



Financement de la santé et protection financière des ménages en République Démocratique du Congo : une analyse économétrique

[Health financing and household financial protection in Democratic Republic of the Congo: an econometric analysis]

Lowenga Koyamondja Loga¹, Lubongo Mbilu Yannick² & Ntungila Nkama Floribert^{3*}

¹*Institut de Recherches Economiques et Sociales (IRES), Cellule de Recherches en Economie Quantitative, Kinshasa, République Démocratique du Congo*

²*Institut de Recherches Economiques et Sociales (IRES), Cellule de Recherches en Economie Publique, Kinshasa, République Démocratique du Congo*

³*Université de Kinshasa, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, Kinshasa, République Démocratique du Congo*

Résumé

Cet article se penche sur les dépenses de santé des agents économiques en République Démocratique du Congo (les ménages, les pouvoirs publics et leurs partenaires techniques et financiers extérieurs). Le faible niveau des revenus entrave l'accès à des soins de santé appropriée compte tenu des coûts élevés de ceux-ci en RDC. Il en résulte une indispensable intervention des pouvoirs publics et de leurs partenaires techniques et financiers extérieurs dans le secteur de la santé de manière à garantir la protection des ménages vulnérables contre des dépenses ruineuses. Il dresse en même-temps un état de lieux des finances publiques dans le secteur de la santé en RDC par l'approche théorique, et analyse par un modèle vectoriel auto régressif (VAR) les effets de l'intervention des pouvoirs publics et de leurs partenaires techniques et financiers extérieurs à travers des simulations des chocs aléatoires et de la décomposition de la variance. Cette analyse s'effectue en postulant la constance de l'environnement socioéconomique « toutes choses étant égales, par ailleurs ». Il en résulte que les prévisions de dépenses de santé des ménages par habitant peuvent être améliorées significativement au seuil de 0,05 par les dépenses publiques de santé par habitant et par les prévisions des dépenses de santé par habitant engagées par les partenaires techniques et financiers extérieurs.

Mots clés : Santé, protection, revenu des ménages, VAR.

Abstract

This manuscript examines the health expenditures of economic agents in the Democratic Republic of Congo (households, Government, and their external technical and financial partners). The low level of income hinders access to appropriate health care given the high costs of health care in the DRC. As a result, the government and its various technical and financial partners must intervene in the health sector to ensure that vulnerable households are protected from ruinous expenses. At the same time, it provides an overview of public finances in the health sector in the DRC using a theoretical approach, and analyzes the effects of Government intervention and of its external technical and financial partners using a vector auto regression (VAR) model, through simulations of random shocks and variance decomposition. This analysis is carried out assuming the constancy of the socio-economic environment "all other things being equal". The result is that the per capita household health expenditure forecasts can be significantly improved at the 0.05 threshold by the per capita public health expenditure and by the per capita health expenditure forecasts of the Government external technical and financial partners.

Keywords: Health, protection, income of households, VAR

*Auteur correspondant: Ntungila Nkama Floribert (floribert.ntungila@unikin.ac.cd), Tél. : (+243) 81 73 57 263

Reçu le 25/08/2023; Révisé le 28/09/2023 ; Accepté le 20/10/2023

<https://doi.org/10.59228/rcst.023.v2.i3.49>

Copyright: ©2023 Lowenga et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

1. Introduction

Les réflexions actuelles démontrent qu'une question essentielle se pose à plusieurs pays africains: comment atteindre l'objectif de couverture sanitaire universelle adoptée depuis décembre 2012 par l'Assemblée Générale des Nations Unies (ONU, 2012)? Nous savons qu'un système de financement qui repose essentiellement sur les paiements directs, non seulement exclut les pauvres de l'accès aux soins mais il les appauvrit davantage (Iyeti, 2013).

Le Rapport Enabel (2015) sur l'accès aux soins de santé en RDC renseigne que la commercialisation des soins de santé contribue à amplifier les inégalités entre riches et pauvres, le système est faiblement réglementé de rémunération à l'acte engage un cercle vicieux débouchant sur une dégradation progressive de l'accès à des soins de santé de qualité.

