

ÉTUDE SUR L'ANALYSE DE LA PROTECTION CONTRE LES RISQUES FINANCIERS EN SANTÉ. CAS DE LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO.

Eloko Eya Matangelo.G¹ ; Mongani Mpontongwe.E² ; MATONDO BOAZ. M³, IYETI. A⁴ ; LokonganzeYabe J.P⁵ ; HSU.J⁶ ; Prosper Djiguimde. A⁷

^{1.&2.} Ministère de la Santé Publique de la RDC/Programme National des Comptes Nationaux de la Santé, ^{3.} Institut National de Statistique/RDC,

^{4.} Direction d'Études et Planification du MSP-RDC,

^{5,6&7} Organisation mondiale de la Santé.

Résumé

Dans le secteur de la santé, on observe les coûts élevés des services et soins de santé qui sont offerts à la population, et ceux-ci sont liés au faible allocation du budget de l'État qui ne permettent pas aux formations sanitaires de réduire les coûts des prestations des services de santé ; la fragmentation de l'aide extérieure aux services et soins de santé, l'insuffisance des mécanismes de partage de risque, et enfin, la pauvreté généralisée des populations à tous les milieux urbains et ruraux en RDC .

Cette étude a pour objectifs d'analyser le niveau de la protection contre les risques financiers en santé, et de décrire les tendances de l'appauvrissement selon les caractéristiques socio culturelles, économiques et spatio-temporelles des ménages.

S'agissant de l'approche méthodologique, cette étude est descriptive transversale et analytique des dépenses catastrophiques de santé des ménages dont les données proviennent des Enquêtes 1-2-3 (Phase Consommation des ménages) réalisées en 2005 et 2012 par l'Institut National de la Statistique. L'échantillon porte sur 12 098 ménages pour l'enquête de 2005 et 21 239 ménages pour l'enquête de 2012.

Résultats

La part de dépenses de santé dans les dépenses totales de ménages représentait 2,4 % en 2005 et 2,6 % en 2012. Les ménages résidant en milieu rural affectent un peu plus de ressources dans la santé que ceux du milieu urbain. Il n'y a pas eu de progrès dans la réduction des proportions de ménages faisant face aux dépenses catastrophiques de santé. Au niveau national, des progrès n'ont pas été enregistrés en termes d'allègement des dépenses des ménages affectées à la santé entre 2005 et 2012. Aussi, certains ménages tombent dans la pauvreté après avoir tout dépensé pour recouvrer la santé. Les facteurs explicatifs ci-après : le milieu de résidence, la taille de ménage, le niveau d'études du chef de ménage, la présence des personnes âgées dans les ménages sont corrélés aux dépenses catastrophiques en santé.

Conclusion

L'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services et soins de santé de qualité sous-entend la combinaison des actions : le subventionnement des formations sanitaires pour réduire progressivement les dépenses de santé supportées par les ménages, le développement des mécanismes de partage des risques, et le financement des services et soins de santé pour diminuer l'incidence des paiements directs.

Mots Clés : *Protection financière, ménage, risque financier, paiement direct, dépense catastrophique de santé, Équité en santé, Dépense appauvrissante.*

Contexte

La République Démocratique du Congo a accompli des progrès durant ces cinq dernières années sur le plan de la croissance économique et de la stabilité macroéconomique. Selon la revue des dépenses publiques, le pays a connu depuis 2009 une période de forte et durable croissance économique avec une moyenne de 7% par an (PER/Banque Mondiale 2014 ; FMI 2014). En 2013, la RDC a enregistré une des croissances économiques les plus fortes de la région, avec 8,5% en termes réels, contre 5,2 % pour la moyenne régionale (Afrique). Malgré cette performance, le PIB par habitant par an reste parmi les plus faibles d'Afrique sub-saharienne selon la Banque Centrale du Congo (426,1 US\$ par habitant /an en 2016, en dollars courant). L'économie informelle constitue la moitié de l'activité économique à l'échelle du pays.

