

## Enjeux et défis de couverture santé universelle en République Démocratique du Congo: Synthèse critique interprétative de la littérature

### [ Issues and challenges of universal health coverage in the Democratic Republic of Congo: A critical interpretative synthesis of the literature ]

Jean-Bosco Kahindo Mbeva<sup>1-2-3</sup>, Mitangala Ndeba Prudence<sup>1-2-4</sup>, Eric Tchouaket Nguemeleu<sup>5</sup>, Mahamba Nzanzu<sup>1</sup>, Levis Kahandukya Nyavanda<sup>3</sup>, and Jean-Roger Syayipuma Kambere<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ULB Coopération, PADISS2, Bureau de Goma, RDC

<sup>2</sup>Université Officielle de Ruwenzori (UOR), Butembo, RDC

<sup>3</sup>Université Libre des Pays des Grands Lacs (ULPGL), Goma, RDC

<sup>4</sup>Université Catholique de Bukavu (UCB), Bukavu, RDC

<sup>5</sup>Université du Québec en Outaouais, Québec, Canada

---

Copyright © 2023 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**ABSTRACT:** *Introduction:* In line of the powerful concept of Universal health coverage (UHC) inspired to the Primary Health Care Renewal in 2008 and the Astana Declaration on Primary Health Care and the Sustainable Development Goals, this study analyzes the challenges of universal health coverage (UHC) in the Democratic Republic of Congo (DRC). *Methods:* The study used a reflective and interpretive synthesis of the literature. The search was conducted using keywords related to universal health coverage, health policies, systems and services and the DRC. *Results:* The study highlights a strong desire for progress in the DRC towards UHC that contrasts with the legal and organizational framework, governance practices, organization of health services and care delivery. Effects of this limited congruence are illustrated by the low level of integration and performance of health services, and the high level of catastrophic health expenditure and exclusion of the population in access to health care. *Discussion and conclusion:* In a context where nearly 75% of the population lives on less than USD 1.9 per day and the informal sector, the hybrid legal framework is an obstacle to the real progress towards UHC in the DRC. Changing the legal framework, by integrating a generalized mandatory system, and then structuring a greater raising of funds, including innovative financing, as well as establishing a more coherent and adaptive governance in favor of UHC, are priority avenues to explore to resolutely commit to the path of UHC in the DRC.

**KEYWORDS:** Universal health coverage, DRC, Governance, review.

**RESUME:** *Introduction:* En lien avec le renouveau des soins de santé primaires prôné par l'OMS en 2008 et la déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires, le développement durable et la couverture santé universelle, un concept puissant de santé publique, cette étude analyse les défis de couverture santé universelle (CSU) en République Démocratique du Congo (RDC). *Méthodes:* L'étude a procédé par une recension réflexive et interprétative de la littérature. La recherche a été effectuée dans les bases de données Pubmed, Medline, Google scholar à partir des mots clés relatifs à la couverture santé universelle, aux politiques, systèmes et services de santé et à la RDC. *Résultats:* Cette étude met en évidence une volonté forte de progression de la RDC vers la CSU, qui contraste avec un cadre légal et organisationnel de la CSU et des pratiques de gouvernance des services de santé et de prestations des soins questionnables. Le faible niveau d'intégration et de

performances des services de santé et le niveau élevé de dépenses catastrophiques pour la santé et d'exclusion de la population dans l'accès aux soins, illustrent les effets de cette congruence limitée. *Discussion et conclusion*: Dans un contexte de forte paupérisation des populations, faire évoluer ce cadre légal vers un système obligatoire généralisé, structurer une levée plus importante des financements, dont innovants, instaurer une gouvernance plus cohérente et adaptative en faveur de la CSU, constituent des pistes prioritaires à explorer pour accélérer la progression de la RDC sur la voie de la CSU.

**MOTS-CLEFS:** Couverture santé universelle, RDC, Gouvernance, revue des écrits.

## 1 INTRODUCTION

Le concept de couverture santé universelle (CSU), est bien présent au sein de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires depuis les années 1978 [1]. Ce concept traduit, l'aspiration de l'humanité à plus de solidarité et d'équité en matière de santé, depuis plusieurs décennies. Ce concept de CSU a pris un relief particulier, avec le rapport de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) sur le lancement du renouveau des soins de santé primaires en 2008 [2], au regard des fortes inégalités en santé qui se sont creusées à travers le monde au cours de 30 ans précédents. Ce concept a été remis au goût du jour en 2018 avec la Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires, la couverture santé universelle et le développement durable [3]. Il s'est agi, à travers cette déclaration, d'un engagement d'intensifier la mise en œuvre des soins de santé primaires au sein des systèmes de santé structurés et robustes en vue de la couverture santé universelle qui est un volet essentiel des objectifs de développement durable.

La Couverture santé universelle (CSU) suppose l'accès de tout individu sans exclusion quelconque, à des services de santé de qualité dont il a besoin, sans encourir la moindre difficulté financière [4]. Elle suppose d'une part, la disponibilité des services de qualité en rapport avec la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins curatifs, la rééducation, les soins palliatifs. D'autre part, elle impose la protection de la population contre les risques financiers liés au recours, à l'utilisation et au paiement du coût des services de santé. Cette ambition à ne laisser personne sur le côté, fait de la Couverture santé universelle, un des concepts les plus robustes que la santé publique ait pu proposer à l'Humanité. Durant la 65<sup>ème</sup> Assemblée Mondiale de la santé la CSU a été présentée par la directrice générale de l'OMS, comme « le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir » [5]. Ce concept devrait désormais inspirer et guider les politiques, les systèmes de santé et l'organisation des services de santé à travers le monde.

La progression sur la voie de la CSU est un processus complexe. Il impose aux Etats un engagement ferme, qui s'inscrive dans la durée en rapport avec l'adaptation des politiques publiques, du système de santé, de mobilisation et de financement de la santé. Après analyse des expériences de plusieurs pays dans le monde, l'OMS a proposé aux Etats en 2010 [6] des stratégies basées sur l'évidence (« *evidence based policy* »; « *evidence based practice* »), susceptibles d'être mobilisées pour progresser sur la voie de la couverture santé universelle. Ces stratégies touchent à trois obstacles principaux à la CSU. En effet, les budgets affectés par nombreux Etats au secteur de la santé, sont tellement réduits qu'ils ne peuvent permettre de progresser vers la CSU. En outre, de nombreux Etats perpétuent le mode de paiement direct des soins, qui est bien loin de s'inscrire dans une logique solidaire et qui accroît le risque de basculement dans la pauvreté lors d'un épisode maladie. Enfin, des études montrent que l'allocation des financements et leur utilisation sont loin d'être optimales. Des études révèlent des gaspillages de l'ordre de 20 à 40% des financements mobilisés [6]. Sur cette base, les stratégies proposées par l'OMS sont axées sur: (i) une mobilisation plus importante des ressources et des financements; (ii) le basculement du mode de paiement direct des soins à la mise en place des systèmes solidaires de prépaiement ainsi que la lutte contre les autres barrières dans l'accès aux services de santé; (iii) la promotion de l'efficacité et l'élimination du gaspillage. Ces stratégies, qui ouvrent des grands axes de travail et de réforme doivent, bien évidemment, être envisagées et adaptées, selon les contextes de chaque pays. Bien que ces axes de travail et de réforme aient été définis, de nombreux pays, en Afrique subsaharienne, peinent à progresser, alors que d'autres comme le Rwanda, le Ghana, le Gabon, le Botswana, l'Afrique du Sud ont enregistré des progrès significatifs.

