selon les critères de coût-efficacité (voir Encadré 4), protection financière, charge de morbidité et autres.
2. Les interventions prioritaires suivantes devraient être ajoutées dans le panier : la planification familiale et les hospitalisations pour soins chirurgicaux (césarienne, appendicectomie, herniorraphie). L'inclusion de la planification familiale est justifiée étant donnée la faible disponibilité et consommation de ces services, comme le montre l'Encadré 1.
3. L'étude du cabinet Expertise France n'a pas calculé le coût normatif du panier de soins. Il n'a calculé que le financement que devraient apporter les ménages par la voie de tarifs payés aux formations de santé publiques pour contribuer au financement de ce panier.
4. Le postulat implicite établi dans l'étude Expertise France selon lequel le financement provenant des tarifs payés par les patients pourrait devenir des contributions volontaires faites par les ménages sous forme de prépaiements était non réaliste.
5. La même étude n'a pas estimé les besoins de financement pour l'AMU en supposant qu'elle adoptera le panier de soins proposé.

6. Il serait nécessaire de calculer le coût normatif du panier de soins proposé par le cabinet Expertise France et élargi lors de l'atelier. Ce coût devrait se baser sur des protocoles de soins universellement acceptés.
7. Il serait nécessaire également de proposer un plan de financement pour l'AMU.

Encadré 3 Enquête Démographique et de Santé au Congo (EDSC) : Principaux résultats concernant la planification familiale

Cette enquête standard est menée depuis plusieurs décennies dans presque une centaine de pays en voie de développement dans le monde, y compris au Congo. La planification familiale figure parmi les services de santé inclus dans l'EDCS. Les conclusions de la version plus récente de l'EDSC (2011-2012) concernant la planification familiale furent les suivantes :

- Dans l'ensemble, 44 % des femmes utilisaient, au moment de l'enquête, une méthode quelconque : dans 22 % des cas, il s'agissait d'une méthode moderne et 22 % utilisaient une méthode traditionnelle. Parmi les méthodes contraceptives modernes, c'est le préservatif masculin qui est le plus fréquemment utilisé (16 %). Les femmes qui utilisaient une méthode traditionnelle utilisaient, en majorité, la méthode du rythme (16 %).
- La prévalence contraceptive moderne varie d'un minimum de 6 % dans la Cuvette-Ouest à un maximum de 27 % à Pointe-Noire.
- La prévalence contraceptive moderne augmente avec le niveau d'instruction des femmes, variant de 11 % parmi celles qui n'ont aucun niveau d'instruction à 29 % parmi celles qui ont un niveau secondaire 2nd cycle ou plus (Centre National de la Statistique et des Études Économiques (CNSEE) 2012).

Une analyse de l'évolution des taux d'utilisation des méthodes contraceptives entre 2005 et 2011-12 montre que, même si le taux d'utilisation de n'importe quelle méthode a resté à peu près constant, il y a eu une augmentation dans la proportion des utilisateurs qui préfèrent les méthodes modernes. Cependant, les différences dans les milieux urbain et rural, ainsi que parmi les quintiles de bien-être économique se sont maintenues.

Figure 13 Utilisation de la contraception par milieu de résidence, 2005 et 2011-12 (%)

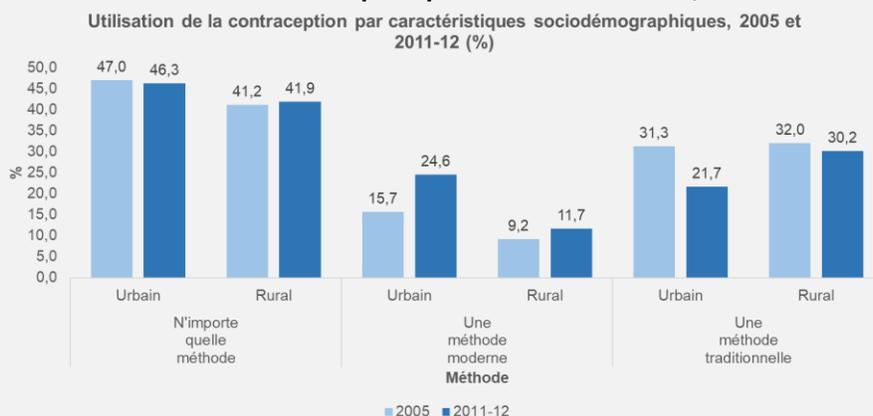


Figure 14 Utilisation de la contraception par quintile de bien-être économique, 2005 et 2011-12 (%)

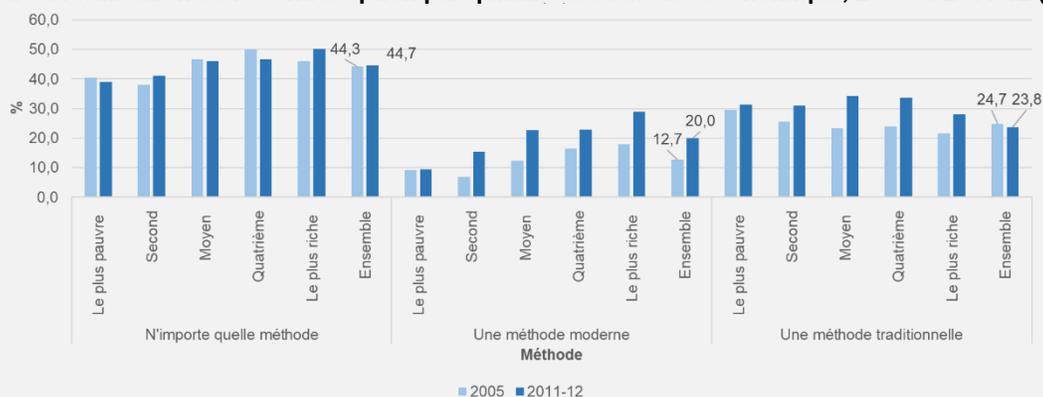


Figure 15 Contenus du panier de soins proposé para les consultants du Ministère du Travail et de la Protection Sociale

	Cout- efficacité	Protection financière	Charge de morbidité	Autres critères
La santé de la mère et l'enfant jusqu'à 5 ans				
Consultation prénatale	X		X	
Accouchement simple ou compliqué	X	X	X	
Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complet	X	X		
Les produits de santé de la reproduction dont les kits consultation prénatal, accouchement et césarienne		X	X	
Consultations post natales	X			
Consultations curatives		X	X	
Soins essentiels aux nouveau-nés	X			
Consultation promotion-nutrition pour l'allaitement et les supplémentations (vitamine A, fer, iode) et promotion-vaccinations	X			
Vaccinations	X	X	X	
Maladies transmissibles, maladies tropicales négligées et les urgences				
Lutte contre le paludisme : médicaments et produits médicaux	X	X	X	
Lutte contre le VIH/SIDA : disponibilité des ARV et des réactifs à tous les niveaux; prise en charge des affections opportunistes		X	X	
Lutte contre la tuberculose : le traitement sous observance directe fait partie de la prise en charge	X	X	X	
Lutte contre les maladies tropicales négligées (ulcère de Buruli, onchocercose, filariose, lèpre.)			X	
Préparation et réponse aux urgences routières et catastrophes		X		X
Les maladies non transmissibles				
Prise en charge de l'hypertension artérielle bénigne en CSI (80% des cas)		X	X	
Prise en charge de l'hypertension artérielle échappant au traitement monothérapeutique de première intention : Consultation spécialisée si référencée		X	X	
Prise en charge du diabète gras simple en CSI (80% répondent favorablement à des conseils hygiéno-diététiques simples et une monothérapie)		X	X	
Prise en charge du diabète gras échappant au traitement monothérapeutique de première intention : Consultation spécialisée si référencée		X	X	
Prise en charge de l'hypertension artérielle simple ou échappant à la monothérapie hors CSI sans référencement		X	X	
Prise en charge du diabète gras simple ou échappant au traitement monothérapeutique de première intention hors CSI sans référencement		X	X	
Insuffisances respiratoires aiguës		X	X	

Encadré 4 Coût-efficacité de quelques interventions de santé

Le rapport *Priorités en matière de santé* (Jamison, Breman et al. 2006) présente les résultats de différentes études menées dans le monde sur la relation coût-efficacité de plusieurs interventions de santé fournies dans les différents niveaux d'un système de santé (voir Tableau 6 ci-dessous). Pour simplifier l'interprétation de ces résultats, ces auteurs montrent la quantité de bonne santé qui pourrait être obtenue si un gouvernement dépensait un million de dollars dans chacune des interventions. La quantité de bonne santé est mesurée en années de vie corrigée du facteur d'invalidité (AVCI), une mesure habituelle employée dans ces types d'études. Parmi les interventions les plus coût-efficaces dans ce tableau se trouvent l'amélioration des soins offerts aux enfants de moins de 28 jours (notamment la réanimation des nouveau-nés), l'extension de la couverture vaccinale pour l'enfance et le recours aux artémisinines pour le traitement du paludisme résistant, trois interventions fournies au niveau des formations de soins de santé primaires.

Tableau 6 Gains de santé potentiels avec USD 1 million

Service ou Intervention	Coût par AVCI (USD)	AVCI gagnées par USD million dépensé
Réduction de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans		
1. Amélioration des soins offerts aux enfants de moins de 28 jours (notamment la réanimation des nouveau-nés)	10–400	2.500–100.000
2.1 Extension de la couverture vaccinale au moyen de vaccins pédiatriques habituels	2–20	50.000–500.000
2.2 Ajout des vaccins contre d'autres maladies au programme d'immunisation systématique des enfants (surtout contre l'haemophilus influenza et l'hépatite B)	40–250	4.000–24.000
3. Adoption du recours à l'association de médicaments (les ACT) contre le paludisme en cas de résistance aux médicaments actuels qui sont peu coûteux et très efficaces (Afrique subsaharienne)	8–20	50.000–125.000
Prévention et traitement du VIH/SIDA		
4. Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (TAR–névirapine — prophylaxie de la mère ; substituts du lait maternel)	50–200	5.000–20.000
5. Traitement des ITS pour interrompre la transmission du VIH	10–100	10.000–100.000
6.1 TAR qui fait l'objet d'une forte adhésion de la part d'un grand pourcentage de patients	350–500	2.000–3.000
6.2 TAR qui fait l'objet d'une forte adhésion de la part d'un petit pourcentage de patients		En raison du caractère très limité des gains réalisés par le patient et de potentiels changements défavorables de comportement chez les populations, il est probable que plus de vies soient perdues que sauvées.
Prévention et traitement des maladies non transmissibles		
7. Imposition de taxes sur les produits du tabac	3–50	20.000–330.000
8.1 Traitement de l'infarctus aigu du myocarde ou des crises cardiaques au moyen d'un ensemble de médicaments peu coûteux	10–25	40.000–100.000
8.2 Traitement de l'infarctus aigu du myocarde au moyen de médicaments peu coûteux et de la streptokinase (ici les coûts et les AVCI s'ajoutent aux résultats qu'on aurait obtenus en utilisant uniquement des médicaments peu coûteux)	600–750	1.300–1.600
9. Traitement à vie des patients ayant souffert de crise cardiaque et d'accident vasculaire cérébral au moyen de « poly-comprimé » combinant 4 à 5 médicaments préventifs sans brevet	700–1.000	1.000–1.400
10.1 Pontage aortocoronarien par greffe ou pontage dans des cas à haut risque identifiables, tels que la maladie de l'artère coronaire gauche principale (s'ajoute à 9)	>25.000	<40
10.2 Pontage relatif à une maladie moins grave de l'artère coronaire (s'ajoute à 9)	Très élevé	Négligeables
Autre		
11. Détection et traitement du cancer du col de l'utérus	15–50	20.000–60.000
12. Ouverture d'un pavillon service de chirurgie de base au niveau de l'hôpital de district s'occupant tout particulièrement des cas de traumatisme, de grossesse à haut risque et d'autres états généralement soignés au moyen de la chirurgie	70–250	4.000–15.000

Source : Jamison, Breman et al. (2006).

7. Objectifs et méthodologie de calcul du coût du panier de soins

Cette section présente les objectifs, méthodes et résultats du calcul du coût du panier de soins de l'AMU au Congo.

7.1. Objectifs

L'objectif général était de calculer le coût total et par habitant par an du panier de soins de l'AMU, en considérant les différents scénarios concernant les interventions qui composent le panier de soins, la vitesse avec laquelle augmentera le taux de couverture des interventions de ce panier, et les suppositions relatives aux coûts des intrants nécessaires pour fournir ces soins.

7.2. Méthodes

Scénarios

Douze scénarios différents ont été retenus pour calculer le coût du panier de soins, en fonction des variables :

- Interventions contenues dans le panier de soins
- Vitesse d'augmentation de la couverture des interventions du panier
- Coûts des médicaments génériques utilisés dans le panier

Ces douze scénarios sont décrits ci-dessous.

Scénarios sur les contenus du panier de soins

Trois versions différentes du panier de soins de l'AMU ont été retenues dans trois scénarios. Le Scénario 1 considère un panier « à minima » comprenant l'ensemble des interventions préventives et curatives pour la mère et l'enfant de moins de 5 ans proposées dans l'étude du cabinet Expertise France ainsi que le traitement des maladies tropicales négligées. Un deuxième scénario considère un panier « moyen » qui contient, additionnellement, la planification familiale et le traitement des deux maladies non transmissibles : le diabète et l'hypertension. Finalement, le troisième scénario définit un panier « grand » qui ajoute aux interventions déjà incluses, le traitement du VIH/SIDA et de la tuberculose, ainsi que les hospitalisations pour les chirurgies pour trois causes fréquentes d'hospitalisation : la césarienne seule, l'appendicectomie et l'herniorraphie (cure de la hernie).