Les Comptes nationaux de la santé fournissent les informations qui sont utilisées dans le processus de prise de décisions, parce qu'il s'agit d'une évaluation de l'utilisation actuelle des ressources, et peut être également utilisée pour comparer le système de financement de la santé de la RDC avec celui d'autres pays (Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, 2022).

Le financement de la santé reste complexe. Il s'agit d'une problématique qui se pose de manière transversale à plusieurs États d'Afrique subsaharienne avec des contraintes d'ordre multidisciplinaire (socioéconomiques, politiques, environnementales, sanitaire, etc.). Dans de nombreux cas, un gap subsiste entre les ressources disponibles rares et les besoins multiples en soins de santé et cela exige les pouvoirs publics à opérer des choix rationnels en matière de financement de la santé.

Le cadre conceptuel de l'OMS décrit le système de santé comme un ensemble reposant sur plusieurs piliers parmi lesquels le financement qui est l'un des piliers de la couverture universelle et de la protection financière des ménages.

Dans le cas spécifique de la RDC, le financement de la santé reste un écueil à la qualité des soins dans les formations sanitaires, qu'elles soient publiques ou privées, tant les ressources publiques allouées au secteur de la santé et leur décaissement sont faibles.

Les mécanismes de partage des risques sont presque inexistant, ils sont compris entre 5 % et 7 % de couverture (Ministère de la Santé, Hygiène et Prévention 2019).

Comme la littérature le renseigne, la problématique de la santé est cernée en économie par les questions liées aux financements, aux coûts, à l'offre et à la demande, à la production et la consommation des biens et services de santé, à la qualité et la tarification des services de santé ainsi qu'au faible niveau de revenus des ménages et à l'inaccessibilité financière aux soins de santé (Ntungila, 2023). De ce fait, pour y répondre, les pouvoirs publics doivent intervenir directement ou indirectement.

Cependant, il est important de mener des analyses sur l'évolution des agrégats des finances publiques dans le secteur de la santé pour arriver à comprendre le comportement de l'offre et la demande des soins de santé en RDC. Dans la même veine, il convient de s'interroger sur la protection financière des ménages face aux coûts des soins de santé et au déficit de financement nécessaire à la couverture sanitaire, ce qu'on désigne ici comme les besoins de financement du secteur de la santé, pour régler la question de la précarité de l'accès aux soins de santé dans une perspective de moyen ou long terme.

Les objectifs de cette réflexion sont:

- de dresser un état de lieux des finances publiques dans le secteur de la santé ;
- d'analyser la relation entre la protection financière des ménages et le financement de la santé en RDC au cours de la période sous étude.

L'étude s'interroge sur les effets directs des financements de la santé par les agents économiques sur la protection de revenus des ménages la RDC. Elle émet l'hypothèse qu'un accroissement des dépenses publiques de santé par habitant influencerait positivement la protection des revenus des ménages en RDC.

2. Matériel et méthodes

Les méthodes analytique et descriptive sont adoptées pour calibrer cette réflexion, associée à la technique documentaire et l'analyse économétrique, par un modèle Vectoriel Auto Régressif (VAR), pour vérifier la significativité de l'influence des prévisions des dépenses de santé pour chaque agent économique sur la protection de revenus des ménages saisie par le

revenu par habitant. Les observations sont considérées par trimestre pour la période allant de 2011 à 2020.

3. Résultats et Discussion

3.1. Aperçu des quelques indicateurs des finances publiques dans le secteur de la santé en RDC de 2012 - 2017 (en millions des \$USD et % en du PIB)

Le financement de la santé consiste à la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en place des mesures des préventions et de prise en charge médicale répondant aux besoins des ménages (Banque Mondiale, 2015).

Selon la loi portant organisation du système en santé en RDC, le financement de la santé en RDC repose principalement sur le financement public (budget de l'État du Gouvernement central, Provincial et/ou des Entités territoriales décentralisées), le financement privé (le paiement direct des ménages, la participation communautaire ou mutuelle de santé et les entreprises), le financement extérieur (dons et aides publiques au développement, fonds spéciaux et programmes).