Depuis plus d'une décennie, la République Démocratique s'emploie à emprunter cette voie complexe visant à progresser vers la Couverture santé universelle. Néanmoins, elle peine à engranger des progrès significatifs. Face à ce paradoxe, la question posée est de savoir quelles sont les principales contraintes rencontrées et qui entravent la bonne progression de la RDC sur la voie de la CSU, bien que des stratégies aient été bien indiquées au niveau global. Au vu du potentiel élevé de ressources humaines et non humaines dont regorge la RDC, nous formulons l'hypothèse selon laquelle les plus grandes contraintes à la progression sur la voie de la CSU relèvent des difficultés d'adaptation de la gouvernance. Or celle-ci est nécessaire pour orienter les processus initiés dans le secteur de la santé et les secteurs qui lui connexes, vers les objectifs visés.

Dans ce contexte et cette perspective, cette étude a pour objectif d'analyser les défis et enjeux de couverture santé universelle (CSU) en République Démocratique du Congo (RDC); la finalité étant de proposer des pistes de travail et d'actions basées sur l'évidence aux décideurs, et aux autres parties prenantes du processus vers la CSU en République démocratique du Congo.

## **2 METHODES**

### **LIEU D'ÉTUDE:**

La RDC est un vaste pays, à cheval sur les régions d'Afrique Centrale, d'Afrique Australe et des Grands Lacs africains. D'après les estimations de l'Institut National des Statistiques de la RDC, sa population totale est estimée plus de 95 millions d'habitants en 2022 [7]. La RDC est confrontée depuis plus de trois décennies à une récurrence des conflits armés [8]. Cette instabilité sape ses efforts de développement; dans ce contexte, l'immensité de ses ressources naturelles contraste avec le niveau élevé de pauvreté de ses populations. En effet, 74,7% de ses habitants vivent avec moins de 1,90 USD par jour pour l'an 2020, d'après une enquête réalisée par l'observatoire des objectifs de développement durable et l'institut national des statistiques [7]. Pour l'année 2021, la RDC a été classée dans la catégorie des pays à Indice faible, à la 179<sup>ème</sup> place (sur 191) sur l'indice de développement humain [9].

Sur le plan administratif, la RDC compte 26 provinces. Au point de vue sanitaire, son système sanitaire est échelonné et comporte trois niveaux: le niveau central en charge d'élaboration des politiques et des normes sanitaires; le niveau provincial ou intermédiaire avec une fonction principale de support au niveau opérationnel; enfin le niveau opérationnel correspondant aux districts de santé [10].

### **TYPE D'ÉTUDE ET CADRE D'ANALYSE:**

Cette étude a procédé par une revue de littérature à visée interprétative et de questionnement [11]. Contrairement à une revue systématique de la littérature [12], [13], une revue interprétative s'inscrit dans une logique inductive; elle est recommandée lorsque les recherches recensées ont de natures diverses sur le plan méthodologique, théorique et conceptuel [11]. Pour répondre à la question sous étude, un cadre d'analyse a été élaboré. Celui-ci est inspiré d'un des concepts centraux du modèle de Sicotte *et al.* [14] sur la performance des organisations sanitaires, à savoir l'adaptation à son environnement. Le modèle de Sicotte considère que pour être performant, un système ou une organisation doit en permanence assumer quatre grandes fonctions: (i) atteindre ses buts légitimes, (ii) s'adapter à son environnement, (iii) produire avec qualité, (iv) maintenir et créer des valeurs. Le cadre d'analyse proposé (figure 1), indique que le progrès ou l'atteinte des objectifs visés par une innovation globale de santé au sein d'un pays (cas de la CSU), passe par une adaptation cohérente et plus ou moins importante de ses politiques sanitaires. La prise en compte des éléments de contexte, l'adaptation des valeurs et du système sanitaire sont également à relever. Les processus d'adaptation ne sont pas spontanés. Ils requièrent du pilotage et de la régulation dans le cadre d'une gouvernance adaptative et distribuée au sein des différentes instances de l'Etat en question.

Le processus mené pour tenter de répondre à cette question centrale, s'est basé sur le cadre d'analyse sommaire, dont le rationnel est abordé ci-dessus. Ce cadre d'analyse nous a permis d'identifier les mots clés utilisés pour mener la revue de la littérature.