Tableau 7 Scénarios pour les contenus du panier de soins de l'AMU

Groupes d'interventions	Scénario 1 : Panier à minima	Scénario 2 : Panier moyen	Scénario 3 : Panier grand
Soins pour la mère et l'enfant	Oui	Oui	Oui
Maladies tropicales négligées	Non	Oui	Oui
Maladies non transmissibles (diabète, hypertension)	Non	Oui	Oui
Planification familiale	Non	Oui	Oui
VIH/SIDA	Non	Non	Oui
Tuberculose	Non	Non	Oui
Trois chirurgies majeures et mineures fréquentes	Non	Non	Oui

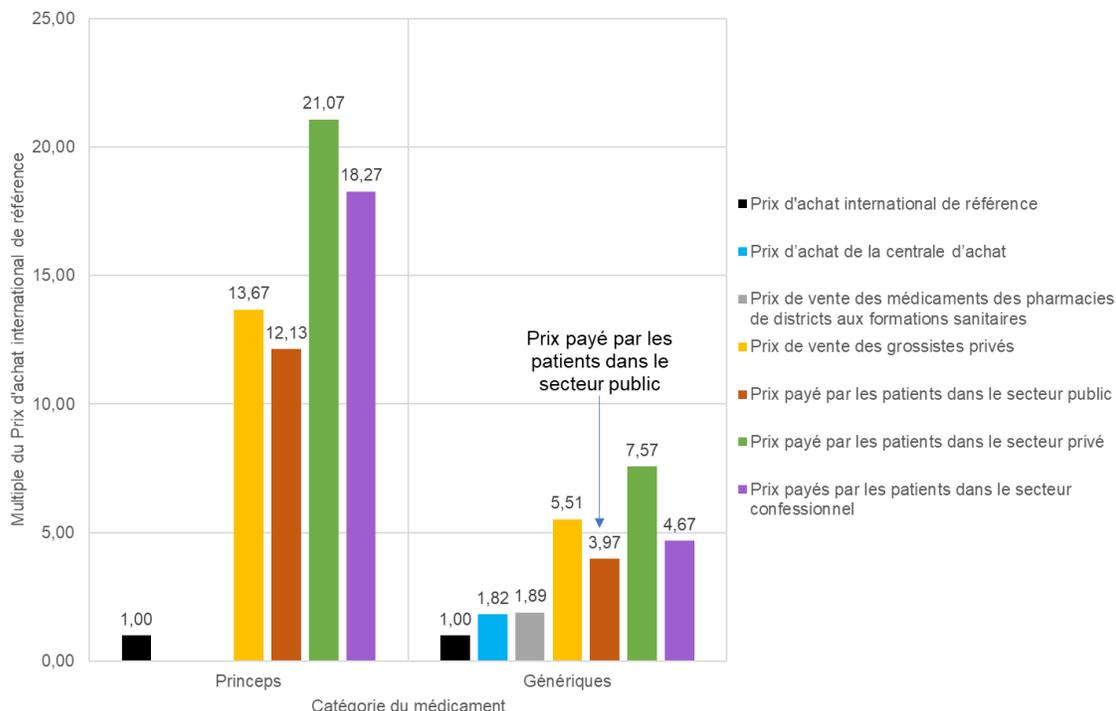
Scénarios sur la vitesse d'augmentation de la couverture des interventions du panier

Le calcul du coût total de la provision du panier de soins de l'AMU a aussi considéré de différents scénarios concernant la vitesse avec laquelle augmente la couverture de la population jusqu'à atteindre les 100%. Dans un scénario d'augmentation « réaliste » de la couverture, on a supposé qu'elle augmente de 20% vers l'année 2022 en relation avec le niveau actuel. Par exemple, la couverture actuelle de 60,6% pour le vaccin antitétanique pour les femmes enceintes augmenterait jusque 72,7% ($60,6 \times 1,20$) vers l'année 2022. Dans un autre scénario « optimiste » on a supposé que la couverture atteindrait 100% vers l'année 2022. L'Annexe C présente les sources d'informations concernant la couverture actuelle des interventions du panier de soins ainsi que les suppositions faites pour projeter la couverture jusqu'à l'année 2022.

Scénarios sur les coûts des médicaments génériques employés dans le panier

Un élément additionnel a été pris en compte pour le calcul du coût du panier de soins : les coûts des médicaments génériques. Suivant ce principe les consultants de la Banque Mondiale ont suivi la recommandation des participants de l'atelier d'employer les prix internationaux des médicaments génériques. Cependant, l'évidence ramassée dans une étude de l'OMS sur le marché des médicaments au Congo a montré que les patients paient en moyenne pour les médicaments génériques un prix qui est 3,97 fois plus élevé que le prix de référence international (PRI ; voir Figure 16, ci-dessous) (OMS 2014). Pour bien refléter le coût réel des médicaments génériques qui seront employés dans la fourniture du panier de soins, les consultants de la Banque Mondiale ont donc choisi comme prix approprié pour le calcul du coût du panier de soins de l'AMU un prix égal à 3,97 fois le prix international de référence.

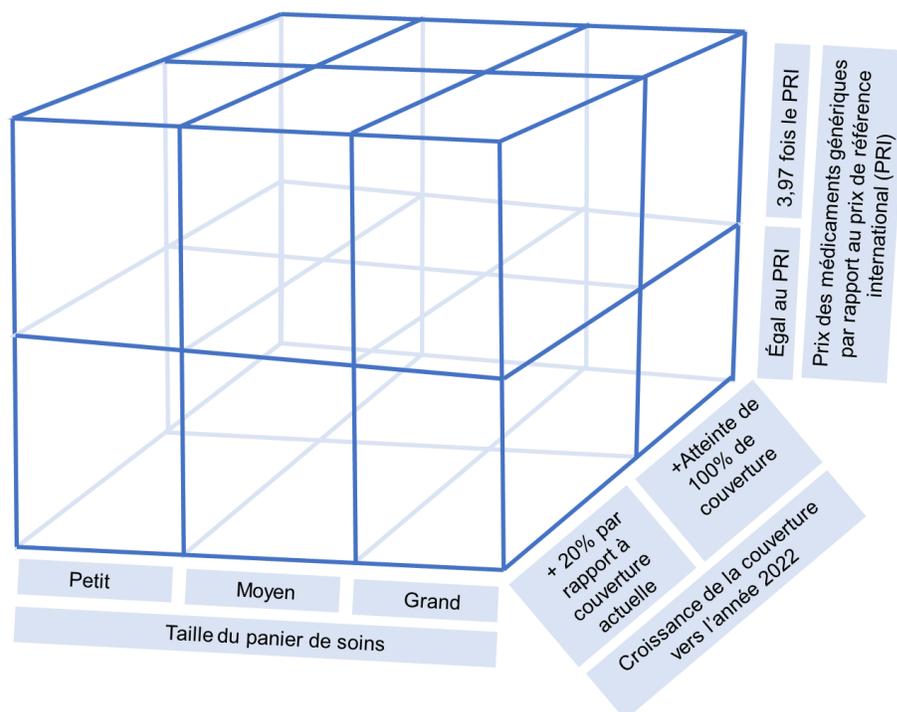
Figure 16 Prix des médicaments au Congo comme multiples du prix d'achat international de référence



Source : Les auteurs avec les informations contenues dans OMS (2014).

Les trois scénarios relatifs à la taille du panier de soins (A : À minima , B : Moyen, C : Grand) combinés avec 2 scénarios concernant la vitesse d'augmentation de la couverture de la population (1 : Réaliste, augmentation de 20% ; 2 Optimiste, augmentation jusqu'à 100%) ont donné lieu à 6 scénarios pour le calcul du coût du panier de soins. En plus on a considéré 2 scénarios pour les prix des médicaments génériques, un scénario « optimiste » où l'on a supposé que le prix au Congo soit égal au PRI et un autre scénario « réaliste » où on a adopté un prix égal à 3,97 fois le PRI. Ces deux scénarios additionnels, combinés avec les 6 autres scénarios, ont donné lieu à un total de 12 scénarios différents pour le calcul du coût du panier (voir Figure 17).

Figure 17 Les 12 scénarios définis pour le calcul du coût du panier de soins de l'AMU au Congo



Source : Les auteurs.

Collecte de données sur le terrain

Une enquête a été développée et menée sur le terrain dans un échantillon de centres de santé intégrés et hôpitaux de base pour collecter des informations sur l'utilisation des interventions offertes, la quantité, les types et les coûts des ressources humaines, la productivité du personnel de la santé, la disponibilité et la condition des équipements et les prix de médicaments. L'instrument de cette enquête se présente en Annexe A.

L'objectif principal de cette enquête était d'obtenir des informations sur le terrain concernant les coûts réels du personnel soignant ainsi que des ressources humaines administratives et d'obtenir les prix des médicaments disponibles dans les formations de santé enquêtées.

L'emploi de l'outil « OneHealth Tool » pour calculer l'utilisation des interventions et les coûts directs du panier de soins

Pour calculer les coûts directs de production des interventions contenues dans le panier de soins, les consultants de la Banque Mondiale ont employé le logiciel spécialisé « OneHealth Tool » (Datta, Winfrey et al. 2016). Cet outil est un modèle qui aide dans la planification stratégique des politiques de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire. OHT facilite une évaluation des besoins en ressources associés à des interventions stratégiques clés et les coûts y afférents, en mettant l'accent sur la planification intégrée et le renforcement des systèmes de santé. Ce modèle vise à exploiter les composants les plus utiles des différents logiciels qui existent actuellement et qui sont conçus de manière modulaire, permettant de calculer les coûts d'interventions spécifiques ou bien ceux du système de santé. Le développement de OHT est supervisé par un groupe composé d'experts des agences des Nations Unies et des institutions de développement.¹

La Figure 19 présente la logique de OHT. Le logiciel saisit les prix des ressources humaines et des médicaments et autres produits pharmaceutiques, ainsi que la population du pays ou région et les données épidémiologiques sur la prévalence et l'incidence des maladies.

L'élément essentiel de OHT est un ensemble de *protocoles médicaux* associés à chaque intervention de santé incluse dans le logiciel. Celui-ci inclut un grand éventail d'interventions :

- Santé maternelle et du nouveau-né et santé reproductive
- Santé de l'enfance
- Vaccination
- Malaria
- Tuberculose
- VIH/SIDA
- Nutrition
- WASH
- Maladies non-transmissibles
- Maladies mentales, neurologiques et désordres liés à la consommation de substances
- Santé de l'adolescent
- Maladies tropicales négligées

Un protocole établit les ressources humaines, médicaments, équipements et procédures qui sont indiqués pour fournir des soins préventifs ou curatifs pour chaque patient. Les différents protocoles définis dans OHT pour chacune des interventions incluses dans ce logiciel représente un consensus technique international sur les meilleurs pratiques de la médecine.

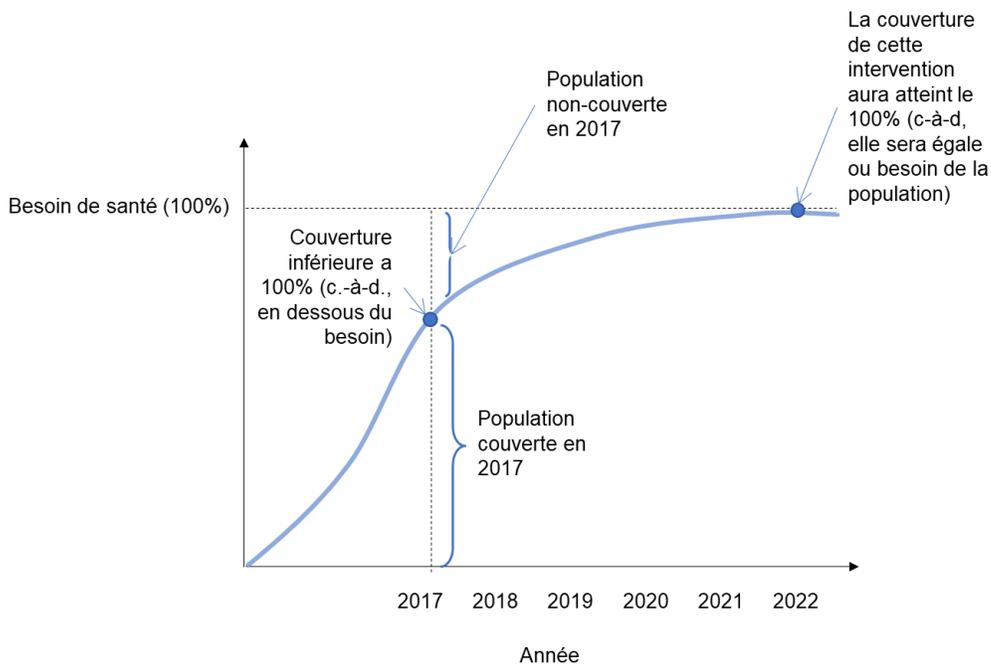
Le modèle OHT calcule les *besoins en santé* de la population à partir des données démographiques et épidémiologiques définies par l'utilisateur dans chacune des années considérées dans

¹ <http://www.avenirhealth.org/software-onehealth.php>

l'horizon de projection. Ces besoins de santé représentent les volumes des interventions du panier de soins qui doivent être délivrés afin de couvrir tous les besoins de la population, c'est-à-dire, pour arriver à une couverture de 100%.