3.1.1. Dépenses de santé par agent économique : État - Ménages - Extérieur

Le stock équilibré de santé de la population traduit le besoin auprès des acteurs; ce qui explique la nécessité de l'implication de ces derniers à travers les dépenses de santé pour maintenir cet équilibre.

Le financement de la santé par les privés et les ménages regroupe les différentes catégories des personnes physiques ou morales intervenant dans ce secteur: les mutuelles de santé, les confessions religieuses (l'Église), les entreprises privées et les ménages.

Le financement extérieur est effectif au travers des partenaires et des coopérations bi et multilatérales qui viennent en appui au financement de la santé en RDC par les dons et l'APD. Parmi les intervenants directs: les États (de l'Amérique, de l'Europe, de l'Afrique et de l'Asie); les Organisations régionales, les Organismes internationaux ainsi que les ONGs nationales et internationales. La figure ci-dessous présente l'évolution des dépenses publiques de santé de 2012 - 2017 (en millions des \$USD et en % du PIB).

La figure 1 montre que le secteur de la santé affiche plusieurs contraintes notamment: la faible allocation budgétaire et la faible dépense effective (située entre 100.000 et 400.000 en millier USD), soit entre 3% et 6% des dépenses publiques globales.

La moyenne annuelle des dépenses de santé s'établit à 4% des dépenses publiques globales pour la période sous observation. Comme on le voit, elles n'atteignent guère 5% du PIB au cours de la période observée. Les dépenses de santé des ménages demeurent très élevées, près de 6% des dépenses de santé totales (en millier USD), et s'élèvent entre 600.000 et 1.600.000 USD associées à celles des privées. Il faut également relever une importante dépendance vis-à-vis des financements extérieurs pour tout le secteur de la santé.



Figure 1. Dépenses publiques de santé
Source: Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (2019)

L'évolution de taux d'exécution du budget du secteur de la santé en RDC de 2011 à 2022 est présentée dans la figure ci-après. Les taux d'exécution du budget pour l'administration et le fonctionnement de la santé restent faibles. Ils se situent entre 2% et 10% seulement pour répondre aux besoins en santé des ménages, et même pour contribuer à la protection des revenus des ménages.

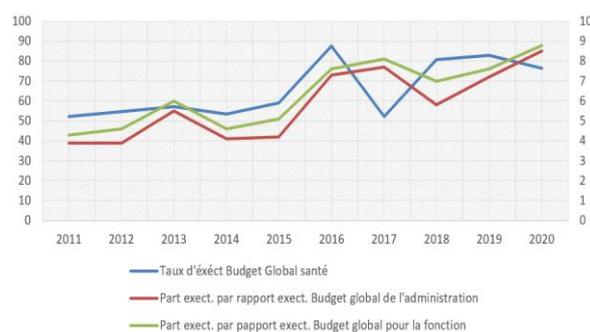


Figure 1. Taux d'exécution du Budget du secteur de la santé

Le taux d'exécution du budget consacré à la santé varie d'une année à l'autre, à la hausse comme à la baisse. Il se situe entre 52% et 90% (il n'atteint jamais 100%) en exécution, considérant la période sous observation.

3.1.2. Déficit de financement du secteur de la santé

Le déficit de financement de la santé traduit, dans une certaine mesure, les besoins de financement du secteur pour parvenir à la protection financière et à la couverture universelle. La figure 3 montre en perspective l'évolution du déficit de financement du secteur de la santé (en millions des \$USD et en % du PIB).