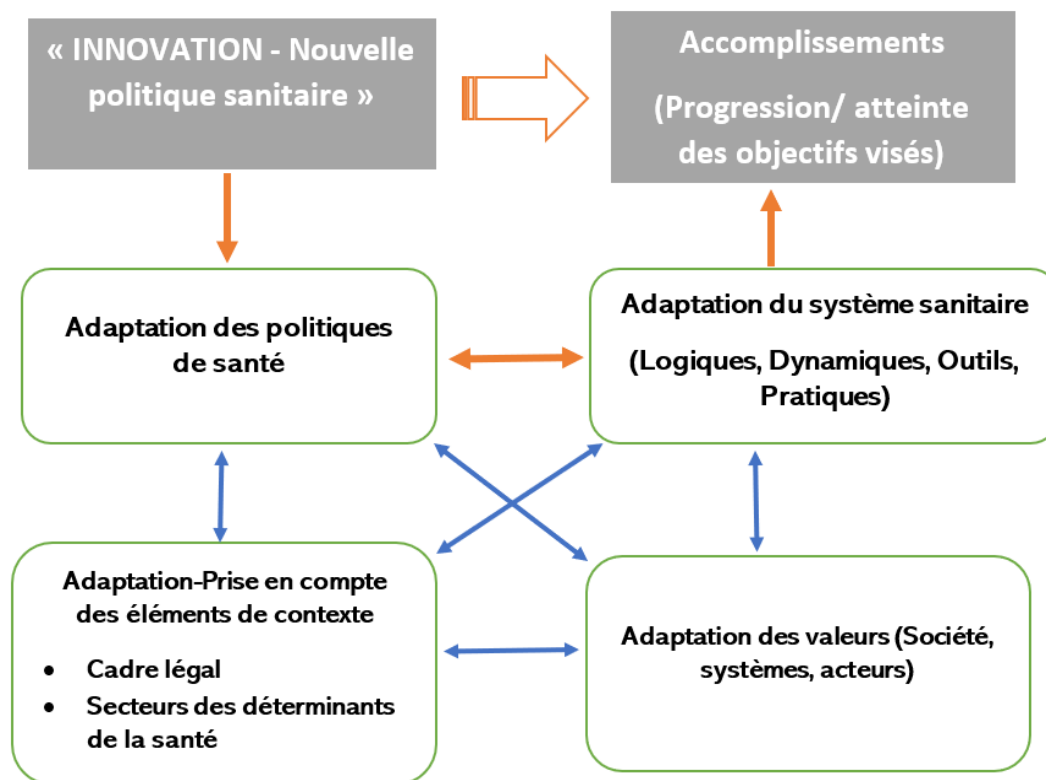


Fig. 1. Cadre d'analyse pour la recherche

#### STRATÉGIE DE RECHERCHE:

La recherche bibliographique a été menée, entre juin et octobre 2022, au niveau des bases de données de recherche Pubmed, Medline et du moteur de recherche Google-Scholar. La recherche des données de littérature a été guidée par les mots clés suivants: « Couverture santé universelle » ou « Système de santé » et « Performances » et « République Démocratique du Congo » en Français et par les mots clés suivants en Anglais « Universal Health coverage » or « Health system » and « Performance » and « Democratic Republic of Congo ». Bien que la revue de la littérature n'eût d'ambition strictement systématique, l'inclusion des articles était néanmoins basée sur 7 de 11 paramètres de la grille AMSTAR mise au point par Shea *et al* [12]. Sur la base des références bibliographiques des articles pertinents trouvés, cette recherche a été complétée par une recherche sur les sites de la présidence de la RDC, du ministère de la Santé de la RDC, des organisations partenaires comme l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), l'Unicef, la Banque Mondiale, ULB Coopération. Cette recherche a permis d'intégrer des documents empiriques produits dans le cadre des processus d'adaptation du cadre légal, des documents des politiques, des documents de planification, divers rapports d'études et d'évaluations, etc. Le processus de recherche, d'inclusion et d'exclusion des articles, études et documents, est résumé dans la figure 2, ci-dessous.

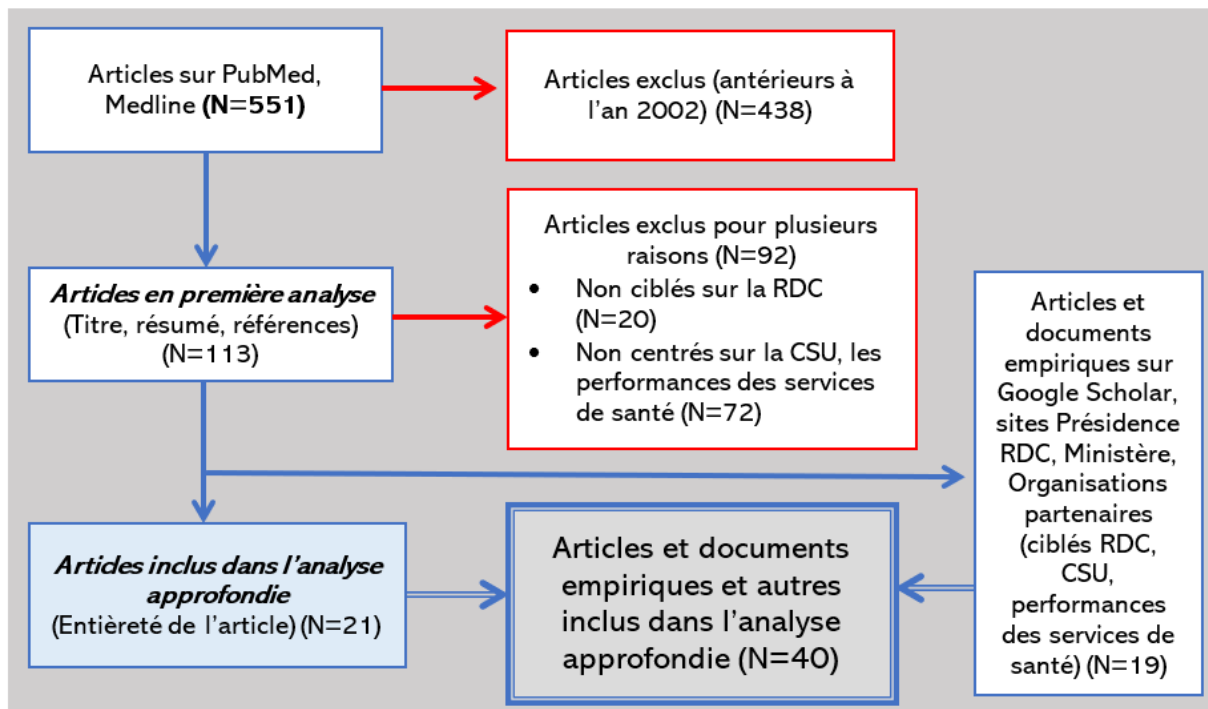


Fig. 2. Diagramme de Flow - inclusion des articles et des documents empiriques

#### QUALITÉ DES DONNÉES ET INCLUSION DANS L'ÉTUDE:

Ont été incluses dans cette étude, les données documentaires des vingt dernières années (2002 à 2022), ayant traité de la couverture santé universelle et des performances du système de santé de la RDC, quel que soit le niveau du système où l'on se trouve. Au total 40 ressources documentaires ont été incluses dans l'étude: des articles scientifiques (n=21) et des rapports d'études empiriques ou des documents traitant de la Couverture santé universelle et des performances du système de santé de la RDC (n=19).

#### ANALYSE DES DONNÉES ET SYNTHÈSE:

Il s'est agi d'une analyse de contenu [15], à visée inductive [16], orientée secondairement par la grille d'analyse. Chaque ressource documentaire incluse dans l'étude a fait l'objet d'une lecture systématique du résumé puis d'une lecture approfondie de l'article. La lecture approfondie a été guidée par une grille de lecture, qui questionnait les éléments suivants: (i) les politiques et stratégies développés, (iii) les aspects légaux mis en place ou réformés, (iv) les transformations au niveau des valeurs, des logiques; (vi) les pratiques développées ou renforcées, (vii) les performances et les accomplissements engrangés. Les éléments consignés dans la grille de lecture ont fait l'objet d'un processus circulaire d'analyse critique et de synthèse, en lien avec le cadre d'analyse ébauché au départ.

Sur cette base, les efforts d'adaptation des politiques, des stratégies d'actions, des logiques d'actions, des pratiques et les performances ont été identifiés, en lien avec la couverture santé universelle en RDC. Les enjeux et les principaux défis subsistants ont été mis en évidence puis discutés au regard du cadre d'analyse de l'étude.

### 3 RESULTATS

Les études trouvées sont pour la plupart publiées au cours de cinq dernières années (n=34). Les documents empiriques portent plus sur tout le pays. Elles ont plus traité des politiques, du cadre légal et organisationnel (n=15) ainsi que des performances du système de santé (n=10). En revanche, les articles scientifiques ont plus questionné la cohérence des politiques (n=7), des stratégies déployées (n=8) ainsi que leurs effets en termes de couverture et d'accès aux services de santé (n=7) et de qualité des prestations (n=6) et de réduction des dépenses catastrophiques (n=10). Quatre provinces de la RDC

sont représentées dans ces études: le Kongo central (n=2), le Sud Kivu (n=3), le Nord Kivu (n=5), le Sankuru (n=1) et le Nord Katanga (n=5).