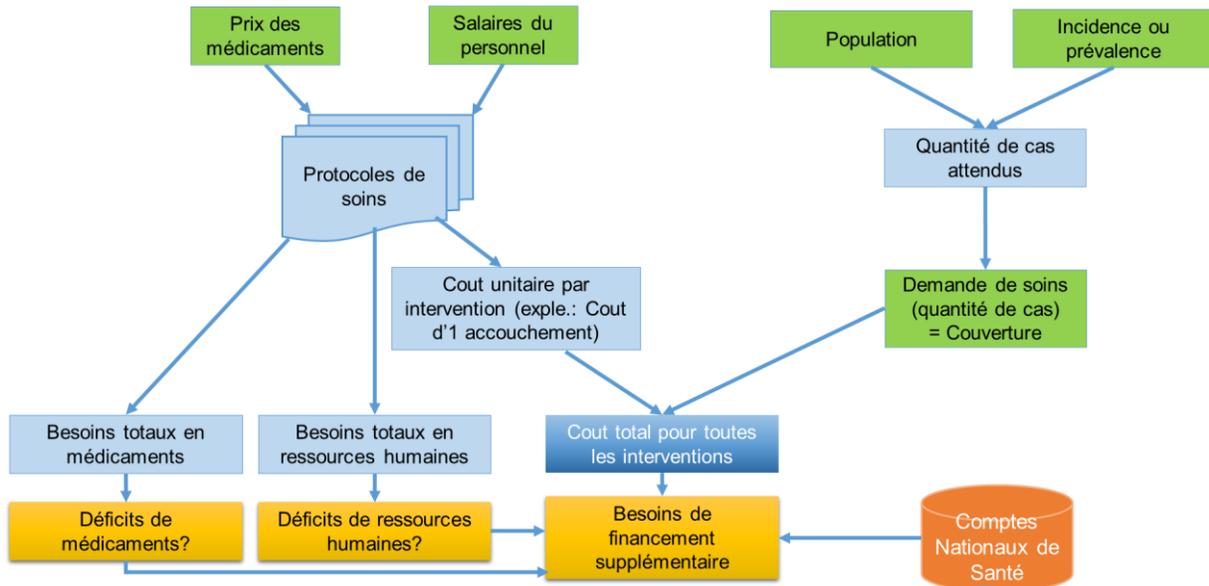
Le logiciel permet à l'utilisateur de définir la couverture présente et future pour chaque type d'intervention. Une couverture de 100% pour une intervention spécifique veut dire que tous les habitants qui ont besoin de cette intervention effectivement vont l'obtenir. Dans la plupart des cas, l'utilisation réelle sera inférieure à 100% et ce sera l'utilisateur qui devra la préciser à partir des informations locales (voir Figure 18). Par exemple, l'utilisateur peut définir comme couverture de base pour le vaccin antitétanique pour les femmes enceintes le chiffre de 60,6% fourni par l'enquête DHS 2011-2012. Il peut également supposer que cette couverture augmentera annuellement jusqu'à atteindre 100% dans une année future. Comme on l'a expliqué plus haut, les consultants ont supposé deux scénarios concernant l'évolution future de la couverture des interventions du panier de soins, un scénario « réaliste » où la couverture en 2022 sera 20% plus élevée qu'aujourd'hui, et un scénario « optimiste », où la couverture en 2022 aura atteint le 100%.

Figure 18 Évolution de la couverture d'une intervention le long du temps



Le modèle combine l'information saisie par l'utilisateur sur les prix des intrants (ressources humaines, produits pharmaceutiques) avec l'information sur l'emploi des intrants définie dans les protocoles de soins pour calculer premièrement la consommation des intrants. C'est-à-dire, un premier résultat important de logiciel est les quantités de ressources humaines et pharmaceutiques qui seront nécessaires pour pouvoir fournir les soins du panier à un niveau donné de couverture.

Figure 19 Le fonctionnement du logiciel OHT pour le calcul du cout espéré d'un panier de soins



Source : Les auteurs.

Deuxièmement, le calcul de la consommation des intrants que fait OHT, combiné avec l'information sur les coûts des intrants, permet au modèle de calculer le *coût unitaire* de chaque intervention. Pour ce faire, pour chaque intervention et année, le logiciel fait la multiplication du coût unitaire de l'intervention et de son utilisation projetée, en obtenant le coût total espéré pour cette intervention. La somme de ce coût pour l'ensemble des interventions comprises dans le panier de soins est le principal résultat d'OHT et représente le coût total du panier de soins.

$$\text{Coût total de panier soins par an} = \sum_{j=1}^{N \text{ interventions du panier}} \text{Coût unitaire intervention}_j$$

Calcul des coûts indirects des ressources humaines médicales

Les ressources humaines médicales nécessaires pour fournir les soins compris dans le panier incluent les médecins, infirmiers, accoucheuses, laborantin, kinésithérapeutes, pharmaciens et nutritionnistes. Lorsqu'on compare les besoins de ces ressources humaines médicales, nécessaires selon OHT pour fournir les soins du panier à tous les congolais à 100% de couverture, avec la disponibilité de ressources humaines dans les formations publiques de santé du pays, on observe que les besoins sont très en dessous de la disponibilité. En d'autres mots, même si toute la population congolaise recevait tous les soins du panier avec une couverture de 100%, il y aurait un surplus de ressources humaines dans les centres de santé intégrés et dans les hôpitaux de base.

Qu'il y ait un surplus de ressources humaines médicales dans les hôpitaux de base après fournir les soins du panier ne surprend pas car ce panier ne considère que quelques interventions fournies au niveau hospitalier –l'accouchement normal, la césarienne, l'appendicectomie et l'herniorraphie. En effet, les hôpitaux de base fournissent à présent beaucoup d'autres interventions non-inclus dans le panier de soins proposé et donc leurs coûts associés aux interventions du panier

ne représentent qu'une fraction de leur coût total. Par contre, les interventions considérées dans le panier de soins représentent la presque totalité des soins offerts par ces formations ambulatoires. Qu'il y ait un surplus de ressources humaines qualifiées dans ces formations est un résultat préoccupant. Il suggère qu'elles ont un excès de personnel en relation avec leur niveau d'activité actuel.

Il se peut qu'une limitation du modèle OHT est qu'il suppose que le personnel de santé est engagé pendant tout son temps à la provision de soins au patient. En réalité, le personnel de santé est obligé d'allouer une partie de son temps à des activités techniques et administratives autres que la provision de soins aux patients. Pour considérer ce phénomène, dans le calcul du coût du personnel de santé nécessaire pour fournir le panier de soins on a inclus non seulement les ressources nécessaires selon OHT mais aussi une fraction du coût des ressources humaines médicales totales engagées à présent dans les formations de santé publiques dans le pays.

Calcul des coûts d'administration

Ces coûts correspondent aux ressources humaines chargées de l'administration et d'autres tâches non-médicales dans la formation de santé ; à l'électricité et autres services consommés par l'établissement ; le transport du personnel et d'intrants ; et la maintenance et l'amortissement des investissements en infrastructure (bâtiments, équipements).

Population

Le logiciel OHT importe automatiquement les données démographiques du pays concerné qui sont disponibles à partir d'autres sources d'information fiables publiées sur internet. Ces sources incluent, entre autres, les bases de données de l'OMS, de la Banque Mondiale et du Fond Monétaire International. Les données démographiques du Congo incluses dans OHT sont celles qui se présentent dans le Tableau 8. Selon ces données, la population du Congo, de 5,1 millions d'habitants en 2017, va attendre 5,8 millions en 2022, un accroissement total de 14,4%, équivalent à un taux d'accroissement annuel net de 2,66%.

Tableau 8 Projections démographiques du modèle OHT

Indicateurs démographiques	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fertilité						
Taux de fertilité total défini par l'utilisateur	4,64	4,61	4,55	4,49	4,44	4,38
Taux de fertilité total calculé	4,64	4,61	4,55	4,49	4,44	4,38
GRR	2,29	2,27	2,24	2,21	2,19	2,16
NRR	2,11	2,11	2,09	2,08	2,06	2,04
Age moyen à la maternité	28,2	28,1	28,1	28,1	28	28
Relation enfants/femme	0,66	0,66	0,65	0,65	0,65	0,64
Espérance de vie (années)						
Hommes	64,4	65,5	66,3	66,8	67,2	67,5
Femmes	67,5	68,9	69,9	70,4	70,9	71,3
Total	66,0	67,2	68,1	68,6	69	69,4
Taux de mortalité infantile	32,8	29,4	26,5	23,8	21,4	19,3
Taux de mortalité des moins de 5 ans	45	40,5	36,7	33,2	30	27,2
Total 45q15	0,1475	0,1279	0,1165	0,1121	0,1092	0,1069
Migration						
Hommes	-1.746	-1.495	-1.294	-1.289	-1.133	-996
Femmes	-1.747	-1.496	-1.294	-1.288	-1.133	-995
Total	-3.493	-2.991	-2.588	-2.577	-2.265	-1.991

Tableau 8 Projections démographiques du modèle OHT

Indicateurs démographiques	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Indices vitaux						
Taux brut de natalité par 1.000	33,7	33,4	33,1	32,7	32,4	32,1
Taux brut de mortalité par 1.000	6,9	6,4	6,1	5,9	5,7	5,6
Taux d'accroissement naturel (%)	2,68	2,7	2,7	2,68	2,67	2,65
Taux d'accroissement (%)	2,61	2,65	2,65	2,64	2,63	2,62
Temps pour doubler la population (années)	26,9	26,5	26,5	26,6	26,7	26,8
Naissances et décès						
Naissances	172.286	175.683	178.517	181.496	184.642	187.942
Décès	35.209	33.627	32.824	32.643	32.633	32.750
Population						
Total	5.116.448	5.255.513	5.398.618	5.544.894	5.694.637	5.847.839
Hommes	2.551.431	2.621.121	2.692.779	2.765.994	2.840.923	2.917.574
Femmes	2.565.016	2.634.391	2.705.839	2.778.900	2.853.714	2.930.265
Pourcentage 0-4 ans	15,55	15,42	15,32	15,23	15,16	15,1
Pourcentage 5-14 ans	26,14	26,14	26,09	25,99	25,85	25,69
Pourcentage 15-24 ans	18,61	18,73	18,85	18,98	19,11	19,23
Pourcentage 15-49 ans	46,69	46,69	46,72	46,79	46,87	46,96
Pourcentage 15-64 ans	54,61	54,7	54,82	54,96	55,13	55,32
Pourcentage 65 ans et plus	3,71	3,74	3,78	3,81	3,85	3,9
Pourcentage 15 ans et plus	58%	58%	59%	59%	59%	59%
Pourcentage femmes 15-49	46,67	46,67	46,71	46,78	46,86	46,96
Ratio hommes/femmes	99,47	99,5	99,52	99,54	99,55	99,57
Ratio de dépendance	0,83	0,83	0,82	0,82	0,81	0,81
Age moyenne (années)	19	19	19	19	19	19

Période de projection

Le calcul du coût du panier de soins a été fait pour une période de 5 ans, 2017-2022. L'année 2017 représente l'année de base.

8. Résultats

L’outil OHT produit plusieurs résultats. Un premier type est celui concernant les projections du volume d’utilisation des interventions de santé du panier. Un exemple de ce type de résultat est celui présenté dans le Tableau 9 pour le scénario 1A (panier à minima ; couverture augmentée de 20% d’ici l’année 2022 ; coût des médicaments génériques est égal au prix de référence international, PRI). Le modèle prévoit qu’en 2017 il y aura à peu près 1 million de contacts avec les mères et les enfants sous le programme « Santé maternelle et du nouveau-né et santé reproductive ». Il prévoit, également, 4,2 millions de contacts pour les soins « Santé de l’enfance » et plus de 9 millions de contacts pour les soins préventifs et curatifs de la malaria. La somme totale de tous les contacts ou interventions médicales fournies à la population congolaise sera de 15,3 millions, soit une moyenne de 3 interventions pour chacun des 5,1 millions de congolais en 2017.

Tableau 9 Volume d’utilisation des interventions dans le panier de soins par groupe d’interventions dans le Scénario 1A, 2017-2022 (US\$)

Suppositions : Panier à minima
Couverture augmentée de 20% entre 2017 et 2022
Prix médicaments = PRI

Résumé des résultats, par groupe d’intervention et par année	Volume d’utilisation par groupe d’intervention et par année						Total
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Scénario 1A : Panier à minima, Couverture +20% (US\$)							
Santé maternelle et du nouveau-né et santé reproductive	1.030.589	1.091.986	1.151.091	1.212.842	1.277.184	1.344.735	7.108.428
Santé de l’enfance	4.193.726	4.420.214	4.653.323	4.882.328	5.098.282	5.318.268	28.566.141
Vaccination	504.601	528.942	551.616	575.266	599.865	625.253	3.385.542
Malaria	9.052.770	8.264.137	8.803.225	10.721.923	9.995.342	10.597.917	57.435.314
Tuberculose	-	-	-	-	-	-	-
VIH/SIDA	-	-	-	-	-	-	-
Nutrition	546.916	609.191	671.347	735.917	802.934	872.717	4.239.023
Maladies non-transmissibles	-	-	-	-	-	-	-
Maladies tropicales négligées	1.396	1.489	1.586	1.687	1.791	1.899	9.848
Total	15.329.999	14.915.960	15.832.188	18.129.963	17.775.398	18.760.788	100.744.296

Un deuxième type de résultat produit par le logiciel OHT présente le coût direct espéré pour chacun des grands groupes d’interventions inclus dans le panier de soins (Tableau 10). Par exemple, le modèle estime pour l’année 2017 le groupe « Santé de l’enfance » entrainera le coût le plus élevé parmi tous les groupes, avec US\$ 14,1 millions, suivi du groupe « Santé maternelle et du nouveau-né et santé reproductive », avec US\$ 6,1 millions. Le coût total espéré de fournir les interventions du panier avec le taux de couverture prévu pour 2017 serait de US\$ 33,8 million (19.794 millions de FCFA). Ce total augmenterait jusque US\$ 40,5 million (23,718 millions de FCFA) dans l’année 2022. L’accroissement du coût total entre 2017 et 2022, d’à peu près 20%, est cohérent avec la supposition d’un accroissement de 20% de la couverture des interventions pendant cette période de 5 ans, faite dans le scénario 1A.