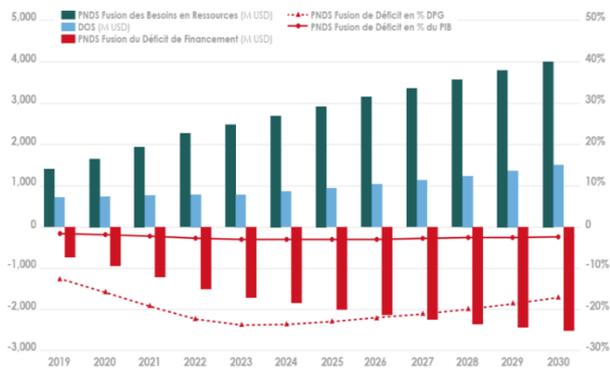


Figure 3. Déficit de financement du secteur de la santé en perspective 2030

Source: Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (2019)

Pour le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, les priorités ont été déclinées dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)/2019-2022. Ce dernier indique un déficit de financement moyen de 1,8 milliard USD par an entre 2019 et 2030. Le déficit de financement qui en résulte est de 20% du budget et représente 2,4% du PIB durant la période. Il fournit une indication précise sur les besoins croissants du secteur de la santé qui sont susceptibles d'atteindre jusqu'à atteindre 40% à l'horizon de 2030 et pour parvenir à la couverture sanitaire.

3.2. Statistique descriptive

Dans cette partie nous présentons les statistiques descriptives (tableau 1) ainsi que la comparaison du niveau des dépenses de santé de quelques États d'Afrique Centrale (tableau 2).

Tableau 1. Statistiques descriptives

	Dép. ext. de santé/hab.	Dép. pub. de santé/hab.	Dép.mén. santé/hab.	Rehab.
Mean	8.111828	3.099152	8.199610	395.8998
Median	8.370000	3.150000	8.760000	408.1072
Maximum	9.760000	4.300000	10.20610	423.6403
Minimum	5.950000	1.500000	5.300000	345.2661
Observations	10	10	10	10

En moyenne chaque agent économique retenu dans cette étude dépense respectivement 8,2 USD, 8,11 USD et 3,1 USD pour les ménages, l'extérieur et

l'État. Le tableau 2, présente les comparaisons du niveau des dépenses de santé de quelques États d'Afrique Centrale.

Tableau 2. Comparaisons du niveau des dépenses de santé

Pays	Dépenses publiques de santé par habitant	Dépenses des ménages de santé par habitant	Dépenses extérieures de santé par habitant
République du Congo	18%	82%	4,02%
Angola	24%	64%	2,63%
Gabon	22%	68%	0,82%
R.D. Congo	39%	37%	38,7%

Source: Fonds Mondial (2021)

3.3. Résultats économétriques

La démarche économétrique établit les relations de causalité entre le revenu par habitant et les dépenses de santé de santé pour chaque agent économique (État, ménages et PTF extérieurs). Nous commençons par la présentation des résultats de stationnarité (tableau 3) précédant ceux relatifs aux résultats de décalage optimal et causalité (tableaux 3 et 4).

Tableau 3. Résultats de stationnarité

Variables	Modèle ⁴	Lag optimal	T-Student	Décision
Revenu par habitant	2	1	-2.3138	I(2)
Dépense publique par habitant	1	1	0.0749	I(1)
Dépense de ménage par habitant	2	2	-0.8260	I(2)
Dépense extérieure par habitant	1	9	0.1904	I(2)

Source: Adapté de Bosonga (2021)

Le tableau 3 renseigne qu'aucune variable n'est stationnaire et que les différentes variables sont intégrées d'ordre 2 à l'exception de la dépense publique par habitant qui est intégrée d'ordre 1.

Tableau 4. Détermination de Lag optimal

Lag	LogL	LR	FPE	AIC	SC	HQ
0	-69.33550	NA	0.000776	4.190600	4.368354	4.251961
1	-32.34322	63.41533*	0.000236*	2.991041*	3.879812*	3.297845*
2	-31.03584	1.942396	0.000568	3.830620	5.430406	4.382866
3	-22.99683	10.10618	0.000991	4.285533	6.596336	5.083222

* indicates lag order selected by the criterion

En observant le tableau 4 nous remarquons que le nombre de retard optimal pour notre modèle VAR est de 1. L'analyse de la causalité (tableau 5) permet de savoir, si la prévision des dépenses de santé d'un agent économique peut être améliorée significativement par la prise en compte des dépenses d'un autre économique.