Les résultats d'analyses présentés tout au long des sections suivantes sont exprimés en termes de: (i) volonté de progression de la RDC vers la CSU; (ii) congruence entre la volonté et le cadre légal et organisationnel en vue de la CSU; (iii) pratiques de gouvernance, d'organisation des services de santé et de prestations des soins; (iv) conséquences qui en découlent en termes de niveau d'intégration des services de santé essentiels, de performances des services de santé, de l'accessibilité aux soins de santé.

### **3.1 LA VOLONTÉ DE PROGRESSION VERS LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE EN RDC**

La volonté pour la RDC de progresser vers la couverture santé universelle est fortement affirmée depuis plus d'une décennie. L'adoption en RDC d'une stratégie sectorielle pour la santé, la promulgation des lois sur les mutuelles de santé et la santé publique, l'organisation d'une conférence internationale sur la CSU et l'adoption d'un plan stratégique pour la CSU, illustrent cette ferme volonté. En effet, en 2006, la RDC se dotait d'une stratégie sectorielle, la « Stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) » [17]. La vision dans laquelle s'inscrivait cette stratégie offrait une belle perspective pour doter la RDC d'un système de santé robuste en phase avec le renouveau des soins de santé primaires et des services de santé de grande qualité. Ces services devraient être sûrs, complets, intégrés, accessibles, disponibles et abordables pour tous et partout en RDC. Des plans de développement sanitaires ont été mis en route pour opérationnaliser cette stratégie, avec des financements domestiques et extérieurs. La promulgation en 2017 et 2018 [18], [19], des lois sur les mutuelles de santé, dotait la RDC d'un cadre légal pour progresser sur le dispositif de couverture de la population par un système d'assurance maladie. Ce cadre légal permettait de piloter, réguler et développer des services de santé de qualité. Plus tard, en 2019 et 2020, la RDC s'est dotée d'un plan stratégique 2021-2030 visant à progresser sur la voie de la CSU en RDC [20]. Des feuilles de route ont été élaborées par la suite au niveau national et de chacune de 26 provinces pour cadrer et assurer le suivi de la mise en œuvre de ce plan décennal. Ses objectifs s'articulent autour de l'accroissement de la couverture en services de santé essentiels de qualité (de 41,5% à 60%) et la réduction de 40% du niveau des dépenses catastrophiques liées aux soins. Ils incluent l'approche santé dans toutes les politiques. Enfin, au mois de février 2020, la RDC a organisé à Kinshasa (sa capitale), une conférence internationale sur la couverture santé universelle. Cette conférence a servi de cadre pour permettre à la RDC d'apprendre et de capitaliser certaines expériences sur la CSU au niveau global (cas du Gabon, du Sénégal) et au niveau de certaines provinces de la RDC (Nord Kivu, Lualaba, Kongo Central et Sud-Ubangi).

### **3.2 CADRE LÉGAL ET DISPOSITIFS D'OPÉRATIONNALISATION DE LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE EN RDC**

Le cadre légal a été voté au parlement en 2017 et 2018 et des dispositifs d'opérationnalisation de la CSU ont été élaborés. Elle capitalise l'expérience de micro-assurance développée depuis plusieurs années en RDC [21], [22], [23]. Cependant certains aspects dudit cadre légal et du dispositif de mise en œuvre de la CSU semblent peu en phase avec celle-ci.

La loi sur les mutuelles de santé consacre un régime obligatoire pour les personnes œuvrant dans le secteur formel, financé par des prélèvements à la source, sur leurs rémunérations. Cette catégorie de personnes constitue moins de 20% de la population de la RDC. Cette loi prévoit également un régime volontaire de couverture par des mutuelles de santé communautaires aux personnes vivant du secteur non formel. Ces derniers constituent plus de 70% de la population de la RDC. Ces ménages ont un niveau de revenu mensuel généralement bas (une médiane de 140 USD dans la ville de Goma et 20 USD dans la zone de santé de Vuhovi au Nord Kivu) [24]. Ce niveau de revenu bas qui mine les capacités contributives, couplé au caractère volontaire, ne peuvent permettre un réel décollage du système solidaire de prépaiement. Le financement de l'assurance maladie par des prélèvements obligatoires sur les rémunérations, est une source limitée, dans un contexte des rémunérations généralement modestes pour la plupart des travailleurs du secteur public. Ces trois facteurs couplés (caractère volontaire, faible niveau de revenu, prélèvements sur des rémunérations généralement basses) peuvent rendre hypothétique l'accroissement substantiel de la couverture des populations. D'après les comptes nationaux de la santé, le niveau de couverture est évalué à 8% en 2020 [25]. L'enquête Mics3 situe la proportion des populations couvertes par un système d'assurance maladie à moins de 5% en 2018. Pour les femmes de 15 à 49 ans et hommes de 15 à 59 ans, les taux de couverture sont respectivement de 4,3% et 4,1%. Pour les enfants de 5 ans à moins de 15 ans et les enfants de moins de 5 ans, les taux de couverture sont plus bas, avec respectivement 2,9% et 3,1% [26].

Le dispositif de mise en œuvre de la CSU a fait l'objet de cinq décrets du premier ministre en 2022 [27], [28], [29], [30], [31]. Ce dispositif comporte 5 instances, axées sur une meilleure régulation de la CSU [27], le financement de la demande et de l'offre [28], [29], la digitalisation de l'ensemble du système CSU [30] ainsi que sur la santé publique et la recherche [31]. Les

finalités assignées à ces dispositifs sont pertinentes. Toutefois, certaines responsabilités confiées aux instances relatives à la digitalisation, la santé publique et la recherche créées font double emploi avec certaines institutions existantes au sein du ministère de la santé de la RDC, dans un contexte de ressources bien limitées. Pour les instances de financement, le même constat de double emploi avec plusieurs autres institutions existantes au niveau de plusieurs ministères est relevé. Des établissements d'utilité publique « Fonds d'achat des services de santé (FASS) », ayant reçu de l'Etat Congolais une mission d'utilité publique dans la gestion des financements de la santé. Ces institutions se sont avérées efficaces et efficaces dans la contractualisation avec les services de santé et la gestion des fonds destinés au tiers-payant pour les soins de santé [32]. Ces institutions ne sont pas clairement capitalisées dans ce nouveau dispositif [20], [28], [29]. Le mode de recrutement des gouvernants de ces institutions se fait par nominations. Néanmoins, pour les autres cadres, des modalités plus ouvertes visant à recruter des personnels les plus compétents sont prévues. Les décrets instituant ces dispositifs, prévoient parmi les sources de financement, des prélèvements de l'ordre de 15% sur les financements destinés à la CSU, y compris les cotisations des ménages. Ces prélèvements auprès des ménages, dont près de 75% vit en dessous du seuil de pauvreté, et qui contribuent déjà à plus de 40% des dépenses de la santé [25], [33], accroîtraient le poids du financement des services de santé sur les ménages. Cette disposition est contraire à l'option consacrée par la stratégie de renforcement du système de santé en RDC, qui préconise un allègement de la contribution des ménages [17].