Par ailleurs, la stratégie de renforcement de système de santé élaborée en 2006 détermine certains principes cardinaux en se référant à la Constitution de la République qui garantit à tous le droit à la santé et à la sécurité alimentaire. Parmi ces principes, il y a lieu de citer ceux relatifs à l'universalité d'accès aux soins, à la solidarité nationale, à l'équité dans le financement, à la protection financière et à la redevabilité.

Concernant le secteur de la santé, on observe les coûts élevés des services et soins de santé liés au faible allocation du budget de l'État qui ne permettent pas aux formations sanitaires de réduire les coûts des services et soins de santé offerts à la population ; la fragmentation de l'aide extérieure aux services et soins de santé, l'insuffisance des mécanismes de partage de risque et enfin, la pauvreté généralisée des populations à tous les milieux urbains et ruraux en RDC .

En 2015, les ménages ont financé les services et soins de santé à hauteur de 603 767 736 USD /1 505 130 858 USD, soit 40,1% de la Dépense Courante de Santé en 2015. Le paiement direct se situe à 93,3 % et la part du financement qui passe par les mécanismes de prépaiement représentait 6,69 %. La santé de reproduction est supportée à 95% par les ménages. C'est pourquoi, le Gouvernement de la République Démocratique du Congo a pris un engagement en faveur de la stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents 2016- 2030 et a décidé d'augmenter de 5 USD à au moins 15 USD par habitant les dépenses de santé de ces groupes vulnérables d'ici 2020.

En somme, la mise en œuvre des mécanismes de partage de risque permettra à l'ensemble de la population de la RDC, un accès aux services et soins de santé de qualité et efficaces dans la vision de la couverture sanitaire universelle. Cette étude a pour objectifs d'analyser le niveau de la protection contre les risques financiers en santé, et de décrire les tendances de l'appauvrissement selon les caractéristiques socio culturelles, économiques et spatio-temporelles des ménages.

Approche méthodologique

a- Source de données

Les données proviennent des Enquêtes 1-2-3 (Phase Consommation des ménages) réalisées en 2005 et 2012 par l'Institut National de la Statistique. L'échantillon porte sur 12098 ménages pour l'enquête de 2005 et 21.239 ménages pour l'enquête de 2012. Les bases de données contiennent 13,30% et 21,17% de ménages ayant zéro dépense de santé respectivement pour 2005 et 2012. Les Enquêtes 1-2-3 sont nationalement représentatives, et ont collecté des données sur les dépenses des ménages relatives à plusieurs items y compris les

dépenses en santé, les caractéristiques démographiques des membres du ménage, les caractéristiques socio-économiques du ménage.

Ces enquêtes ont évalué le coût des services de santé effectivement consommés par le ménage au cours des six (6) derniers mois précédant l'enquête. Les dépenses en santé en monnaie locale enregistrées incluent les frais de services externes, d'hospitalisation, des produits pharmaceutiques, des autres produits médicaux, des soins dentaires, des services auxiliaires et des guérisseurs traditionnels. L'enquête 1-2-3 n'a pas collecté des données sur l'état de santé/besoins en soins médicaux des individus.

b- Méthodologie

Pour construire les indicateurs clés de la protection contre les risques financiers en santé, nous avons adopté la méthodologie proposée par le Département de financement de système de santé de l'OMS (Genève) en déterminant les dépenses catastrophiques et d'appauvrissement dues à la santé. Deux approches ont été retenues : l'approche du partage de budget (budget share) qui tient compte de la définition de dépenses catastrophiques suivant l'objectif du développement durable (ODD3.8.2) et l'approche de la capacité à payer (capacity-to-pay) utilisée par l'OMS.