En considérant les variables sous étude, d'après l'analyse de causalité résultant du tableau ci-haut, les dépenses publiques de santé par habitant n'améliorent

pas significativement, au seuil de 5%, la prévision du revenu par habitant. On constate également que les dépenses de santé des ménages par habitant et les dépenses de santé des partenaires extérieurs par habitant n'améliorent pas significativement, au seuil de 5%, le revenu par habitant. Or, les dépenses publiques de santé par habitant améliorent significativement, au seuil de 5%, non seulement les prévisions des dépenses de santé des ménages par habitant mais aussi les dépenses de santé des partenaires extérieurs par habitant.

Tableau 5. Analyse de la causalité

Null Hypothesis:	Obs	F-Statistic	Prob.
D(DEP_PUB,1) does not Granger Cause D(REVENU_HAB,2) D(REVENU_HAB,2) does not Granger Cause D(DEP_PUB,1)	37	2.04666 0.02766	0.1617 0.9689
D(DEP_MEN,2) does not Granger Cause D(REVENU_HAB,2) D(REVENU_HAB,2) does not Granger Cause D(DEP_MEN,2)	37	0.00924 0.01076	0.9240 0.9180
D(DEP_EXT,2) does not Granger Cause D(REVENU_HAB,2) D(REVENU_HAB,2) does not Granger Cause D(DEP_EXT,2)	37	0.08751 0.01055	0.7692 0.9188
D(DEP_MEN,2) does not Granger Cause D(DEP_PUB,1) D(DEP_PUB,1) does not Granger Cause D(DEP_MEN,2)	37	0.24682 6.09281	0.6225 0.0188
D(DEP_EXT,2) does not Granger Cause D(DEP_PUB,1) D(DEP_PUB,1) does not Granger Cause D(DEP_EXT,2)	37	0.36014 5.81928	0.5524 0.0214
D(DEP_EXT,2) does not Granger Cause D(DEP_MEN,2) D(DEP_MEN,2) does not Granger Cause D(DEP_EXT,2)	37	0.00106 0.00997	0.9742 0.9211

3.3.1. Déficit de financement du secteur de la santé

La figure 4 révèle que, si le gouvernement décide d'augmenter les dépenses publiques de santé par habitant, cela aura des répercussions négatives sur le revenu par habitant dès le premier trimestre jusqu'à retrouver son niveau d'équilibre entre septième et huitième semestre. Cela traduit le fait que, à première vue, l'intervention publique s'avère importante compte tenu du fait qu'elle influence négativement le revenu par habitant, avant de revenir à l'équilibre.

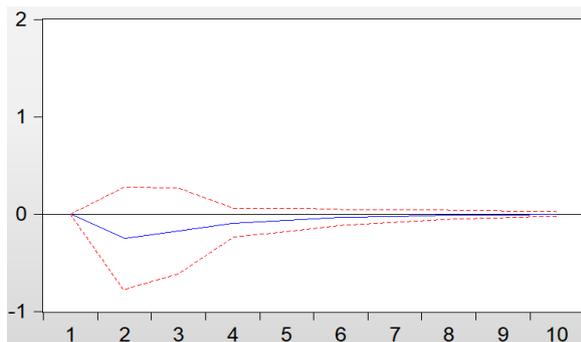


Figure 4. Réponse du revenu par habitant face au choc sur les dépenses de santé par habitant

D'après la figure 5, la décision des ménages d'augmenter leurs dépenses de santé par habitant occasionne des répercussions négatives sur le revenu par habitant à partir du premier trimestre ; puis dès le troisième trimestre, des effets légèrement positifs se succèdent avant de revenir à l'équilibre.

On relève ici le fait que les dépenses de santé des ménages sont importantes et qu'elles pourraient davantage maintenir ces derniers dans un cycle d'appauvrissement critique.