La structure des coûts du panier de soins est présentée dans la Figure 20 pour les différentes définitions du panier de soins et pour deux années, l’actuelle (2017) et l’année 2022.

Figure 20 Structure de coût total annuel du panier de soins dans l'année 2022 avec les prix des médicaments égaux au PRI (US\$)

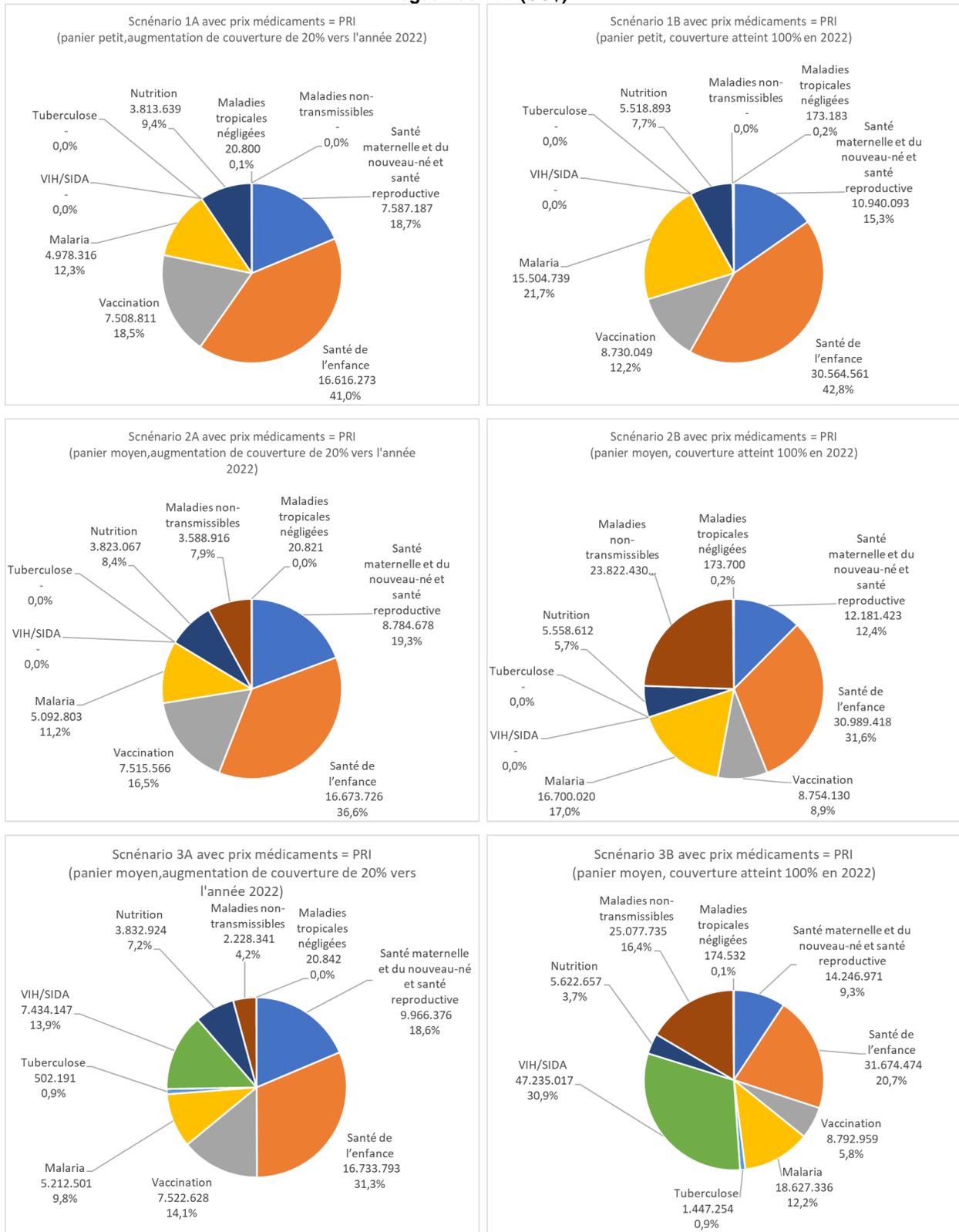


Tableau 10 Coût direct des interventions dans le panier de soins par groupe d'interventions dans le Scenario 1A, 2017-2022 (US\$)

Suppositions : Panier à minima
Couverture augmente de 20% entre 2017 et 2022
Prix médicaments = PRI

Résumé des résultats, par groupe d'intervention et par année	Coût total par groupe d'intervention et par année						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Scenario 1A : Panier à minima, Couverture +20% (US\$)							
Santé maternelle et du nouveau-né et santé reproductive	6.116.062	6.414.362	6.686.490	6.964.702	7.270.598	7.587.187	41.039.401
Santé de l'enfance	14.140.059	14.827.331	15.498.746	16.019.770	16.335.051	16.616.273	93.437.230
Vaccination	5.770.546	6.118.920	6.446.552	6.784.306	7.142.414	7.508.811	39.771.550
Malaria	5.109.935	3.867.276	4.111.302	5.906.720	4.697.039	4.978.316	28.670.587
Tuberculose	-	-	-	-	-	-	-
VIH/SIDA	-	-	-	-	-	-	-
Nutrition	2.668.144	2.889.476	3.104.896	3.326.069	3.566.240	3.813.639	19.368.465
Maladies non-transmissibles	-	-	-	-	-	-	-
Maladies tropicales négligées	15.261	16.297	17.364	18.458	19.612	20.800	107.793
Total	33.820.008	34.133.663	35.865.349	39.020.025	39.030.954	40.525.027	222.395.026

Pour arriver au coût total à partir du coût direct présenté dans le Tableau 10, il faut ajouter les coûts indirects de main d'œuvre et les coûts d'administration. Ceux-ci sont ajoutés dans le Tableau 11, pour obtenir le coût total annuel associé à la provision du panier de soins.

Tableau 11 Coût total des interventions dans le panier de soins par groupe d'interventions dans le Scenario 1A, 2017-2022 (US\$)

Suppositions : Panier à minima
Couverture augmente de 20% entre 2017 et 2022
Prix médicaments = PRI

Résumé des résultats, par groupe d'intervention et par année	Coût total par groupe d'intervention et par année						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Scenario 1A : Panier à minima, Couverture +20% (US\$)							
Total médicaments, consommables et gaspillage	21.479.792	21.247.501	22.434.552	25.154.059	24.980.045	26.280.039	141.575.988
Hospitalisation	6.011.612	6.189.283	6.366.990	6.445.722	6.313.683	6.176.567	37.503.857
Main d'œuvre directe	6.328.603	6.696.879	7.063.808	7.420.244	7.737.226	8.068.422	43.315.182
Main d'œuvre indirecte alloué au panier de soins	19.212.424	18.945.213	18.683.008	18.438.865	18.240.157	18.133.413	111.653.079
Gestion (20% dus couts de main d'œuvre directe)	10.606.486	10.615.775	10.909.672	11.491.778	11.454.222	11.731.688	66.809.621
Total	63.638.917	63.694.651	65.458.029	68.950.668	68.725.333	70.390.129	400.857.727
Par habitant	12,44	12,14	12,16	12,49	12,15	12,14	

L'inclusion des coûts indirects et d'administration fait que les coûts totaux soient presque le double que les coûts directs. Par exemple, dans l'année 2017, le coût total de la provision du panier serait de US\$ 63,6 millions (37.247 millions de FCFA), ou presque le double que les coûts directs présentés dans le tableau précédent, de US\$ 33,8 millions.

Le coût du panier par habitant et par an est présenté dans la dernière ligne du Tableau 11. Dans ce scénario, ce coût serait de US\$ 12,44 (7.280 FCFA) en 2017, et diminuerait légèrement pour atteindre US\$ 12,14 (7.104 FCFA) en 2022. Cette petite diminution dans le coût annuel par habitant est le résultat d'une hypothèse incluse dans le modèle OHT. En effet, le modèle a été

formulé en supposant que la consommation de soins préventifs (par exemple, de la mère et de l'enfant) se traduit en une amélioration de l'état de santé de ces patients. Celle-ci entraîne une diminution de leur demande de soins curatifs et, par conséquent, des coûts des soins curatifs. Ces résultats du modèle suggèrent que les soins préventifs sont coût-efficaces, car ils contribuent non seulement à améliorer l'état de santé de ces patients sinon que aussi à une réduction des coûts du système de santé.

Comme on l'a signalé, les coûts du panier présenté dans les trois tableaux précédents correspondent à un scénario dans lequel les prix des médicaments génériques qui seraient consommés dans le panier de soins seraient égales aux PRI. Mais tel n'est pas le cas à présent au Congo. Les informations présentées dans la section 7 de ce rapport montrent qu'à présent les congolais paient des prix qui sont, en moyenne, presque 4 fois (3,97) plus élevés que les PRI. Ceci a comme impact direct une augmentation du coût espéré du panier de soins. Le Tableau 12 ci-dessous présente la même information que le Tableau 11 (l'information sur l'utilisation des soins du panier reste la même que dans le Tableau 9), avec la seule différence que les prix des médicaments employés dans les calculs sont les prix actuels, c.-à-d., 3,97 le PRI.

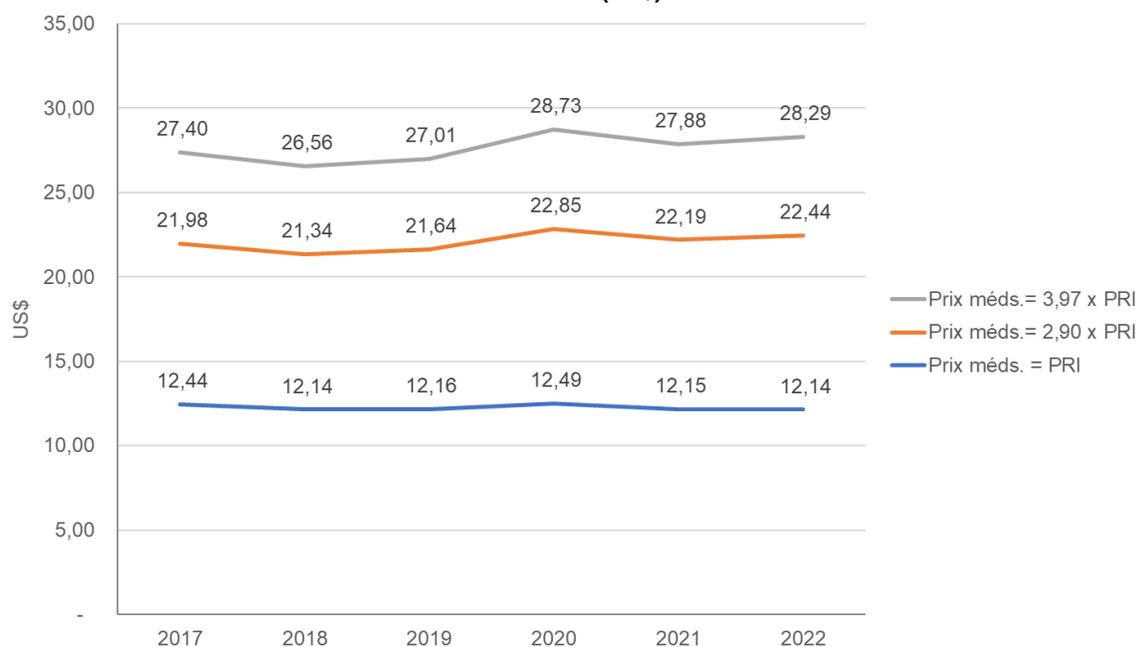
Tableau 12 Coût total des interventions dans le panier de soins par groupe d'interventions dans le Scénario 1A, 2017-2022 (US\$)

Suppositions : Panier à minima
Couverture augmente de 20% entre 2017 et 2022
Prix médicaments = 3,97 x PRI

Résumé des résultats, par groupe d'intervention et par année	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Scénario 1A : Panier à minima, Couverture +20% (US\$)							
Total médicaments, consommables et gaspillage	85.274.774	84.352.579	89.065.171	99.861.614	99.170.779	104.331.755	562.056.672
Hospitalisation	6.011.612	6.189.283	6.366.990	6.445.722	6.313.683	6.176.567	37.503.857
Main d'œuvre directe	6.328.603	6.696.879	7.063.808	7.420.244	7.737.226	8.068.422	43.315.182
Main d'œuvre indirecte alloué au panier de soins	19.212.424	18.945.213	18.683.008	18.438.865	18.240.157	18.133.413	111.653.079
Gestion (20% dus aux coûts de main d'œuvre directe)	23.365.483	23.236.791	24.235.795	26.433.289	26.292.369	27.342.031	150.905.758
Total	140.192.896	139.420.745	145.414.773	158.599.734	157.754.213	164.052.188	905.434.548
Par habitant	27,40	26,56	27,01	28,73	27,88	28,29	

On peut apprécier qu'avec les prix actuels des médicaments génériques dans le pays, le coût du panier de soins serait plus que le double du coût que dans une situation où les prix des médicaments étaient les mêmes que les PRI. En d'autres mots, les médicaments génériques ont une très grande influence dans le coût du panier de soins au Congo, d'où l'importance de formuler et mettre en place des politiques de santé qui réussissent à transformer le marché des médicaments au pays dans un marché plus compétitif. Ceci est illustré dans la Figure 21, qui montre comment varient les coûts du panier de soins par habitant et par an selon le prix des médicaments génériques dans le pays.