### **3.3 DES PRATIQUES D'ORGANISATION ET DE FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ EN LIEN AVEC LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE**

Une étude menée dans le district de santé de Kisantu à l'Ouest de la RDC [34], a montré combien l'amélioration de la couverture et l'accès des populations des districts de santé à des services de santé essentiels impose une approche systématique et des réformes profondes. A ce titre, le mode d'organisation des services de santé indiqué par la stratégie de renforcement du système de santé reste pertinente, mais malheureusement peu emprunté. Ce mode d'organisation est peu soutenu par les instances d'accompagnement et les instances de financement. Les réformes des niveaux opérationnel, intermédiaire et national, nécessaires pour soutenir et progresser vers ce mode d'organisation ne sont réalisées qu'à moitié. Elles sont régulièrement mises à l'épreuve par des pratiques de certains acteurs sensés les soutenir [35], [36]. À titre illustratif, des critères de gradient de compétences et de probité ont été relégués dans certains cas au second plan lors de la mise en place des équipes réformées du niveau intermédiaire. Des processus de, formation et d'accompagnement, continuent à perpétuer des logiques verticales en lieu et place des logiques horizontales, intégrées et visant l'accompagnement de proximité des équipes des zones de santé. En somme les efforts des autorités pour impulser la qualité des services demeurent insuffisants, y compris pour les structures contractualisées avec les mutuelles de santé [37]. Bien que le niveau d'intégration des services de santé essentiels demeure faible, l'impulsion attendue du niveau central du ministère de la santé en termes de directives pour accélérer ce processus, se fait attendre deux ans après la conférence sur la CSU en RDC. Au niveau du financement, le mode de paiement direct des soins reste prépondérant, avec 91% des cas en 2020 [25], [38]. Le principe du basculement du lieu de négociation des financements des services de santé du niveau central vers les provinces, en lien avec les plans provinciaux de développement sanitaire, reste d'application mitigée. L'outil contrat unique, mis en place au niveau des provinces par le ministère de la santé, offrait l'opportunité de progresser vers ce basculement. Cependant, sa mise en œuvre reste entravée par des financements gérés à partir du niveau central. La contribution financière de l'Etat demeure limitée et l'implication réelle des partenaires techniques et financiers du ministère de la santé perfectible [39]. Plus globalement, la contribution du budget de l'Etat au financement des services de santé est restée à moins de 11% au cours des 12 dernières années, avec 9,6% en 2020. Le taux d'exécution dudit budget est généralement faible. Le niveau le plus élevé au cours des quatre dernières années était celui de l'an 2020, avec 67,14% de taux d'exécution budgétaire [25].

### **3.4 NIVEAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS ET D'ACCÈS DES POPULATIONS ET DE DÉPENSES CATASTROPHIQUES DES SOINS**

L'accès des populations aux services de santé s'est amélioré ces dernières années en RDC [40]. Malgré cette tendance positive, l'accessibilité des populations aux services de santé et d'autres indicateurs sanitaires demeurent à des niveaux non optimaux.

En considérant les services de santé, une étude réalisée en 2017 montre que 59% des formations sanitaires en RDC offrent l'entièreté desdits services de base [41]. En revanche, en considérant les services de santé essentiels préconisés par l'OMS, le niveau d'intégration des services de santé essentiels est demeuré en deçà de 50% (41,0% en 2017 et 41,5% en 2019) [42], [20]. Les statistiques sanitaires mondiales situent l'index de couverture à 39 pour la RDC [43]. Certaines études sur l'itinéraire thérapeutique du patient montrent des niveaux élevés de recours à l'automédication ou d'autres recours alternatifs (51% dans la ville de Goma, à l'Est de la RDC) [44]. Les carences et les retards observés dans la mise en place d'un système d'assurance

maladie, accroissent la proportion des ménages confrontés à des dépenses catastrophiques des soins [45], [46], [47], voire des cas de privations de liberté [48].

Une étude menée dans la ville de Goma à l'Est de la RDC en 2017, situe la proportion des ménages ayant été confrontés à des dépenses catastrophiques au cours du dernier épisode maladie à 42,9% [24]; l'étude réalisée en 2019 dans la ville de Lubumbashi au Sud-Est de la RDC, situait la proportion des mères incapables de faire face aux coûts directs des soins obstétricaux et néonataux à 58,4% [49]. Des chiffres similaires (46,8% des ménages confrontés à une barrière financière dans l'accès aux soins) avaient déjà été observés dans une étude réalisée dans la zone de santé de Katakokombe, dans la partie centrale de la RDC [50]. Ces faits rejoignent globalement les résultats mitigés des analyses effectués par Nyamugira *et al.* [51] en rapport avec les effets des engagements pris en RDC au sujet de la CSU. Dans ce contexte d'intégration limitée des services de santé essentiels de qualité et de barrières financières dans l'accès aux soins, les performances des services de santé sont limitées, comme l'indiquent les niveaux encore élevés de mortalité maternelle et de mortalité néonatale en RDC (respectivement 473 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes et 27 décès néonataux pour 1000 Naissances vivantes en 2020) [26], [43].

## 4 DISCUSSION

Cette étude sur la marche de la RDC vers la couverture santé universelle met en évidence une volonté forte de progression de la RDC vers la CSU. En revanche, elle révèle une congruence limitée entre, d'une part, cette volonté et d'autre part (i) le cadre légal et organisationnel en vue de la CSU; (ii) les pratiques de gouvernance, d'organisation des services de santé et de prestations des soins. Les effets de cette congruence limitée sont illustrés par: (i) le faible niveau d'intégration des services de santé essentiels; (ii) l'insuffisance de performances; (iii) le niveau élevé de dépenses catastrophiques des ménages pour la santé et l'exclusion de la population dans l'accès aux soins de santé.

Avant de discuter cette volonté et ces défis en rapport avec la CSU, il importe d'aborder les limites de cette étude. La principale limite concerne sa méthodologie, qui relève d'une revue interprétative de la littérature. Cette limite est néanmoins compensée par le fait que cette revue s'apparente à une étude de cas unique [52]. En outre, cette revue a été précédée par l'élaboration préalable d'un cadre théorique d'analyse et d'une modélisation dans une perspective de questionnement. Comme l'a indiqué Yin [52], le recours à une modélisation permet de renforcer la validité interne, tandis que la mobilisation d'un cadre théorique permet de renforcer la validité externe de l'étude. Enfin, le recours, bien que partiel, aux critères élaborés par Shea *et al.* [12], a permis d'inclure et d'analyser des articles scientifiques pertinents.

Malgré ces limites de l'étude les principaux résultats de cette étude ainsi que les pistes prioritaires qui y émergent visent à booster la marche vers la CSU en RDC.