Dans l'optique des ODD (ODD 3.8.2), la dépense catastrophique est la proportion pour laquelle les dépenses en santé du ménage sont importantes, en proportion des dépenses totales ou revenu du ménage. Ces dépenses importantes sont définies à l'aide de deux seuils : 10% et 25% de dépenses totales ou revenu total du ménage.

$$\left(\frac{\text{paiement direct de santé}}{\text{Capacité à payer}} > 10\% \text{ et } 25\%\right)$$

Par contre, selon la méthode de l'OMS, la dépense catastrophique est la proportion de la population pour laquelle les dépenses en santé dépassent 40% de dépenses totales moins les dépenses de substance

$$\left(\frac{\text{Dépense directe de santé}}{\text{Capacité à payer}} > 40\%\right)$$

L'estimation des dépenses de substance des ménages suit les étapes ci-après:

- Etape 1 : Déterminer la proportion de dépenses pour la nourriture par rapport à la dépense totale du ménage ($foodexp_h = food_h/exp_h$)
- Etape 2 : Classer les ménages en ordre croissant selon leur niveau de $foodexp_h$
- Etape 3 : Identifier les ménages dont le niveau de $foodexp_h$ est situé entre le 45^{ème} centile ($food45$) et 55^{ème} centile ($food55$)
- Etape 4 : Déterminer les dépenses d'alimentation par rapport à la taille du ménage équivalent ($eqfood_h$)
- Etape 5 : Ajuster la taille du ménage par rapport à la taille du ménage équivalente (i.e, en considérant l'économie d'échelle)
 $eqsize = hsize^{0.56}$

Calculer la valeur moyenne des dépenses d'alimentation par rapport à la taille du ménage équivalente $eqfood_h = food_h/eqsize_h$ pour les ménages identifiés à l'étape 3 où

$$food45 < foodexp_h < food55$$

En ce qui concerne l'effet d'appauvrissement des dépenses en santé des ménages, nous avons comparé d'une part, l'incidence de la pauvreté avant le paiement des dépenses en santé à celle d'après le paiement et d'autre part, l'intensité de la pauvreté avant le paiement des dépenses en santé à celle d'après le paiement.

L'incidence de la pauvreté ($P0$) mesure la proportion d'individus ayant un niveau de consommation par tête inférieure à la ligne de pauvreté (PL). Deux lignes de pauvreté ont été utilisées. Les lignes de pauvreté internationales de 1,90\$/personne/jour pour l'extrême pauvreté et de 3,10\$/personne/jour pour la pauvreté modérée (Banque Mondiale). Par contre, l'intensité de la pauvreté ($P1$) est définie comme l'écart relatif moyen au seuil de pauvreté. Le taux de pauvreté avant le paiement des dépenses en santé est calculé en comparant les dépenses de consommation du ménage y compris les dépenses en santé à la ligne de pauvreté.

Ce taux de pauvreté (*avant* $P0$) est calculé à l'aide de l'équation (1) :

$$P0_{avant} = \frac{1}{n} \sum 1 (exp_{pcpd}_i \leq PL) \quad (1)$$

exp_{pcpd}_i représente le niveau de dépenses totales de consommation par tête (en franc congolais), PL le seuil de pauvreté (en franc congolais) et n le nombre d'individus.

De façon similaire, le taux de pauvreté après paiement des dépenses en santé est calculé en soustrayant les dépenses en santé par tête du ménage des dépenses totales de consommation par tête et en le comparant avec la ligne de pauvreté.

$$P0_{après} = \frac{1}{n} \sum 1 ((exp_{pcpd}_i - gap_i) \leq PL) \quad (2)$$

De façon analogue, le gap de pauvreté ($P1$) est mesuré en calculant la moyenne de l'écart relatif au seuil de pauvreté.

$$P1_{avant} = \frac{1}{nZ} \sum P_i (PL - exp_{pcpd}_i) \quad (3)$$

$$P1_{après} = \frac{1}{nPL} \sum P_i (PL - (exp_{pcpd}_i - gap_i)) \quad (4)$$

Avec $P_i = 1$ si $exp_{pcpd}_i \leq PL$ et 0 sinon, gap_i dépenses en santé par tête du ménage i .