Figure 21 Coût du panier de soins par habitant et par an en fonction du prix des médicaments génériques, 2018-2022 (US\$)



Le scénario 1A, dont les résultats sont présentés jusqu'à ce point ci dans cette section, est le moins coûteux des scénarios construits dans cet exercice : il considère le panier de soins le plus restreint et il suppose que la couverture des soins du panier n'augmenterait que de 20% d'ici l'année 2022. Cette augmentation modérée de la couverture est considérée réaliste, étant données les contraintes de financement public pour la santé dans le pays. Mais quel serait le coût d'atteindre une couverture universelle, c'est-à-dire, le coût de fournir tous les soins du panier à tous les congolais selon ce qui est établi dans la norme de couverture médicale (100% de couverture vaccinale, 100% de couverture des soins prénataux, etc.) ?

Ce coût serait bien plus élevé, comme on peut l'apprécier dans le tableau ci-dessous, si on considérait le panier de soins le plus grand et une augmentation de couverture jusqu'à achever la couverture universelle. En effet, le coût de fournir ce panier plus complet de soins aujourd'hui serait de US\$ 31,84 par habitant, et augmenterait jusque US\$ 100,77 si le pays voulait atteindre une couverture universelle de ce panier en 2022.

Tableau 13 Coût total des interventions dans le panier de soins par groupe d'interventions dans le Scenario 3B, 2017-2022 (US\$)

Suppositions : Panier grand
Couverture devient 100% en 2022
Prix médicaments = 3,97 x PRI

Résumé des résultats, par groupe d'intervention et par année	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Scenario 1A : Panier à minima, Couverture +20% (US\$)							
Total médicaments, consommables et gaspillage	103.131.533	177.320.884	236.862.440	304.047.651	364.066.436	428.080.324	1.613.509.267
Hospitalisation	7.100.923	10.910.310	15.125.347	18.240.051	22.038.003	26.587.405	100.002.039
Main d'œuvre directe	7.317.321	9.867.449	12.186.358	14.339.905	16.442.569	18.482.732	78.636.334
Main d'œuvre indirecte alloué au panier de soins	18.223.887	15.933.351	14.312.849	14.638.264	15.506.868	16.713.227	95.328.446
Gestion (20% dus couts de main d'œuvre directe)	27.154.733	42.806.399	55.697.399	70.253.174	83.610.775	97.972.738	377.495.217
Total	162.928.397	256.838.392	334.184.393	421.519.045	501.664.651	587.836.426	2.264.971.303
Par habitant	31,84	48,92	61,99	76,16	88,29	100,77	

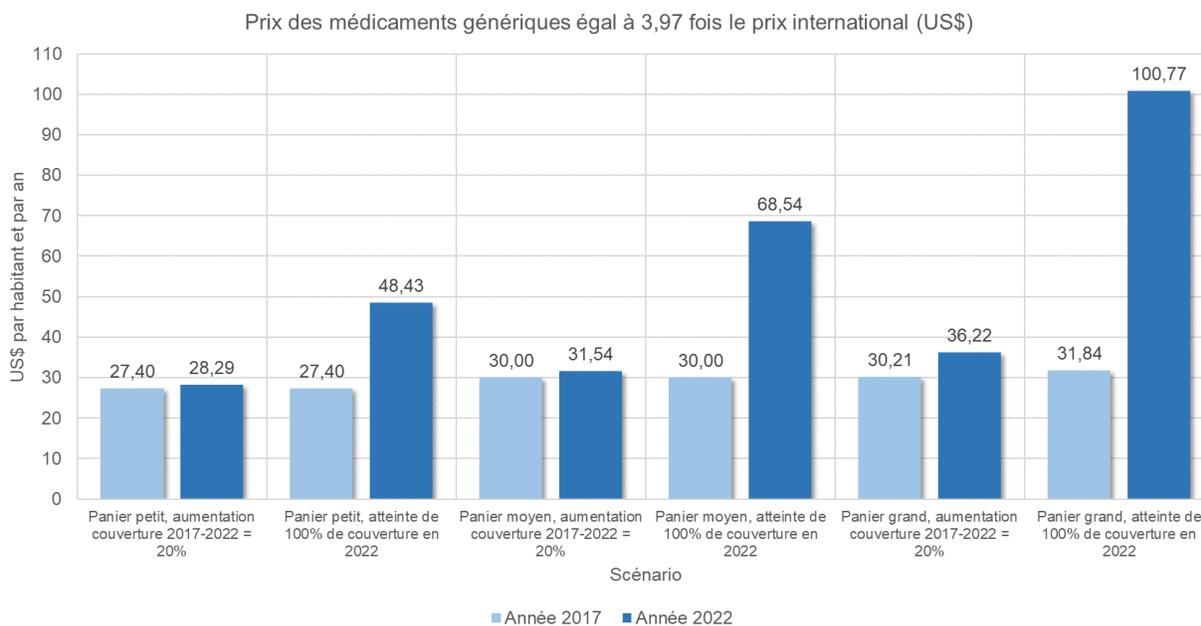
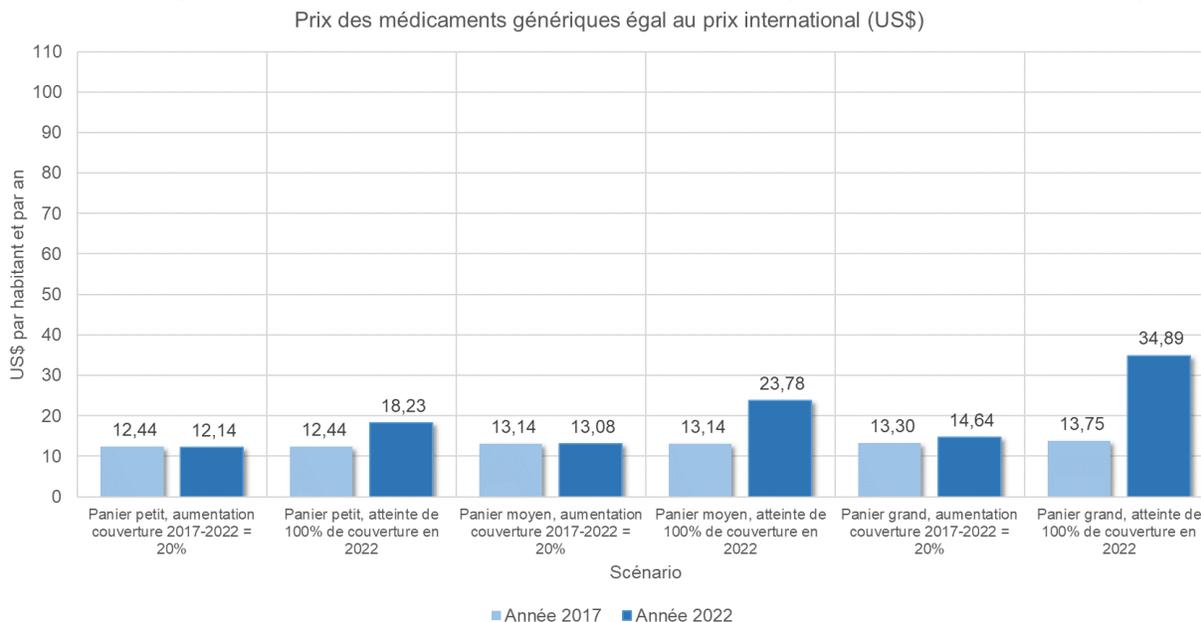
Un résumé des principaux résultats concernant le calcul du coût du panier de soins de l'AMU au Congo se présente dans le Tableau 14. Le coût par habitant et par an dans l'année 2022 atteindra un minimum de US\$ 12,14 en 2017 avec un panier de soins à minima, un prix des médicaments génériques égal au prix international et une augmentation de couverture de 20% par rapport à la couverture actuelle. Dans l'autre extrême, le coût par habitant et par an dans l'année 2022 atteindra un maximum de US\$ 100,77. Il existe, donc, une énorme différence dans le coût estimé du panier de soins selon le scénario choisi (c'est-à-dire, les suppositions faites).

Tableau 14 Coût estimé du panier de soins par habitant et par an dans de divers scénarios concernant les contenus du panier et la vitesse d'accroissement de la couverture (dollars des États-Unis de 2017)

Scena-rio	Taille du pa-nier	Couver-ture vers l'année 2022 en relation a couver-ture en 2017	Coût du panier de soins par habitant et par an (US\$) de 2017				Groupes d'interventions incluses dans le panier de soins de l'AMU								
			Prix des médicaments génériques comme multiples du prix de référence international = 1,00		Prix des médicaments génériques comme multiples du prix de référence international = 3,97		Soins maternels et de santé re-productive	Santé pour les enfants de moins de 5 ans	Vaccinations	Malaria	Tuberculose	VIH/SIDA	Nutrition	Maladies non transmissibles	Maladies tropicales négligées
			Année		Année										
			2017	2022	2017	2022									
1A	À mi-nima	20% plus	12,44	12,14	27,40	28,29	X	X	X	X			X		X
1B	À mi-nima	100% plus	12,44	18,23	27,40	48,43	X	X	X	X			X		X
2A	Moyen	20% plus	13,14	13,08	30,00	31,54	X	X	X	X			X	X	X
2B	Moyen	100% plus	13,14	23,78	30,00	68,54	X	X	X	X			X	X	X
3A	Grand	20% plus	13,30	14,64	30,21	36,22	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3B	Grand	100% plus	13,75	34,89	31,84	100,77	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Ces mêmes résultats sont présentés de manière graphique dans la Figure 22, ci-dessous.

Figure 22 Coût estimé du panier de soins par habitant et par an dans de divers scénarios concernant les contenus du panier et la vitesse d'accroissement de la couverture (dollars des États-Unis de 2017)



Lequel de ces scénarios est faisable du point de vue de la disponibilité de financement public ? Cette question est abordée dans la section 9 et finale de ce rapport.

9. Discussion sur le financement du panier de soins de l'AMU au Congo

Les scénarios que sont pertinents à l'heure actuelle au Congo sont ceux qui considèrent les prix actuels des médicaments génériques, c.-à-d., des prix qui en moyenne sont 3,97 fois plus élevés que les PRI. Il s'agit donc des prix présentés dans le panneau inférieur de la Figure 22. Si dans le futur le pays était en mesure d'adopter des politiques publiques effectives pour aboutir à des prix dans le marché local égaux aux PRI, alors les scénarios pertinents seraient ceux qui sont présentés dans le panneau supérieur de la Figure 22.

Est-ce-que les scénarios pertinents aujourd'hui sont faisables ? Pour le savoir il faut d'abord faire des suppositions par rapport aux sources de financement des coûts du panier de soins. Ensuite il faut examiner les montants actuels des sources de financement existantes.

Concernant les sources de financement, la supposition faite dans ce travail est que les ressources financières nécessaires pour financer le panier de soins devraient provenir en 100% du trésor de la nation. En d'autres mots, on suppose un financement entièrement public. Ceci même si à présent la population fait déjà des paiements considérables pour obtenir les soins qui seraient inclus dans la panier. Ce qui est proposé ici, donc, est que le financement public remplacerait le financement qui aujourd'hui provient des patients et qu'un financement public additionnel serait nécessaire pour financer le plus grand volume de soins que serait demandé par la population au fur et à mesure que la couverture du panier augmente. Ceci permettrait de supprimer complètement la barrière financière pour l'accès aux soins. Dans d'autres scénarios, non inclus dans ce rapport, on pourrait supposer que la population contribuerait à un financement partiel sous forme de ticket modérateur

Concernant les montants actuels de financement, on peut les obtenir à partir des chiffres les plus récents des Comptes nationaux de santé, pour la période 2009-2015. Ces chiffres montrent qu'en 2015 les dépenses courantes en santé du gouvernement étaient de 15.592 FCFA ou US\$ 26,36 par habitant (Tableau 15). Si l'on considère qu'une partie de ce montant doit être allouée à financer le fonctionnement du MSP et d'autres organismes de santé de l'Etat, et que ce montant doit aussi suffire pour financer les soins de santé en dehors du panier de soins de l'AMU, on conclut que seulement une fraction des US\$ 26,36 serait disponible pour financer ce panier de soins de l'AMU. Si seulement la moitié était disponible, c'est-à-dire, US\$ 13,20 par habitant et par an, alors l'AMU ne pourrait même pas financer le plus petits des paniers de soins et d'augmenter sa couverture de 20% d'ici l'an 2022. Le financement du coût de ce panier à minima, coûtant aujourd'hui US\$ 27,40 par habitant et US\$ 28,29 vers l'année 2022, ne serait possible que (a) si le gouvernement pouvait doubler son budget pour la santé ; ou bien (b) si le gouvernement pouvait adopter des politiques publiques dans le secteur pharmaceutique pour faire diminuer les prix des médicaments génériques de manière radicale.

Tableau 15 Dépenses publiques en santé au Congo selon les Comptes nationaux de santé 2009-2010 et 2011-2015 (FCFA et US\$)

Source de l'information et indicateur	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dépenses totales de santé au Congo (millions de FCFA de chaque année)	102.644	136.371	n.a.	115.795	102.467	125.857	128.738
Dépenses totales de santé, à l'exclusion des investissements de santé gouvernementaux (millions de FCFA de chaque année)	n.a.	n.a.	n.a.	101.363	94.811	91.222	77.891
Par habitant (FCFA de chaque année)	n.a.	n.a.	n.a.	21.877	19.954	18.727	15.592
Par habitant (FCFA réels de 2015)	n.a.	n.a.	n.a.	24.257	20.873	19.570	15.592
Par habitant (US\$ de chaque année)	n.a.	n.a.	n.a.	42,85	40,39	37,88	26,36

L'évidence internationale indique sans ambiguïté que l'atteinte de la couverture universelle en santé n'est possible que si le gouvernement finance avec des ressources publiques la majorité des coûts de cette couverture. La dépendance de financement public est même plus importante dans les pays comme le Congo, ou les travailleurs du secteur formel –qui sont ceux qui peuvent être menés à contribuer un financement obligatoire pour la santé moyennant des taxes– ne représentent qu'un petit pourcentage de tous les travailleurs du pays. L'évidence internationale montre chaque fois qu'aucun pays n'a pu obtenir un financement important pour la santé à partir des contributions des ménages du secteur informel. Ce résultat ne change pas quand les contributions des informels sont légalement obligatoires.