### 4.1 DES DÉFIS D'ADAPTATION DU CADRE LÉGAL, QUI PRENNENT PEU EN COMPTE CERTAINES ÉVIDENCES SCIENTIFIQUES

La loi sur les mutualités, adoptée en RDC en 2017 constitue la base légale d'organisation du système d'assurance maladie basée la micro-assurance communautaire pour la majorité des populations de RDC. Ce cadre légal renvoie partiellement au modèle Bismarckien, pour son régime obligatoire de prélèvement sur les rémunérations des travailleurs du secteur formel. Ce régime semble peu adéquat, quand l'on considère la faible proportion des personnes œuvrant dans le secteur formel (moins de 20%) et le niveau bas des salaires surtout pour les agents du secteur public. L'autre volet du cadre légal, est le régime volontaire sous forme de mutuelles de santé communautaires volontaires proposé pour toute personne hors du secteur formel. Ces derniers constituent la bonne majorité de la population congolaise (plus de 80%), avec plus de 70% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté [53], [7]. Bien avant que cette loi ne soit votée, de nombreuses études avaient pourtant montré qu'avec des mutuelles de santé volontaires, il est illusoire d'espérer progresser vers la couverture santé universelle [54], [55]. Certes la petite frange des populations couvertes par des mutuelles utilise plus fréquemment les services que celles non couvertes [22], [23]. En revanche le plus gros défi en RDC est d'accroître le taux de couverture assurantielle, qui demeure au niveau national à moins de 10% [25]. En effet la faible capacité contributive des usagers constitue une des contraintes majeures qui limite fortement le niveau de cotisation en termes de primes ainsi que les taux d'adhésion [56] et de fidélisation [22]. Des études menées en RDC et ailleurs, montrent combien le caractère volontaire de l'adhésion, la prise en compte inégale des besoins des bénéficiaires et la gestion amateuriste des mutuelles de santé, rendent le système basé sur les mutuelles de santé communautaires et volontaires, hasardeux en termes de couverture et de levier pour progresser vers la CSU [57], [58], [59], [60], [60], [62]. En somme, comme l'indique une récente étude menée par Nyamugira *et al.* [51], un tel système profite davantage aux ménages les plus aisés. Son impact négligeable sur la réduction des dépenses catastrophiques des ménages à faible revenu, perpétue l'éloignement du principe d'équité, qui est pourtant au cœur de la CSU [3]. Certains pays comme le



Ghana et le Rwanda, ont abandonné ce système d'assurance maladie volontaire. En 2007, le Rwanda avait basculé vers un régime obligatoire, mis en place un système de levée des financements nécessaires (notamment innovants) pour suppléer la faible capacité contributive des populations à faible revenu. La gestion du système a été centralisée en 2015 au niveau de la Rwandaise de sécurité sociale (RSSB) [63]. Avec ce basculement, un coup d'accélérateur a été obtenu au Rwanda, avec plus de 80% de la population rwandaise couverte par le système d'assurance maladie [63], [64], [65], [66]. Un levier de renforcement des services de santé avec les stratégies d'accréditation et du financement basé sur les performances, a permis d'accroître l'offre des services et des soins de qualité [63], [66].

#### **4.2 DES ADAPTATIONS INSUFFISANTES DU SYSTÈME DE SOINS ET UNE ADOPTION TIMIDE DES VALEURS QUI FONDENT UN SYSTÈME DE SANTÉ INTÉGRÉ ET L'ENGAGEMENT POUR LA CSU**

La marche vers la CSU requiert, au-delà d'un système d'assurance maladie bien pensé et financé, un système de santé structuré, intégré, dont le sous-système de soins permet d'offrir des services de santé essentiels de qualité [3], [6]. L'élaboration en 2006 de la stratégie de renforcement du système de santé en RDC (SRSS), posait les bases fondamentales du renouveau du système de santé congolais, en capitalisant les îlots de cohérence qui ont résisté à l'usure de la crise [17]. Cette stratégie était porteuse d'une vision stratégique, l'un des principes essentiels de la bonne gouvernance des systèmes de santé selon Siddiqi *et al* [67]. L'un des défis à relever était dès lors d'adapter le système aux éléments du contexte évolutif du monde contemporain, notamment l'urbanisation, la transition épidémiologique, les nouvelles technologies, les attentes plus pressantes des populations. Cette stratégie reposait sur certaines valeurs. Les valeurs sont comprises ici comme des principes essentiels qui fondent et guident l'action d'un individu ou d'un ensemble d'individus [68]. Ces valeurs renvoient à des principes auxquels l'individu ou un ensemble d'individus croient et qui constituent un système référentiel (paradigme) qui conditionne le regard et le rapport au monde. À noter que les valeurs sont susceptibles d'évolution. La stratégie de renforcement du système de santé en RDC trouve son fondement dans certaines valeurs: des valeurs d'humanisme; de solidarité; de justice sociale; d'équité; de responsabilité; de probité et d'engagement. Ces valeurs, qui sont au cœur du renouveau des soins de santé primaires, sont essentielles pour progresser sur la voie de la CSU. Pour que ces valeurs soient opérantes, elles devraient être largement portées par les décideurs et partagées par les acteurs, aux différents niveaux du système de santé de la RDC. Les carences observées dans la mise en œuvre des réformes indiquées par la stratégie sectorielle (SRSS), s'expliqueraient en partie par le fait que ces valeurs ne sont pas largement partagées [35].

La progression sur la voie de la CSU impose une gouvernance robuste; la gouvernance renvoie à la conception, la conduite et l'évaluation d'une action collective à partir d'une position d'autorité [69], [70]. La gouvernance, dans le domaine de la santé est distribuée. Elle fait appel à certaines valeurs: l'intégrité; la transparence; l'inclusivité; la participation; l'égalité des genres et la diversité; et enfin, la redevabilité et le respect de l'état de droit. Ces valeurs rejoignent globalement les principes de bonne gouvernance des systèmes de santé tels que proposés par Siddiqi *et al* [67].

Ces éléments étant posés, il subsiste la question de savoir pourquoi les efforts menés ont conduit à une incongruence entre le cadre légal, les dispositifs élaborés et la volonté de progresser vers la CSU. Trois hypothèses sont évoquées. La première hypothèse relèverait du fait que les valeurs fondatrices de la vision pour la CSU n'auraient pas été assez partagées auprès des acteurs. La deuxième hypothèse serait que des grandes décisions, qui s'éloignent de l'intérêt général, soient prises dans une logique top-down et des contextes de conflits d'intérêts et donc d'éloignement des valeurs d'intégrité. Enfin, la troisième hypothèse serait que des processus décisionnels sont conduits, sans que les décideurs impliqués soient aux fins des évidences scientifiques sur lesquelles il importe de s'appuyer. Ces trois hypothèses pourraient expliquer les nombreuses hésitations observées dans la progression sur la voie de la CSU en RDC. Face aux deux dernières hypothèses évoquées, les processus d'élaboration des grandes politiques devraient être entourés de certaines précautions, comme: le renforcement de la transparence vis-à-vis des populations pour pouvoir prendre en compte ses avis dans des processus décisionnels clés; requérir les éclairages et les bases factuelles objectives auprès des universités et des scientifiques. En bref, le cercle vicieux qui entrave de progresser plus rapidement et de manière structurée vers la CSU en RDC (figure 3), requiert d'être dénoué.