Étant donné que gap_i est positif, l'équation (2) donne un taux de pauvreté élevé et un plus grand nombre d'individu vivant en dessous du seuil de pauvreté comparé à l'équation (1).

Le pourcentage d'individus passant du statut de non pauvres au statut de pauvres à cause des dépenses en santé est donné par :

$$P0_{impact} = P0_{avant} - P0_{après} \quad (5)$$

De façon analogue, le gap moyen de pauvreté c'est-à-dire le montant moyen par lequel les individus tombent en dessous du seuil de pauvreté à cause des dépenses en santé est mesuré par :

$$P1_{impact} = P1_{avant} - P1_{après} \quad (6)$$

Par ailleurs, du fait que nous voulons cerner les ménages qui font face aux dépenses catastrophiques de santé, nous avons adopté un modèle binaire (régression logistique) pour voir l'impact de certaines variables sur la dépense catastrophique de santé des ménages.

Résultats

Les résultats de cette étude décrivent les variables se rapportant sur la structure de la consommation des ménages, les dépenses catastrophiques en santé, la proportion de la population avec des dépenses du ménage sur la santé excédant 10 %, 25% et 40 % de la consommation totale du ménage.

Tableau 1 : Structure de la consommation des ménages (en %) selon les quintiles de revenu et le milieu de résidence en 2005 et 2012

Consommation des ménages = 100%						
	Enquête_123_2005			Enquête_123_2012		
	Part des dépenses effectuées par les ménages					
Stratification	Santé	Alimentation	Autres	Santé	Alimentation	Autres
National	2,4	52,2	45,4	2,6	69,6	27,8
Quintile 1	2,7	52,7	44,6	3,3	71,3	25,4
Quintile 2	2,3	52,0	45,7	2,7	73,8	23,5
Quintile 3	2,4	52,0	45,6	2,5	73,1	24,4
Quintile 4	2,2	52,4	45,4	2,4	70,1	27,5
Quintile 5	2,4	51,9	45,7	1,9	59,5	38,6
Rural	2,4	51,2	46,4	2,7	75,7	21,6
Urban	2,3	54,7	43,0	2,3	58,5	39,2

La structure des dépenses de ménages montre que ceux-ci consacrent une part importante de leur revenu dans l'alimentation.

Entre 2005 et 2012, la part des dépenses de la nourriture a connu une augmentation, passant

respectivement de 52,2% à 69,6%. La part de dépenses de santé dans les dépenses totales de ménages représentait 2,4 % en 2005 et 2,6 % en 2012. Les ménages résidant en milieu rural affectent un peu plus de ressources dans la santé que ceux du milieu urbain.

Tableau 2 : Proportion des ménages faisant face aux dépenses catastrophiques, au seuil de 10%, 25% et 40% (Approche Capacité à payer selon l'OMS)

	Cata 10%		Cata 25%		WHO Cata 40%	
	E-123_2005	E_123_2012	E-123_2005	E_123_2012	E-123_2005	E_123_2012
National	3,9	4,8	0,37	0,6	0,6	2,9
Plus pauvre	4,4	7,1	0,3	0,8	1,0	4,9
Pauvre	3,6	4,6	0,2	0,4	0,5	4,0
Moyen	3,7	4,8	0,4	0,5	0,7	3,2
Riche	3,9	4,3	0,4	0,7	0,4	1,8
Plus riche	4,0	3,3	0,6	0,7	0,6	0,4
Rural	3,9	5,4	0,4	0,7	0,6	3,9
Urbain	4,1	3,8	0,4	0,4	0,7	1,0

Le tableau ci-dessus montre qu'il n'y a pas eu de progrès dans la réduction des proportions de ménages faisant face aux dépenses catastrophiques. Au niveau national, des progrès n'ont pas été enregistrés en termes d'allègement des dépenses des ménages affectées à la santé entre 2005 et 2012.

est passée, de 3,9% en 2005 à 4,8% en 2012, soit une augmentation de 0,9 point.