En somme, l'AMU ne paraît pas possible au Congo dans les circonstances actuelles. Même le plus restreint des paniers de soins considérés par le gouvernement reste au-delà de ses possibilités financières. Un changement considérable des politiques publiques pour le financement de la santé et pour l'efficacité du marché pharmaceutique est urgent dans le pays pour pouvoir envisager l'AMU.

10. Références

- Bitran, R. (2014). Universal health coverage and the challenge of informal employment: Lessons from developing countries. HNP Discussion Paper. Washington, DC, The World Bank.
- Centre National de la Statistique et des Études Économiques (CNSEE), B. (2012). Enquête Démographique Et De Santé Du Congo (Edsc-Ii) 2011-2012.
- Datta, S., et al. (2016). OneHealth Tool Start-up Manual. A Computer Program for Making Informed Health Programming Decisions, Futures Institute and Avenir Health.
- Expertise France (2017). Etudes préliminaires pour la mise en place de l'assurance maladie universelle. Paris.
- Expertise France (2017). Etudes préliminaires pour la mise en place de l'assurance maladie universelle. Projet de rapport final.
- Expertise France (2017). Etudes préliminaires pour la mise en place de l'assurance maladie universelle. Projet de rapport final Annexe A.
- Heller, P. S. (2005). Understanding Fiscal Space. IMF Policy Discussion Paper. Washington, D.C., International Monetary Fund.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle, University of Washington.
- Jamison, D. T., et al. (2006). Priorités en matière de santé. Washington, D.C., Banque Mondiale.
- OMS (2014). Étude sur la disponibilité et les prix de médicaments au Congo.
- Réseau Du Développement Humain, B. M. and I. D. M. E. É. D. L. S. U. D. Washington. (2013). La charge mondiale de la morbidité : Génération de données factuelles, orientation des politiques. Édition régionale pour l'Afrique subsaharienne. Seattle, WA, The World Bank.

11. Annexe A. Questionnaire formations de santé

Tableau 16 Questionnaire formations de santé Page 1 : Identification

PERSONNEL: TYPES, NOMBRE ET RÉMUNÉRATIONS	
Nom du Centre de Santé Intégr	
Département	
Enquêteur	
Date de l'enquete:	
Jour:	
Mois:	
Année:	
Numéro unique d'identification de cet établissement de santé	

Il faut remplir ce même numéro dans chacune des pages de ce dossier

Tableau 17 Questionnaire formations de santé Page 2 : personnel

PERSONNEL: TYPES, NOMBRE ET RÉMUNÉRATIONS				
Numéro unique d'identification de cet établissement de santé				
Professionnel ou fonctionnaire	Spécialité (voir catégories ci-dessous et les spécifier dans cette colonne)	Catégorie dans la fonction publique (voir catégories ci-dessous et les spécifier dans cette colonne)	Nombre ou quantité dans le CSI	Rémunération mensuelle de chaque Professionnel ou fonctionnaire, tout frais compris (XAF)
1	Médecin Directeur ou Chef			
2	Médecins cliniciens généraux			
3	Infirmiers ou infirmières			
4	Accoucheuses			
5	Laborantins			
6	Kinésithérapeutes			
7	Pharmaciens			
8	Nutritionnistes			
9	Administrateurs ou gestionnaires			
10	Comptables			
11	Secrétaires			
12	Plantons, Senti nelles, Lavandiers			
13	Autres (spécifier):			
14	Autres (spécifier):			
15	Autres (spécifier):			
16	Autres (spécifier):			
17	Autres (spécifier):			
18	Autres (spécifier):			
19	Autres (spécifier):			
20	Autres (spécifier):			
21	Autres (spécifier):			
22	Autres (spécifier):			
23	Autres (spécifier):			
24	Autres (spécifier):			
25	Autres (spécifier):			

Tableau 18 Questionnaire formations de santé Page 3 : Production

STATISTIQUES DE PRODUCTION DES SOINS

Numéro unique d'identification de cet établissement de santé

0 Quelle est la population desservie par votre CSI	Population desservie (nombre d'habitants) 9240
---	--

Type de soins	Quantité mensuelle de soins fournis		
	Fevrier 2017	Mars 2017	Avril 2017
Consultations curatives enfants			
1 Consultation curative enfant paludisme			
2 Consultation curative enfant diarrée			
3 Consultation curative enfant infection respiratoire			
4 Consultation curative enfant autre			
5 Total consultations curatives enfants			
Consultations curatives adultes			
6 Consultation curative adulte paludisme			
7 Consultation curative adulte diarrée			
8 Consultation curative adulte infection respiratoire			
9 Consultation curative adulte tuberculose			
10 Consultation curative adulte VIH/SIDA			
11 Consultation curative adulte autre			
12 Total consultations curatives adultes			
Consultations prénatales			
13 Consultations			
14 Supplémentation en fer et en Vitamine A			
15 Vaccination antitétanique			
Consultations postnatales			
16 Total consultation postnatale			
Accouchements			
17 Accouchement normal			
18 Accouchement césarienne			
19 Total accouchements			
Consultations de planification familiale			
20 Total consultation planification familiale			
Vaccinations (nombre d'enfants vaccinés)			
20 BCG			
21 DTcoq3			
22 Polio3			
23 Rougeole			
24 Total d'enfants vaccinés des vaccins PEV			
Consultation surveillance croissance enfants			
25 Total consultations croissance enfants			
Consultation maladies chroniques adultes			
26 Consultation diabete			
27 Consultation hypertension			
28 Consultation autres maladies chroniques			
29 Total consultations maladies chroniques ad.			
Consultations d'urgence enfants			
30 Total consultations urgence enfants			
Consultations d'urgence adultes			
31 Total consultations urgence adultes			
Examens de laboratoire			
32 Total examens de laboratoire			
33 Autres (spécifier):			
34 Autres (spécifier):			

Tableau 19 Questionnaire formations de santé Page 4 : Médicaments

MÉDICAMENTS: DISPONIBILITÉ, RUPTURES DE STOCK, ENDROIT D'APPROVISIONNEMENT ET PRIX PAYÉ

Numéro unique d'identification de cet établissement de santé

Médicaments essentiels qui doivent être disponibles dans le Centre de Santé Intégré	Formes et dosages	Est-ce que ce médicament est disponible lors de l'enquête? (Oui / Non)	Est-ce que ce médicament a connu des ruptures de stock dans les 3 derniers mois? (Oui / Non)	Où est-ce que ce CSI s'approvisionne en ce médicament? (Marché local, Centrale d'Achats, Autre)	Quel est le prix que le CSI paye pour ce médicament lors du dernier achat?	
					Prix (XAF)	Unité d'achat
1	Abacavir (ABC)	Comp.: 300mg; Sol. buv. : 100 mg/5 ml				
2	Abacavir + Lamivudine (ABC+3TC)	Comp.: 600 + 300 mg				
3	Acétate de médroxyprogestérone	Sol. Inj. : 150 mg/ml, flacon (1 ml)				
4	Acetazolamide	Comp. : 250mg				
5	Acétylcystéine	Sol. inj. : 200 mg/ml. amp. (10 ml); Sol. buv. : 10% ; 20%				
6	Aciclovir	Comp. : 200 mg; 400 mg ; Pde opht: 3%; Sol. inj : 250 mg ; Crème				
7	Acide acétylsalicylique	Comp. : 100 - 500 mg				
8	Acide ascorbique	Comp. : 50 mg; 500mg; Sol inj.: 1g				
9	Acide folique	Comp. : 1 mg ; 5 mg				
10	Acide ioxitalamique	Sol inj : 250mg/ml ; 350 mg/ml				
11	Acide salicylique	Sol et pom. : 5%				
12	Acide traxénamique	Sol. buv. : 1g/10 ml				
13	Actinomycine D	Pdre ppi : 500 µg				
14	Adrénaline (Epinephrine)	Sol. inj. : 0,05% ; 0,1 %				
15	Albendazole	Comp.: 400 mg; Susp. buv : 400mg				
16	Alcuronium (chlorure)	Sol. inj. : 5 mg/ml. amp. (2ml)				
17	Alginate de sodium + Bicarbonate de sodium	Susp buv : 250 mg + 133,5 mg/5 ml				
18	Allopurinol	Comp.: 100 mg, 200 mg, 300 mg				
19	Aluminium (diacétate)	Sol. pour dilution : 13%				
20	Amiodarone	Comp : 400 mg; Sol inj : 50mg/ml				
21	Amitriptyline (chlorhydrate)	Comp. : 25 mg				
22	Amoxicilline (anhydre)	Comp. : 250mg; 500 mg ; Pdre pour susp. buv : 125mg/5 ml ; 250 mg/5ml ; 500 mg/5ml ; Pdre ppi: 500mg ; 1g				
23	Amoxicilline + Acide clavulanique	Comp. : 500 + 125 mg; Pdre pour susp. buv. : 125 mg + 31,25 mg; 250 mg + 62,5 mg ; Pdre ppi : 500 + 125 ; 1000 +250 mg				
24	Ampicilline (sel de sodium)	Pdre ppi : 500 mg ; 1 g flacon				
25	Anhydrase carbonique	Prép. inj.				
26	Artemether	Sol. inj. : 80 mg/amp. (1ml)				
27	Artemether + Luméfantrine	Comp. : 20 + 120 mg; Comp. dispersible : 20 mg + 120 mg				
28	Artésunate + Amodiaquine	Comp. : 50 + 200 mg; Comp. dispersible : 50 mg + 200 mg				
29	Atazanavir	Comp : 100 mg ; 150 mg ; 300 mg				
30	Aténolol	Comp. : 50 mg ; 100 mg				

Tableau 20 Questionnaire formations de santé Page 4 : Infrastructure et médicaments

INFRASTRUCTURE ET ÉQUIPEMENTS

Numéro unique d'identification de cet établissement de santé

Équipement ou infrastructure		Existe-t-il dans l'établissement?	Est-il fonctionnel?	Depuis combien d'années est-ce qu'il existe dans l'établissement?
1	Réfrigérateur			
2	Microscope			
3	Réactifs pour le microscope			
4	Balance			
5	Stéthoscope et un brazard tensiomètre			
6	Appareil de glycémie			
7	Thermomètres			
8	Instrument de mesure de la taille			
9	Atoscope			
10	Lit pour la consultation par le médecin			
11	Salle d'examen			
12	Toilettes hommes et femmes			
13	Point d'eau			
14	Électricité			
15				
16				
17				
18				
19				
20				

12. Annexe C : Suppositions et résultats du logiciel OneHealth Tool for le Congo

Tableau 21 Couverture des interventions du panier de soins, 2007-2022

Group d'intervention et intervention spécifique	Couverture 2017 (%)	Couverture 2022 (%)	Source de l'information pour la couverture dans l'année 2017	Justification pour la couverture cible dans l'année 2022
Maternal/newborn and reproductive health				
Pregancy care - ANC				
Tetanus toxoid (pregnant women)	60,6	72,7	DHS 2011-2012, p. 132 tableau 9.5. Pourcentage ayant reçu deux injections ou plus durant la dernière grossesse, Ensemble : 60,6%	La couverture augmentera de 20 % vers l'année 2022
Syphilis detection and treatment (pregnant women)	63,2	100,0	There is no information about the detection and treatment of syphilis in the latest DHS. I only found an article on the treatment of syphilis in Africa: Newman Owiredu, M., et al. (2015). "Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis: A dual approach in the African Region to improve quality of antenatal care and integrated disease control." Int J Gynaecol Obstet 130 Suppl 1: S27-. However, it is not helpful. I suggest we keep this intervention out of the panier de soins.	Exclure cette intervention du panier de soins
Basic ANC	92,6	95,0	DHS 2011-2012, p. 126 tableau 9.1. Pourcentage ayant reçu des soins prénatals par un prestataire formé. Ensemble : 92,6%	La couverture atteindra un maximum de 95% vers 2022
Childbirth care - Facility births				
Labor and delivery management	91,5	91,5	DHS 2011-2012, p. 133 tableau 9.6 Lieu de l'accouchement. Pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé dans un établissement de santé	La couverture actuelle est assez élevée. On supposera qu'elle restera aussi au même niveau jusqu'à 2022
Active management of the 3rd stage of labour	50,0	60,0	Ces informations ne sont pas disponibles dans la DHS 2011-2012. On a supposé une couverture de 50% dans l'année de base et de 60% en 2022	La couverture augmentera de 20 percent vers l'année 2022
Pre-referral management of labor complications	50,0	60,0		
Management of eclampsia (Magnesium sulphate)	50,0	60,0		
Neonatal resuscitation (institutional)	50,0	60,0		
Management of obstructed labor	50,0	60,0		
Treatment of local infections (Newborn)	50,0	60,0		
Kangaroo mother care	50,0	60,0		
Feeding counselling and support for low-birth-weight infants	50,0	60,0		
Childbirth care - Home births				
Clean practices and immediate essential newborn care (home)	32,7	39,2	DHS 2011-2012, p. 139 tableau 9.10. Moment où les premiers soins postnatals ont été dispensés au nouveau-né. Pas de soins postnatals, Ensemble : 67,39%	La couverture augmentera de 20 % vers l'année 2022
Childbirth care - Other				
Antenatal corticosteroids for preterm labor	50,0	60,0	Ces informations ne sont pas disponibles dans la DHS 2011-2012. On a supposé une couverture de base de 50%.	La couverture augmentera de 20 % vers l'année 2022
Antibiotics for pPRoM	50,0	60,0		
Induction of labor (beyond 41 weeks)	50,0	60,0		
Postpartum care - Treatment of sepsis				
Maternal sepsis case management	50,0	60,0	Ces informations ne sont pas disponibles dans la DHS 2011-2012. On a supposé une couverture de base de 50%.	La couverture augmentera de 20 % vers l'année 2022