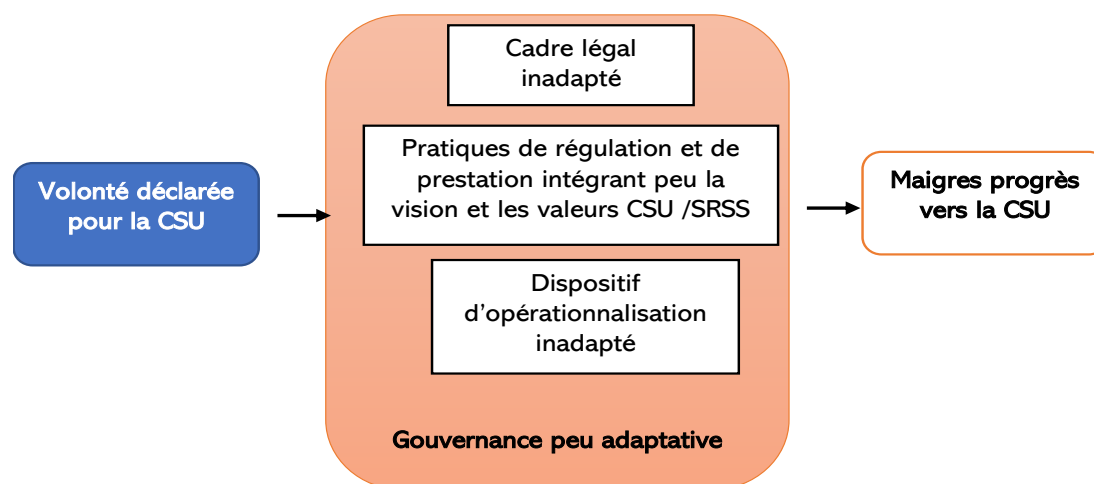


Fig. 3. Modélisation simple du cercle vicieux entravant les progrès vers la CSU en RDC

#### 4.3 DES PISTES PRIORITAIRES À EXPLORER POUR ACCÉLÉRER LE PROGRÈS VERS LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE EN RDC

Les éléments émergents de cette étude montrent l'intérêt de repenser la voie empruntée et d'explorer certaines pistes pour aller de l'avant. Ces pistes sont relatives au cadre légal et à la cohérence du dispositif d'opérationnalisation dudit cadre, à la levée des financements et au développement des services de santé de qualité.

Le cadre légal basé sur des mutuelles de santé où l'adhésion est volontaire pour la grande majorité de la population, est clairement à l'antipode des évidences scientifiques développées depuis plus d'une décennie et qui sont glanées dans cet article. Comme l'a si bien résumé Mathauer [55], aucun pays au monde n'a progressé vers la couverture santé universelle par le biais de l'assurance maladie volontaire. Dans un contexte d'un niveau élevé de pauvreté, elle constitue une voie royale pour accroître l'exclusion des ménages précarisés dans l'accès aux soins. Pour accélérer sa progression sur la voie de la CSU, la RDC devrait sérieusement envisager l'option de revisiter ce cadre légal qui prône l'assurance volontaire au travers les mutuelles pour la bonne majorité des Congolais vivant du revenu provenant des secteurs informels.

Toutefois, le basculement vers un système obligatoire pour tous les Congolais ou un système assorti des mesures indirectes d'obligation, impose une forte volonté politique et des actions d'accompagnement. Parmi ces actions figurent celles relatives à la levée des fonds nécessaires pour suppléer les contributions des ménages les plus démunis. Une étude menée dans la zone de santé rurale du Vuhovi, dans la province du Nord Kivu à l'Est de la RDC, située à environ 2 US dollars par personne par an, le niveau de contribution que les ménages estiment supportables [71]. Une autre étude réalisée dans la zone de santé de Katakombé dans la province du Sankuru, estimait le niveau de cotisation acceptable pour les ménages à 0,71 US dollars par personne par an [50]. Ce niveau de cotisation est trop bas par rapport au niveau de financement estimé par une étude actuarielle menée en 2019 au Nord Kivu. Cette étude évaluait à un minimum de 20,05 US dollars par personne par an pour couvrir un panier de soins constitué des soins de première ligne et ceux de référence primaire et secondaire au niveau de la province [72]. En clair l'assurance maladie, ne peut dans ces conditions reposer en grande partie sur les contributions des ménages, dans un contexte où près 75% d'entre eux vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Les ménages contribuent déjà à plus de 40% des dépenses de la santé (43% en 2020) [25]. Or les décrets instituant les dispositifs de la CSU, prévoient parmi les sources de financement, des prélèvements de l'ordre de 15% sur les financements destinés à la CSU (y compris les cotisations des ménages). Cela pourrait poser des problèmes d'acceptabilité au niveau des populations. En effet, ces dernières sont de plus en plus instruites et demandeuses de plus d'équité.

En vue de permettre la mise en œuvre de la CSU en cohérence avec la stratégie de renforcement du système de santé en RDC, qui préconise un allègement de la contribution des ménages [17], des financements complémentaires, sont requis, comme suggéré par d'autres auteurs [38, [73]. D'après l'OMS, des financements de l'ordre de 60 US dollars/personne/an sont nécessaires pour financer la CSU [6]. Une étude publiée en 2017 par Steinberg, situe le niveau de financement requis pour la CSU entre 74 et 984 US dollars/hab/an selon les pays [32]. Une des pistes de levée de ces financements complémentaires est constituée des allocations budgétaires plus conséquentes, au regard des 15% du budget décidés dans le cadre des engagements d'Abudja en faveur du financement du secteur de la santé [74]. L'autre piste concerne les impôts et taxes, ainsi

que les financements innovants. Nombreux pays ont fait des financements innovants, une source non négligeable de financement de l'assurance maladie [6].

Enfin, même si des financements suffisants sont levés, on ne pourra espérer un réel progrès vers la CSU, tant que les services de santé offerts sont incomplets et de moins bonne qualité. Les services de piètre qualité sont généralement peu attractifs pour les populations [75], [37]. Ces services demeurent encore peu complets comme l'indique le faible index de couverture pour la RDC [43], de moins bonne qualité en RDC. Cette double limitation contribue à leur faible niveau de performances, comme l'indiquent les niveaux élevés de mortalité néonatale et maternelle en RDC [40], [43]. Des efforts d'investissement dans les processus d'intégration des services de santé essentiels et l'amélioration de la qualité, doivent être redoublés. La régulation sur cet aspect devrait être de mise. La mise en route bien structurée d'un système d'accréditation des services de santé, pourrait y contribuer.

La vision et la voie indiquées par la stratégie de renforcement du système de santé en RDC [17], rejoignent celles proposées au niveau global par l'OMS en rapport avec l'humanisation des services et des soins [3] et la qualité des soins plus globalement [76]. Elles restent pertinentes, pour progresser sur cette voie. Bien que la référence formelle à la SRSS soit quasi absente du contenu du plan stratégique 2021-30 pour la CSU en RDC, une gouvernance adaptative et plus engagée, qui intègre les valeurs évoquées plus haut, est requise.