Par contre, cette proportion (des dépenses catastrophiques) était plus élevée chez les ménages habitant le milieu urbain en 2005, tandis que celle-ci est devenue plus élevée chez les ménages résidant en milieu rural en 2012.

Tableau 3 : Incidence de la pauvreté (avant et après avoir effectué les paiements directs de santé)

Ligne de pauvreté	2005						2012					
	\$1,90			\$3,10			\$1,90			\$3,10		
	Avant	Après	Impact	Avant	Après	Impact	Avant	Après	Impact	Avant	Après	Impact
National	95,7	96,0	0,3	98,9	99,0	0,0	74,7	75,6	0,9	89,4	89,8	0,4
Quintile1	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0
Quintile2	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0
Quintile3	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0
Quintile4	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	73,3	77,4	4,0	100,0	100,0	0,0
Quintile5	78,7	80,0	1,3	94,7	95,0	0,2	0,0	0,4	0,4	46,8	49,0	2,2
Rural	97,3	97,5	0,2	99,4	99,5	0,0	87,7	88,3	0,6	96,9	97,1	0,2
Urbain	92,1	92,5	0,5	97,9	97,9	0,0	53,9	55,2	1,3	77,4	78,2	0,8

Au seuil de 10%, la proportion des ménages pour lesquels les dépenses en santé sont importantes, en proportion de leurs dépenses totales,

De plus on observe au quintile le plus pauvre, une proportion élevée des ménages ayant effectué des dépenses catastrophiques de santé par rapport aux autres quintiles.

Tableau 4 : Profondeur de la pauvreté (avant et après avoir effectué les paiements directs de santé)

Ligne de pauvreté	2005						2012					
	\$1,90			\$3,10			\$1,90			\$3,10		
	Avant	Après	Impact	Avant	Après	Impact	Avant	Après	Impact	Avant	Après	Impact
National	65,8	66,5	0,7	78,2	78,7	0,5	36,7	37,8	1,0	54,8	55,6	0,9
Quintile1	88,7	89,0	0,3	93,1	93,2	0,2	76,6	77,4	0,7	85,7	86,1	0,5
Quintile2	80,6	81,0	0,4	88,1	88,4	0,3	57,7	58,9	1,1	74,1	74,8	0,7
Quintile3	72,6	73,3	0,6	83,2	83,6	0,4	38,7	40,2	1,5	62,4	63,3	0,9
Quintile4	60,4	61,3	0,9	75,7	76,3	0,5	10,5	12,2	1,7	44,0	45,3	1,3
Quintile5	26,9	28,2	1,3	50,8	51,9	1,1	0,0	0,1	0,1	7,6	8,6	0,9
Rural	69,6	70,3	0,7	80,9	81,3	0,4	46,8	48,0	1,1	64,9	65,7	0,8
Urbain	57,1	57,9	0,9	72,0	72,6	0,6	20,6	21,5	0,9	38,6	39,5	0,9

En général, entre 2005 et 2012 le taux de pauvreté a diminué quelques soient les seuils de pauvreté. Mais, le paiement direct des services et soins de santé a un impact direct sur la pauvreté. Car, l'incidence de la pauvreté augmente chez les ménages après avoir effectué les dépenses directes de santé à tous les seuils.

Aussi, la profondeur de la pauvreté s'accroît après le paiement direct des services et soins de santé effectués par les ménages. Avant le paiement des services et soins de santé, les ménages étaient pauvres, et après le paiement, ils sont devenus plus pauvres qu'avant pour avoir effectué les dépenses de santé.

Ce tableau montre que les ménages ruraux courent 0,9 fois plus de risques de faire face aux dépenses catastrophiques que les ménages urbains. Les ménages dont les chefs des ménages ont un niveau d'études supérieur courent moins de risque d'effectuer les dépenses catastrophiques que les ménages dont les chefs de ménages n'ont aucun niveau d'études. L'effet d'appartenir aux quintiles de consommation riche et plus riche diminuent le risque de faire face aux dépenses catastrophiques. Enfin, les ménages qui ont des personnes âgées de 60 ans et plus courent plus de 0,45 fois les risques d'effectuer les dépenses catastrophiques en santé.