Tableau 21 Couverture des interventions du panier de soins, 2007-2022

Group d'intervention et intervention spécifique	Couverture 2017 (%)	Couverture 2022 (%)	Source de l'information pour la couverture dans l'année 2017	Justification pour la couverture cible dans l'année 2022
Postpartum care - Treatment of newborn sepsis				
Newborn sepsis - Full supportive care	50,0	60,0	Ces informations ne sont pas disponibles dans la DHS 2011-2012. On a supposé une couverture de base de 50%.	La couverture augmentera de 20 % vers l'année 2022
Newborn sepsis - Injectable antibiotics	50,0	60,0		
Postpartum care - Other				
Clean postnatal practices	32,7	39,2	Supposition : même taux de couverture que "Clean practices and immediate essential newborn care."	La couverture augmentera de 20 % vers l'année 2022
Mastitis	32,7	39,2	Ces informations ne sont pas disponibles dans la DHS 2011-2012. On a supposé la même couverture que "Clean practices and immediate essential newborn care"	La couverture augmentera de 20 % vers l'année 2022
Treatment of postpartum hemorrhage	32,7	39,2		
Chlorhexidine	32,7	39,2		
Child health				
Vitamin A supplementation for treatment of xerophthalmia in children	64,9	77,9	DHS 2011-2012, p. 181 tableau 11.8. Consommation de micronutriments par les enfants. Pourcentage à qui on a donné des suppléments de vitamine A au cours des 6 derniers mois, Ensemble : 64,9%	La couverture augmentera de 20 % vers l'année 2022
Deworming (children)	76,7	92,0	DHS 2011-2012, p. 181 tableau 11.8. Consommation de micronutriments par les enfants. Pourcentage à qui on a donné des vermifuges au cours des 6 derniers mois, Ensemble : 76,7%	La couverture augmentera de 20 % vers l'année 2022
Diarrhea management				
ORS	10,3	12,4	DHS 2011-2012, p. 161 Tableau 10.8 Traitement de la diarrhée. (Pourcentage d'enfants avec diarrhée pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé) x (Sachets SRO ou liquides préconditionnés) = 36,6% x 28,0% = 10,3%	La couverture augmentera de 20 % vers l'année 2022
Zinc (diarrhea treatment)	10,3	12,4	Informations non disponibles dans la DHS. Supposition : même taux de couverture que ligne précédente	
Antibiotics for treatment of dysentery	10,3	12,4	Informations non disponibles dans la DHS. Supposition : même taux de couverture que ligne précédente	
Treatment of severe diarrhea	10,3	12,4	Informations non disponibles dans la DHS. Supposition : même taux de couverture que ligne précédente	
Pneumonia				
Pneumonia treatment (children)	58,5	70,2	DHS 2011-2012, p. 155 Tableau 10.5 Prévalence et traitement des symptômes d'Infection Respiratoire Aiguë (IRA). Parmi les enfants de moins de cinq ans avec des symptômes d'IRA, Pourcentage ayant pris des antibiotiques. Ensemble : 58,5%	La couverture augmentera de 20 % vers l'année 2022
Treatment of severe pneumonia	58,5	70,2	Supposition : même taux de couverture que ligne précédente	
Malaria				
Malaria treatment (children 0-4)	25,0	30,0	Zina: I don't understand why here, under baseline, you had such a strange figure: "7,044". What does it represent? It is 7 thousand children? Or is it 7 percent? The DHS 2011-2012 indeed reports that	La couverture augmentera de 5 points pourcentuels vers l'année 2022

Tableau 21 Couverture des interventions du panier de soins, 2007-2022

Group d'intervention et intervention spécifique	Couverture 2017 (%)	Couverture 2022 (%)	Source de l'information pour la couverture dans l'année 2017	Justification pour la couverture cible dans l'année 2022
			7% of children under 5 with a fever received artemisinin treatment. Let us include here instead the % who received some type of anti-malarials, which is 25,0% (p. 198, Tableau 12.7 Prévalence, diagnostic et traitement précoce de la fièvre chez les enfants, Parmi les enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre, Pourcentage ayant pris des antipaludiques.	
Treatment of severe malaria (children 0-4)	25,0	30,0	Supposition : même taux de couverture que ligne précédente	Supposition: meme taux de couverture que ligne précédente
Measles				
Vitamin A for measles treatment (children)	80,0	80,0	Assumption: same as Treatment of severe measles	
Treatment of severe measles	80,0	80,0	Zina, we don't have information here. The coverage of the measles (rougeole) vaccine is rather high in Congo. While there have been epidemics, I don't think they occur often. I only found one article "Congo-Brazzaville: Bandundu - Une épidémie de rougeole signalée dans la province" at http://fr.allafrica.com/stories/201401221445.html . Let's assume that 80% of children who currently get measles get treated	La couverture va se maintenir constante d'ici l'année 2022
Immunization				
Measles vaccine	75,0	90,0	DHS 2011-2012, p. 149 graphique 10.1 Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois par type de vaccin, Rougeole	La couverture augmentera de 20 % vers l'année 2022
Pentavalent vaccine	72,0	86,4	DHS 2011-2012, p. 149 graphique 10.1 Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois par type de vaccin, Pentavalent, DTCog3	La couverture augmentera de 20 % vers l'année 2022
Polio vaccine	57,0	68,4	DHS 2011-2012, p. 149 graphique 10.1 Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois par type de vaccin, Polio 3	La couverture retournera à ce qu'elle était en 2005
BCG vaccine	94,0	95,0	DHS 2011-2012, p. 149 graphique 10.1 Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois par type de vaccin, BCG	La couverture va se maintenir constante d'ici l'année 2022
Pneumococcal vaccine	??	??	Zina: I haven't found any coverage rates on this in the DHS 2011-2012 report. Can we keep this out of the model for now?	
Malaria				
Prevention				
Insecticide treated materials	26,6	31,9	DHS 2011-2012, p. 191 tableau 12.1 Possession de moustiquaires par les ménages. Pourcentage de ménages avec, au moins, une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MIILDA), Ensemble : 26,6%	La couverture augmentera de 20 % vers l'année 2022
Pregnant women sleeping under an ITN	20,7	24,8	DHS 2011-2012, p. 195 Tableau 12.5 Utilisation des moustiquaires par les femmes enceintes. Pourcentage des femmes enceintes de 15-49 ans dans tous les ménages ayant dormi sous une MIILDA la nuit ayant précédé l'interview. Ensemble : 20,7%	La couverture augmentera de 20 % vers l'année 2022
Case management				
Malaria diagnosis (malarial fevers)	25,0	30,0		La couverture augmentera de 20,0 % vers l'année 2022
Malaria diagnosis (non-malarial fevers)	25,0	30,0		

Tableau 21 Couverture des interventions du panier de soins, 2007-2022

Group d'intervention et intervention spécifique	Couverture 2017 (%)	Couverture 2022 (%)	Source de l'information pour la couverture dans l'année 2017	Justification pour la couverture cible dans l'année 2022
Malaria treatment (children 5-14)	25,0	30,0	Ces informations ne sont pas disponibles dans la DHS 2011-2012. On a supposé pour les adultes la même couverture que celle des enfants de moins de 5 ans.	
Malaria treatment (adults, excluding pregnant women)	25,0	30,0		
Treatment of malaria (pregnant women)	25,0	30,0		
Treatment of severe malaria (5+)	25,0	30,0		
Treatment of non-malarial parasite positive fevers	25,0	30,0		
TB				
TB diagnosis: Microscopy				
Diagnosis microscopy: Passive TB case finding	50,0	60,0	Source: WHO (2016). Global Tuberculosis Report. Geneva. National TB prevalence in 2015 was estimated at 400 cases per 100.000 people. Case detection was estimated at 50% of that.	La couverture augmentera de 20,0 % vers l'année 2022
Diagnosis microscopy: Active TB case finding	50,0	60,0		
Diagnosis microscopy: Household contact tracing	50,0	60,0		
Diagnosis microscopy: HIV positive cases	50,0	60,0		
Diagnosis microscopy: Child cases	50,0	60,0		
Monitoring microscopy: Test to monitor first-line drug treatment, new bacteriologically confirmed cases	50,0	60,0		
Monitoring microscopy: Test to monitor first-line drug treatment, previously treated cases	50,0	60,0		
Monitoring microscopy: Test to monitor second-line treatment for RR-/MDR TB	50,0	60,0		
First-line TB treatment				
First-line TB treatment: Initial treatment	50,0	60,0	Source: WHO (2016). Global Tuberculosis Report. Geneva. National TB prevalence in 2015 was estimated at 400 cases per 100.000 people. Case detection was estimated at 50% of that. Treatment coverage was estimated at about 50% (page 70, figure 4.15.). Other sources: Sources: (1) Okemba-Okombi, F. H., et al. (2017). "Profil épidémiologique de la tuberculose au Congo Brazzaville de 2010 à 2015." Revue des Maladies Respiratoires 34(Supplement): A291-A292 and (2)	La couverture augmentera de 20,0 % vers l'année 2022
First-line TB treatment: Initial treatment for children	50,0	60,0		
First-line TB treatment: Previously treated	50,0	60,0		
First-line TB treatment: Previously treated for children	50,0	60,0		
HIV/AIDS				
Care and treatment				
Proportion of adults on ART using Second-Line ART	5,0	5,0	The latest DHS does not report on the prevalence of HIV or its treatment. The following source reports an adult prevalence rate of 4,9%: UNAIDS (2004). Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections. Congo, USAIDS. Another source is more helpful: AHO (No date). Congo: HIV/AIDS/fr - AHO. It reports adult HIV prevalence of 3,5% in 2007. ARV treatment coverage in 2007 was 17% both for men and women .	La couverture augmentera de 20,0 % vers l'année 2022
ART for men	17,0	20,4		
ART for women	17,0	20,4		
Cotrimoxazole for children	17,0	20,4	This is a gross simplification, but there are no data.	La couverture augmentera de 20,0 % vers l'année 2022
Pediatric ART	17,0	20,4		
Additional ART for TB patients	17,0	20,4		
Diagnostics/lab costs for HIV+ in care	17,0	20,4		

Tableau 21 Couverture des interventions du panier de soins, 2007-2022

Group d'intervention et intervention spécifique	Couverture 2017 (%)	Couverture 2022 (%)	Source de l'information pour la couverture dans l'année 2017	Justification pour la couverture cible dans l'année 2022
Management of opportunistic infections associated with HIV/AIDS	17,0	20,4		
Nutrition supplements in first 6 months for HIV/AIDS cases	17,0	20,4		
Nutrition				
Pregnant and lactating women				
Daily iron and folic acid supplementation (pregnant women)	55,4	66,5	Supposition : même que "Supplémentation en vitamine A pour les femmes enceintes"	La couverture augmentera de 20,0 % vers l'année 2022
Intermittent iron and folic acid supplementation (non-anaemic pregnant women)	55,4	66,5	Supposition : même que "Supplémentation en vitamine A pour les femmes enceintes"	
Vitamin A supplementation in pregnant women	55,4	66,5	DHS 2011-2012, p.186, Tableau 11.11 Consommation de micronutriments par les mères. Pourcentage ayant reçu une dose de vitamine A post-partum	
Calcium supplementation for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia	55,4	66,5	Supposition : même que " Supplémentation en vitamine A pour les femmes enceintes"	
Nutritional care and support (HIV+ pregnant and lactating women)	55,4	66,5	Supposition : même que " Supplémentation en vitamine A pour les femmes enceintes"	
Nutritional care and support for pregnant and lactating women in emergencies	55,4	66,5	Supposition : même que " Supplémentation en vitamine A pour les femmes enceintes"	
Iodine supplementation in pregnant women	55,4	66,5	Supposition : même que " Supplémentation en vitamine A pour les femmes enceintes"	
Daily FAF, postpartum, anemic women	55,4	66,5	Supposition : même que " Supplémentation en vitamine A pour les femmes enceintes"	
Intermittent FAF, postpartum, non-anemic pregnant women	55,4	66,5	Supposition : même que " Supplémentation en vitamine A pour les femmes enceintes"	
Children				
Breastfeeding counselling and support	19,183	100		
Non-communicable diseases				
CVD & diabetes				
Screening for risk of CVD/diabetes	10,0	12,0	Ces informations ne sont pas disponibles. On a supposé un taux de traitement y de control dans l'anné de base de 10%	La couverture augmentera de 20,0 % vers l'année 2022
Follow-up care for those at low risk of CVD/diabetes (absolute risk: 10-20%)	10,0	12,0		
Treatment for those with very high cholesterol but low absolute risk of CVD/diabetes (< 20%)	10,0	12,0		
Treatment for those with high blood pressure but low absolute risk of CVD/diabetes (< 20%)	10,0	12,0		
Treatment for those with absolute risk of CVD/diabetes 20-30%	10,0	12,0		
Treatment for those with high absolute risk of CVD/diabetes (>30%)	10,0	12,0		