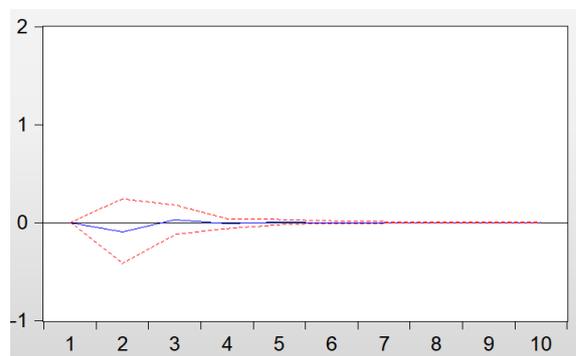


Figure 5. Réponse du revenu par habitant face au choc sur les dépenses des ménages de santé par habitant

La figure 6 nous renseigne que si les partenaires extérieurs décident d'augmenter leurs dépenses de santé, il y aura des effets positifs sur le revenu par habitant au cours d'une période très courte, ensuite des fluctuations ascendantes surviendront avant de revenir à l'équilibre. Les dépenses de santé des partenaires extérieurs par habitant ne sont qu'un palliatif et ne sauraient être une réelle réponse aux problèmes de financement de la santé en R.D. Congo.

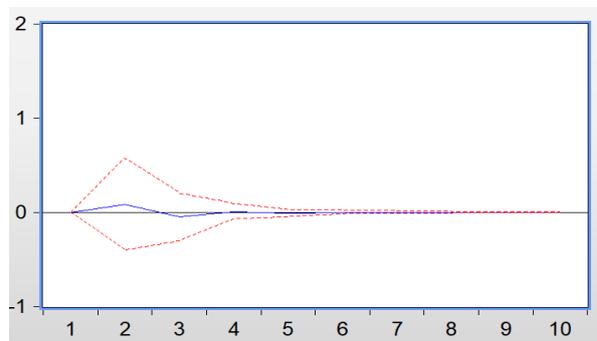


Figure 6. Réponse du revenu par habitant face au choc sur les dépenses extérieures de santé par habitant

3.3.2. Décomposition de la variance

Dans le contexte de cette étude, l'analyse de la décomposition de la variance a permis de dégager la proportion des chocs sur les variables étudiées. Partant des résultats du tableau 6, pour les trois années pris trimestriellement, nous remarquons qu'en moyenne le revenu par habitant a contribué à 95,76% à sa propre prévision, les dépenses publiques de santé par habitant n'ont contribué qu'à 3,60% et les dépenses de santé des ménages par habitant à 0,33% ainsi que les dépenses de santé des partenaires extérieurs par habitant à 0,32%.

Tableau 6. Analyse de la décomposition de la variance

Period	S.E.	D(REVEN...	D(DEP_P...	D(DEP_M...	D(DEP_E...
1	1.550924	100.0000	0.000000	0.000000	0.000000
2	1.612794	96.95267	2.462284	0.334330	0.250713
3	1.623612	95.66873	3.622599	0.352836	0.355834
4	1.626964	95.34929	3.937077	0.358601	0.355033
5	1.628332	95.20249	4.082296	0.358000	0.357215
6	1.628825	95.15204	4.132793	0.357996	0.357171
7	1.629018	95.13187	4.152928	0.357934	0.357269
8	1.629091	95.12433	4.160470	0.357919	0.357284
9	1.629118	95.12142	4.163377	0.357912	0.357294
10	1.629129	95.12031	4.164483	0.357909	0.357297
11	1.629133	95.11989	4.164907	0.357908	0.357298
12	1.629135	95.11973	4.165068	0.357908	0.357298

Cholesky Ordering: D(REVENU_HAB,2) D(DEP_PUB,1) D(DEP_MEN,...

4. Conclusion

Au terme de cette analyse consacrée au financement de la santé et à la protection de financière des ménages en R.D. Congo par un modèle à vecteur auto régressif, il ressort des analyses théoriques que le financement public de la santé se heurte à différentes contraintes, notamment les faibles niveaux d'allocation et d'exécution des dépenses ; une dépendance accrue vis-à-vis des ressources des partenaires extérieurs et un déficit relatif du financement *in globo*.