Tableau 5. Déterminants des dépenses catastrophiques en santé des ménages en 2012 (Approche Organisation mondiale de la Santé)

Dépenses catastrophiques en santé	Odds ratio	Std. Err.	P>z	[95% Conf. Interval]	
Année: 2012					
Milieu (Réf : urbain)	.929412	.1813275	0.000	.5740166	1.284807
Sexe du Chef de Ménage (Réf: Homme)	.0814902	.1614878	0.614	-.2350202	.3980006
Niveau d'études du Chef de Ménage (Réf: Aucun)					
Primaire	-.140388	.1445902	0.332	-.4237796	.1430037
Secondaire	-.2367239	.1426878	0.097	-.5163868	.0429389
Supérieur	-1.065056	.484119	0.028	-2.013912	-.1162
Le chef de ménage est actif occupé (Réf : inactif & chômeur)	.1134347	.1872998	0.545	-.2536661	.4805355
Le Chef de Ménage dispose d'une Assurance maladie -employeur? (Réf: Non)	-.6375815	1.030064	0.536	-2.656469	1.381306
Le Chef de Ménage dispose d'une Assurance maladie -contractée par soi-même? (Réf: Non)	-.616786	.8244791	0.454	-2.232735	.9991633
Présence d'enfants de 5 ans et moins (Réf: Non)	.1164147	.1279896	0.363	-.1344404	.3672697
Présence d'adultes de 60 ans et plus (Réf: Non)	.4526153	.1406481	0.001	.1769501	.7282806
Quintile de consommation (Réf: Quintile 1)					
Quintile 2	-.0743035	.1304847	0.569	-.3300487	.1814418
Quintile 3	-.281535	.1571753	0.073	-.5895929	.0265229
Quintile 4	-.9766012	.1863036	0.000	-1.34175	-.6114528
Quintile 5	-1.642584	.3572494	0.000	-2.34278	-.9423883
Constante	-3.944015	.2876392	0.000	-4.507777	-3.380252

Discussion des résultats

Les systèmes de santé fournissent des services de santé préventifs et curatifs, qui peuvent faire une différence substantielle sur la santé des populations. Toutefois, l'accès à ces services peut conduire des individus à dépenser des proportions catastrophiques de leur revenu disponible, et certains ménages peuvent tomber dans la pauvreté. En outre, à cause de ces effets négatifs, certains ménages renoncent aux services de santé et restent en mauvaise santé.

Les paiements directs de santé (*out-of-pocket*) font référence aux paiements effectués par les ménages quand ils utilisent les services de santé. Ils comprennent les frais de consultation, les frais de médicaments et les autres frais des services bénéficiés. Bien que les dépenses effectuées chez les prestataires traditionnels soient incluses dans les paiements directs, les dépenses liées au transport et à la nutrition spéciale sont exclues (OMS 2017).

Ces paiements directs punissent les pauvres et ont comme conséquences : (i) Exclusion de 20% à 39% de la population aux services et soins de santé par manque d'argent ; (ii) renoncement ou retard dans la recherche des services et soins de santé. (iii) appauvrissement des ménages (endettement et mise en gage ou vente des biens), (iv) séquestration des malades et cadavres, (v) forte utilisation du secteur informel (automédication, médecine traditionnelle,).

Les résultats des comptes de la santé 2015 de la RDC montrent que les ménages ont financé 40,1% des dépenses courantes de santé avec 93% des dépenses effectués par paiement direct contre 7% du financement passant par les mutuelles de santé des privés et la mutuelle de santé des enseignants (MESP).