Tableau 21 Couverture des interventions du panier de soins, 2007-2022

Group d'intervention et intervention spécifique	Couverture 2017 (%)	Couverture 2022 (%)	Source de l'information pour la couverture dans l'année 2017	Justification pour la couverture cible dans l'année 2022
Treatment of new cases of acute myocardial infarction (AMI) with aspirin	10,0	12,0		
Treatment of cases with established ischaemic heart disease (IHD)	10,0	12,0		
Treatment for those with established cerebrovascular disease and post stroke	10,0	12,0		
Treatment of cases with rheumatic heart disease (with benzathine penicillin)	10,0	12,0		
Standard Glycemic control	10,0	12,0		
Intensive glycemic control	10,0	12,0		
Retinopathy screening and photocoagulation	10,0	12,0		
Neuropathy screening and preventive foot care	10,0	12,0		
Respiratory disease				
COPD: Smoking cessation	10,0	12,0	Ces informations ne sont pas disponibles. On a supposé un taux de traitement y de control dans l'anné de base de 10%	La couverture augmentera de 20,0 % vers l'année 2022
COPD: Inhaled salbutamol	10,0	12,0		
COPD: Low-dose oral theophylline	10,0	12,0		
COPD: Ipratropium inhaler	10,0	12,0		
COPD: Exacerbation treatment with antibiotics	10,0	12,0		
COPD: Exacerbation treatment with oral prednisolone	10,0	12,0		
COPD: Exacerbation treatment with oxygen	10,0	12,0		
Emergency care				
Average annual emergency care needs	50	100	To be determined	To be determined
Neglected tropical diseases				
Disease management				
Buruli ulcer	10,0	12,0	Ces informations ne sont pas disponibles. On a supposé un taux de traitement y de control dans l'anné de base de 10%	La couverture augmentera de 20,0 % vers l'année 2022
Cutaneous leishmaniasis	10,0	12,0		
Visceral leishmaniasis	10,0	12,0		
Human African trypanosomiasis	10,0	12,0		
Leprosy	10,0	12,0		
Echinococcosis	10,0	12,0		
Chagas disease	10,0	12,0		
Lymphatic filariasis: hydrocele surgery	10,0	12,0		
Trichiasis	10,0	12,0		
Lymphedema management	10,0	12,0		
Yaws (total targeted treatment)	10,0	12,0		
Family planning				
Family planning: Contraceptive Prevalence Rate for modern methods	22,0	26,4	DHS 2011-2012, p. 93. prévalence contraceptive moderne était de 22% parmi les femmes de 15-49 ans.	PCM augmentera de 20% dans les 5 prochaines années. La mayenne simple

Tableau 21 Couverture des interventions du panier de soins, 2007-2022

Group d'intervention et intervention spécifique	Couverture 2017 (%)	Couverture 2022 (%)	Source de l'information pour la couverture dans l'année 2017	Justification pour la couverture cible dans l'année 2022
				de la PCM dans les 10 pays a revenue par habitant semblable était de 36,5% en 2015

13. Annexe B : Quelques résultats de l'enquête de formations de santé

Tableau 22 Utilisation des services offerts para les formations de santé enquêtées Part A

Nom	Jean Tati Brazzaville	Terinkyo Brazzaville	CSI 303 Hôpital Tié-Tié Pointe-Noire	CSI DJAMBALA Plateaux				
Département								
Population desservie	9.240	10.876	13.818	6.383				
Enfants de moins de 5 ans	1.635	1.925	2.446	1.130				
Enfants de 5 ans à 14 ans	7.605	8.951	11.372	5.253				
Population d'au moins 15 ans	5.211	6.134	7.793	3.600				
Femmes en âge de procréation	2.255	2.655	3.373	1.558				
Naissances attendues	333	392	497	230				
Taux brut de natalité	3,6%	3,6%	3,6%	3,6%				
Nombre de consultations prénatales par femme enceinte	4	4	4	4				
	Utilisation par an	Utilisation par personne cible par an	Utilisation par an	Utilisation par personne cible par an	Utilisation par an	Utilisation par personne cible par an	Utilisation par an	Utilisation par personne cible par an
Consultations curatives enfants								
Consultation curative enfant paludisme	1.840	1,13	1.176	0,61	1.092	0,45	212	0,19
Consultation curative enfant diarrhée	456	0,28	312	0,16	144	0,06	52	0,05
Consultation curative enfant infection respiratoire	1.008	0,62	68	0,04	184	0,08	28	0,02
Consultation curative enfant autre	40	0,02	204	0,11	192	0,08	100	0,09
Total consultations curatives enfants	3.344	2,04	1.760	0,91	1.612	0,66	392	0,35
Consultations curatives adultes								
Consultation curative adulte paludisme	2.032	0,27	456	0,05	420	0,04	220	0,04
Consultation curative adulte diarrhée	824	0,11	284	0,03	52	0,00	12	0,00
Consultation curative adulte infection respiratoire	504	0,07	68	0,01	68	0,01	108	0,02
Consultation curative adulte tuberculose	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Consultation curative adulte VIH/SIDA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Consultation curative adulte autre	228	0,03	280	0,03	24	0,00	328	0,06
Total consultations curatives adultes	3.588	0,47	1.088	0,12	564	0,05	668	0,13
Consultations prénatales								
Consultations	1.856	5,58	2.188	5,59	2.268	4,56	2.016	8,77
Supplémentation en fer et en Vitamine A	4.836	14,54	4836	12,35	2.080	4,18	2.016	8,77
Vaccination antitétanique	2.276	6,84	1.608	4,11	0	0,00	296	1,29
Consultations postnatales	0	0,00	0	0,00	868	0,33	0	0,00
Total consultation postnatale	0	0,00	0	0,00	868	0,33	0	0,00
Accouchements	0		0		0		0	
Accouchement normal	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Accouchement césarienne	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total accouchements	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Consultations de planification familiale	732	2,20	380	0,97	304	0,61	1.572	6,84

Tableau 22 Utilisation des services offerts para les formations de santé enquêtées Part A

Nom	Jean Tati Brazzaville	Terinkyo Brazzaville	CSI 303 Hôpital Tié-Tié Pointe-Noire	CSI DJAMBALA Plateaux				
Département								
Population desservie	9.240	10.876	13.818	6.383				
Enfants de moins de 5 ans	1.635	1.925	2.446	1.130				
Enfants de 5 ans à 14 ans	7.605	8.951	11.372	5.253				
Population d'au moins 15 ans	5.211	6.134	7.793	3.600				
Femmes en âge de procréation	2.255	2.655	3.373	1.558				
Naissances attendues	333	392	497	230				
Taux brut de natalité	3,6%	3,6%	3,6%	3,6%				
Nombre de consultations prénatales par femme enceinte	4	4	4	4				
	Utilisation par an	Utilisation par personne cible par an	Utilisation par an	Utilisation par personne cible par an	Utilisation par an	Utilisation par personne cible par an	Utilisation par an	Utilisation par personne cible par an
Total consultation planification familiale	732	2,20	380		304		1.572	
Vaccinations (nombre d'enfants vaccinés)								
BCG	4.160	2,54	4.160	2,16	2.548	1,04	296	0,26
DTcoq3	3.632	2,22	2.148	1,12	1.220	0,50	284	0,25
Polio3	4.216	2,58	2.148	1,12	5.656	2,31	284	0,25
Rougeole	952	0,58	652	0,34	2.080	0,85	292	0,26
Total d'enfants vaccinés des vaccins PEV	4.384	2,68	9.108	4,73	11.504	4,70	1.156	1,02
Consultation surveillance croissance enfants	6.576	4,02	5.740	2,98	1.784	0,73	740	0,65
Total consultations croissance enfants	6.576	4,02	5.740	2,98	1.784		740	
Consultation maladies chroniques adultes	0		0		0		0	
Consultation diabète	456	0,09	272	0,04	0	0,00	8	0,00
Consultation hypertension	420	0,08	420	0,07	0	0,00	28	0,01
Consultation autres maladies chroniques	120	0,02	120	0,02	0	0,00	0	0,00
Total consultations maladies chroniques ad.	996	0,19	812	0,13	0	0,00	36	0,01
Consultations d'urgence enfants	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total consultations urgence enfants	0		0		0		0	
Consultations d'urgence adultes	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total consultations urgence adultes	0		0		0		0	
Examens de laboratoire	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total examens de laboratoire	5.188	0,75	5.188	1,82	7.212	3,31	1.300	1,23
Autres (spécifier) :	0		0		0		0	
Autres (spécifier) :	0		0		0		0	

Tableau 23 Utilisation des services offerts para les formations de santé enquêtées Part B

Nom	Mouana-Nto	Ndaka-Soussou	Peres-Portes(Madibou)	Mfilou/Kibouende				
Département	Bouenza	Pointe-Noire	Brazzaville	Brazzaville				
Population desservie	12.672	8.383	15.707	9.605				
Enfants de moins de 5 ans	2.243	1.484	2.780	1.700				
Enfants de 5 ans à 14 ans	10.429	6.899	12.927	7.905				
Population d'au moins 15 ans	7.147	4.728	8.859	5.417				
Femmes en âge de procréation	3.093	2.046	3.834	2.345				
Naissances attendues	456	302	565	346				
Taux brut de natalité	3,6%	3,6%	3,6%	3,6%				
Nombre de consultations prénatales par femme enceinte	4	4	4	4				
	Utilisation par an	Utilisation par personne cible par an	Utilisation par an	Utilisation par personne cible par an	Utilisation par an	Utilisation par personne cible par an	Utilisation par an	Utilisation par personne cible par an
Consultations curatives enfants								
Consultation curative enfant paludisme	1.036	0,46	2.388	1,61	580	0,21	1.116	0,66
Consultation curative enfant diarrhée	176	0,08	368	0,25	84	0,03	200	0,12
Consultation curative enfant infection respiratoire	296	0,13	1.148	0,77	264	0,09	32	0,02
Consultation curative enfant autre	1.760	0,78	1.640	1,11	596	0,21	880	0,52
Total consultations curatives enfants	3.268	1,46	5.544	3,74	1.524	0,55	2.228	1,31
Consultations curatives adultes								
Consultation curative adulte paludisme	496	0,05	1.128	0,16	1.284	0,10	1.308	0,17
Consultation curative adulte diarrhée	0	0,00	116	0,02	20	0,00	92	0,01
Consultation curative adulte infection respiratoire	0	0,00	344	0,05	168	0,01	0	0,00
Consultation curative adulte tuberculose	0	0,00	448	0,06	0	0,00	0	0,00
Consultation curative adulte VIH/SIDA	0	0,00	608	0,09	0	0,00	0	0,00
Consultation curative adulte autre	488	0,05	7.228	1,05	159	0,01	416	0,05
Total consultations curatives adultes	984	0,09	9.872	1,43	1.631	0,13	1.816	0,23
Consultations prénatales								
Consultations	372	0,82	624	2,07	1.832	3,24	1.828	5,29
Supplémentation en fer et en Vitamine A	432	0,95	2.624	8,69	1.304	2,31	5.208	15,06
Vaccination antitétanique	308	0,68	1.980	6,56	1.432	2,53	2.732	7,90
Consultations postnatales	0	0,00	0	0,00	0	0,00		0,00
Total consultation postnatale	0	0,00	0	0,00	0	0,00		0,00
Accouchements	0		0		0		0	
Accouchement normal	364	0,00	0	0,00	420	0,00	0	0,00
Accouchement césarienne	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total accouchements	364	0,16	0	0,00	420	0,00	912	0,00
Consultations de planification familiale	592	1,30	236	0,78	0	0,00	240	0,69

Tableau 23 Utilisation des services offerts para les formations de santé enquêtées Part B

Nom	Mouana-Nto		Ndaka-Soussou		Peres-Portes(Madibou)		Mfilou/Kibouende	
Département	Bouenza		Pointe-Noire		Brazzaville		Brazzaville	
Population desservie	12.672		8.383		15.707		9.605	
Enfants de moins de 5 ans	2.243		1.484		2.780		1.700	
Enfants de 5 ans à 14 ans	10.429		6.899		12.927		7.905	
Population d'au moins 15 ans	7.147		4.728		8.859		5.417	
Femmes en âge de procréation	3.093		2.046		3.834		2.345	
Naissances attendues	456		302		565		346	
Taux brut de natalité	3,6%		3,6%		3,6%		3,6%	
Nombre de consultations prénatales par femme enceinte	4		4		4		4	
Total consultation planification familiale	592		236		0		240	
Vaccinations (nombre d'enfants vaccinés)								
BCG	592	0,26	144	0,10	420	0,15	1.728	1,02
DTcoq3	576	0,26	444	0,30	276	0,10	1.540	0,91
Polio3	576	0,26	444	0,30	276	0,10	1.540	0,91
Rougeole	164	0,07	764	0,51	248	0,09	1.728	1,02
Total d'enfants vaccinés des vaccins PEV	1.908	0,85	1.796	1,21	1.220	0,44	6.536	3,84
Consultation surveillance croissance enfants	1.208	0,54	2.204	1,49		0,00	7.260	4,27
Total consultations croissance enfants	1.208		2.204				7.260	
Consultation maladies chroniques adultes	0		0		0		0	
Consultation diabète	8	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Consultation hypertension	40	0,01	64	0,01	32	0,00	4	0,00
Consultation autres maladies chroniques	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total consultations maladies chroniques ad.	48	0,01	64	0,01	32	0,00	4	0,00
Consultations d'urgence enfants	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total consultations urgence enfants	0		0		0		20	
Consultations d'urgence adultes	0	0,00	0	0,00	0	0,00	28	0,00
Total consultations urgence adultes	0		0		0		28	
Examens de laboratoire	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total examens de laboratoire	4.020	0,95	24.752	1,61	4.196	1,33	7.204	1,78
Autres (spécifier) :	0		0		0		0	
Autres (spécifier) :	0		0		0		0	