Les dépenses de santé représentent entre 3% et 6% des dépenses globales; soit en moyenne annuelle 4,5% de toutes les dépenses publiques. Au cours de la période observée, elles n'ont jamais atteint les 5% du PIB et le déficit moyen de financement se situe à 1,8 milliard USD par an pour la période allant de 2019 à 2030. Ce qui représente près 2% du budget et 2,4% du PIB.

En considérant les variables sous étude et les analyses des causalités, les dépenses publiques de santé par habitant n'améliorent pas significativement, au seuil de 5%, la prévision du revenu par habitant. On constate également que, les dépenses de santé des ménages par habitant et les dépenses de santé des partenaires extérieurs par habitant n'améliorent pas significativement, au seuil de 5%, le revenu par habitant. Ce qui traduit effectivement l'absence de protection du revenu des ménages confrontés à des coûts élevés des soins de santé.

Cependant, les dépenses publiques de santé par habitant améliorent significativement, au seuil de 5%, non seulement la prévision des dépenses de santé des ménages par habitant mais aussi les dépenses de santé des partenaires extérieurs par habitant. Toute chose restant égale par ailleurs, lorsque les pouvoirs publics augmentent leurs dépenses publiques de santé par

habitant, cela réduit effectivement les dépenses de santé supportées directement par les ménages ainsi celles prises en charge par les partenaires extérieurs. Ces résultats démontrent qu'il est impératif pour les pouvoirs publics d'accroître leurs dépenses de santé par habitant pour améliorer sensiblement la situation sanitaire de la population congolaise.

Ces conclusions sont confortées par l'OMS qui a relevé que la proportion de la population en difficulté financière a tendance à être moins importante dans les pays qui s'appuient davantage sur une vigoureuse politique publique de la dépense de santé. Ces pays, en effet, ont apporté ainsi la démonstration que la couverture sanitaire de la population exige un consensus politique visant à limiter la participation des ménages aux dépenses de santé et proposant des mesures efficaces pour financer la santé publique (ciblage des bénéficiaires, exhaustivité des prestations, gratuité des soins Mère-Enfant, jeunes filles, paludisme, tuberculose, vaccination de base, etc.). C'est autant d'éléments essentiels qui militent en faveur d'un accroissement des dépenses globales en faveur du secteur de la santé en R.D. Congo.

Comme pour d'autres régions en développement dans le monde, il est impératif – dans le cas de la R.D. Congo. – de réfléchir plus en avant à propos des voies et moyens pour corriger une couverture très lacunaire en médicaments prescrits à titre de soins ambulatoires et pour réduire les difficultés des ménages financièrement vulnérables. Des données récentes et probantes confirment effectivement l'importance du médicament comme facteur direct de dépenses en santé à travers le monde en développement.

Références bibliographiques

- Banque Mondiale. (2015). Revue des Dépenses Publiques de la RDC, (Volume I). Consulté le 15 avril 2022. <https://documents1.worldbank.org/>
- Bosonga, J-P. (2021). *Manuel d'Économétrie*. Kinshasa, Édition Terabyte.
- Bureau International du Travail. (2003). *Guide des mutuelles de santé en Afrique*. Genève, STEP.

-
- Enabel. (2015). *Accès aux soins de santé en RDC*. Consulté le 21/ juillet/2022. <https://www.enabel.be/fr/nos-actions/offrir-une-expertise/sante/>
- Fonds Mondial. (2021). *Tableau de bord de l'Afrique sur les financements nationaux pour la santé*. Consulté 20 octobre 2022. <http://www.FondsMondial.org>
- Iyeti, M.A. (2013). Systèmes de la santé dans les pays à faibles revenus: réflexions inspirées de la situation de la RDC. *Éditorial de financement, 2*.
- Ministère de la Santé Publique RDC. (2019). *Étude sur l'espace budgétaire du secteur de la santé en RDC, elle peut si elle le veut réaliser la Couverture Santé Universelle* [Lettre n°1].
- Ministère de la Santé Publique RDC. (2022). *Rapport sur régime de financement de la Sante et les indicateurs de protection financière dans le cadre la CSU*. Inedit.
- Ntungila, F. (2023). *Introduction à l'économie de la santé*. Kinshasa, Presse Universitaire de Kinshasa.