Les résultats de cette étude montrent que certains ménages tombent dans la pauvreté après avoir tout dépensé pour recouvrer la santé. Les facteurs

explicatifs ci-après : le milieu de résidence, la taille de ménage, le niveau d'études du chef de ménage, la présence des personnes âgées dans les ménages sont corrélés aux dépenses catastrophiques en santé. L'enquête 1-2-3 souligne que la pauvreté est plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain. Il est donc nécessaire de développer le milieu rural pour réduire la pauvreté en RDC.

Ces résultats mettent en évidence la nécessité de l'équité dans les contributions des ménages au financement de la santé. Le PNDS 2016-2020 voudrait appliquer l'équité à travers deux aspects essentiels : la mise en commun des risques entre les personnes malades et les personnes saines et le partage des risques entre les pauvres et les riches à travers les mutuelles de santé pour garantir la protection des ménages contre le fardeau double de la maladie et des paiements de santé.

Enfin, la limite de notre étude est que les analyses sont réalisées en 2017 avec les données nous fournies par les enquêtes 1.2.3 de 2005 et 2012. Nous allons bien observer la situation de la protection contre les risques financiers en santé à partir de l'analyse des résultats de l'enquête de consommation des ménages qui est effectuée en 2018.

Conclusion

L'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services et soins de santé de qualité sous-entend la combinaison des actions : le subventionnement des formations sanitaires pour réduire progressivement la dépensé totale supportée par les ménages, le développement des mécanismes de partage des risques et de financement de la santé pour diminuer l'incidence des paiements directs.

Mots Clés : *Protection financière, ménage, risque financier, paiement direct, dépense catastrophique de santé, Équité en santé, Dépense appauvrissante.*

Références bibliographiques

1. Banque Centrale du Congo, Indicateurs macroéconomiques : PIB réel en dollars constant 2005 et PIB nominal en dollars courant, Kinshasa, 2016 ;
2. Banque mondiale, 2014, investir dans la couverture santé universelle: opportunités et défis pour la République Démocratique du Congo. Revue des dépenses publiques de santé, Groupe de la Banque mondiale, 2014 Washington DC ;
3. Fonds Monétaire International, 2014. Consultations au titre l'Article IV, Washington DC ;
4. Ministère du Plan et Suivi de la mise en œuvre de la révolution de la modernité/ Institut National de la Statistique de la République Démocratique du Congo. **ENQUETE 1 – 2 – 3** (Phase I : Emploi, Phase II : Secteur Informel et Phase III : Consommation des ménages), Résultats de l'enquête sur l'emploi, le secteur informel et sur la consommation des ménages / 2012, Kinshasa 2014 ;
5. Ministère de la santé publique de la RDC ; Plan National de Développement Sanitaire 2016_2020, Kinshasa, juillet 2016 ;
6. Ministère de la santé publique de la RDC/ PNCNS : Rapport sur les Comptes de la Santé 2015 RDC, Kinshasa, août 2017 ;
7. Lettre n° CAB/PM/SOC/DK/2015/5998 du 21 septembre 2015 relative à l'engagement de la RDC en faveur de la stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants, et des adolescents 2016- 2030, de Son Excellence Monsieur le Premier Ministre, Chef du Gouvernement) ;
8. Ke Xu : La distribution des paiements de santé et des dépenses catastrophiques : la méthodologie EIP/HSF/DP.05.2 – Discussion Paper 2-2005, Département de financement de santé, Organisation mondiale de la santé, Genève, Document distribué au cours de l'atelier régional de formation sur l'analyse de la protection contre les risques financiers en santé, 15-17 mars 2017, Ouagadougou, Burkina Faso ;
9. Organisation mondiale de la santé, Méthodologie de l'étude sur la protection contre les risques financiers en Afrique, 2017, OMS, Genève.
10. OMS : Rapport sur la Santé dans le Monde, 2010, OMS, Genève.
11. Ministère de la santé publique de la RDC : Stratégie de financement de la santé, Kinshasa, mai 2017,
12. Ministère de la Santé Publique de la RDC : Rapport Annuel sectoriel 2016, Kinshasa, août 2017.