## **5 CONCLUSION**

Cette étude sur la marche vers la couverture santé universelle en RDC montre une réelle volonté déclarée pour la CSU. Cette volonté, qui répond à une aspiration profonde des populations de la RDC à l'équité en santé, se heurte dans les faits à un cadre légal et organisationnel des dispositifs d'opérationnalisation et des pratiques des acteurs, qui sont en décalage avec cette volonté.

Des pistes allant dans le sens d'un système d'assurance maladie obligatoire, doublé des dispositifs congruents d'opérationnalisation, une levée plus importante des financements, dont innovants et une gouvernance adaptative, pourraient être considérées et explorées. Une gouvernance plus adaptative dans le secteur de la santé renforcerait sa cohérence en capitalisant, à bon escient, les fondamentaux posés par la stratégie de renforcement du système de santé en RDC (SRSS).

En s'engageant sur ces pistes basées sur des données probantes de la recherche, la RDC pourrait accélérer ses progrès sur la voie de la couverture santé universelle.

## **CONFLIT D'INTÉRÊT**

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont aucune relation financière, ni personnelle pouvant les avoir influencés de quelque manière que ce soit dans la rédaction cet article.

## **CONTRIBUTION DES AUTEURS**

Jean-Bosco Kahindo a coordonné les principales phases de réalisation de l'étude (formulation du protocole de recherche, collecte des données, stratégie d'analyse des données). Les autres auteurs ont participé à l'analyse des données. Jean-Bosco Kahindo a initié l'article et tous les autres auteurs ont participé à la révision de l'article.

## **REMERCIEMENTS**

Les auteurs remercient l'Union Européenne et le Gouvernement Belge (DGD) pour le financement du PADISS2 (projet d'appui au développement intégré du système de santé au Nord-Kivu), projet dans le cadre duquel la collecte des données de cette étude a été réalisée. Les auteurs remercient également Charlotte Van Roy et Agnès Echterbille, pour la relecture de l'article.

## REFERENCES

- [1] OMS, « Les Soins de santé primaires », Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, U.R.S.S., 6-12 septembre 1978. *OMS, Genève, 1978.*
- [2] World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), Declaration of Astana. Global Conference on primary health care. Astana, Kazakhstan, 25-26 October, 2018. Genève, OMS, 2018, 12p.
- [3] OMS, « Rapport sur la santé dans le monde 2008: les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais », Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008, 125p.
- [4] OMS, « Plaidoyer pour la Couverture sanitaire universelle ». *Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013, 159p.*
- [5] OMS, « Rapport sur la santé dans le monde 2013: La recherche pour la Couverture sanitaire universelle ». *Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013, 43p.*
- [6] OMS, « Rapport sur la santé dans le monde 2010: Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers la couverture santé universelle ». Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010, 149p.
- [7] Observatoire Congolais du Développement Durable et Institut National de la Statistique, Enquête par Grappes à Indicateurs des ODD, 2020: Rapport final. *OCDD, Kinshasa, République Démocratique du Congo. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08228-3>, 2021, 265p.*
- [8] TL Bahama, « Conflits Armés Et Fragilité De L'autorité Étatique Au Nord-Kivu En République Démocratique Du Congo », *European Scientific Journal, 2017, Vol.13, no. 5, pp.457-480, 2017.*
- [9] PNUD, Rapport sur le développement humain 2021-2022. Temps incertains, vies bouleversées: façonner notre avenir dans un monde en mutation. PNUD, New York, 2022, 34p.
- [10] Ministère de la santé de la RDC, Plan national de développement sanitaire 2019- 2022. Vers la couverture sanitaire universelle. *Kinshasa, Ministère de la santé de la RDC, 2019, 93p.*
- [11] M. Dixon-Woods, D. Cavers, S. Agarwal, et al., « Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups ». *BMC Med Res Methodol* 2006; 6: 35.
- [12] BJ. Shea, JM. Grimshaw, GA. Wells, M. Boers, N. Andersson, C. Hamel, et al., « Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews », *BMC Med Res Methodol.* Vol.7, pp.1-10, 2019.
- [13] V. Zaugg, V. Savoldelli, B. Sabatier, P. Durieux (2014). Améliorer les pratiques et l'organisation des soins: méthodologie des études d'interventions. *Santé Publique, Vol. 26, no.4, pp. 519-30, 2014.*
- [14] C. Sicotte, F. Champagne, D. Contandriopoulos, J. Barnsley, F. Bélan, SG. Légatt et al, « A conceptual framework for analysis of care organization's performance ». *Health Management Research, vol.11, pp.24-48, 1998.*
- [15] D. Jodelet, Aperçus sur les méthodologies qualitatives. In S. Moscovici & F. Buschini (Eds.), *Les méthodes des sciences humaines* (pp. 139-162). Paris, PUF, 2003.
- [16] M. Blais, S. Martineau, L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives, Vol. 26, no. 2, pp.1-18, 2006.*
- [17] Ministère de la santé de la RDC, Stratégie de renforcement du système de santé en RDC. Kinshasa, Ministère de la santé de la RDC, 49p, 2006.
- [18] République Démocratique du Congo, Présidence de la République, Loi N° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique. Kinshasa, République Démocratique du Congo, Présidence de la République, 40p, 2018.
- [19] République Démocratique du Congo, Présidence de la République, Loi déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité, *Kinshasa, République Démocratique du Congo, Présidence de la République, 33p, 2018.*
- [20] Présidence de la RDC / Conseil National de la Couverture santé universelle CN-CSU, Plan stratégique national pour la couverture santé universelle 2021-2030, République démocratique du Congo, Kinshasa Janvier, p69, 2020.
- [21] A. Waelkens, M. Pia, S. Shomba NF. Kwilu, NK. Mulinganya, B.Criel. Etude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. *Institut de médecine tropicale, Anvers, pp1-80, 2016.*
- [22] JN. Pulu, G. Vodiena, Nsakala, H. Van Loon, « Facteurs de fidélisation dans la mutuelle de santé de Kisantu en République démocratique du Congo », *Santé Publique, Vol. 4, no. 33, pp.569 à 577, 2021.*
- [23] F. Mutabunga bin Lubula, F. Chenge, B. Criel, A. Mukalay, O. Luboya, HM. Tshamba, « Organisation, offre et demande des services de santé de qualité: 18 ans d'Expériences des mutuelles de santé en Province du Sud Kivu /RD Congo », *Int. J. of Multidisciplinary and Current research, vol. 5, pp.885-895, 2017.*
- [24] N. Mahamba, NP. Mitangala, E. Tchouaket, ET. Musubao, KA. Kayenga, and MJB. Kahindo MJB, « Household income and health care expenditure in Goma city, eastern Democratic Republic of Congo », *International Journal of Innovation and Scientific Research vol. 57, no.2, pp.65-79, 2021.*
- [25] Ministère de la santé publique de la RDC, Rapport sur les comptes de la santé de la RDC 2020. *Kinshasa, Ministère de la Santé publique de la RDC, 51p, 2021, 2021.*

- [26] INS, Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête. Kinshasa, République Démocratique du Congo, INS, 2019.
- [27] Primature de la République Démocratique du Congo, Décret N°22/14 du 9 avril 2022 pourtant organisation et fonctionnement de l'autorité de régulation et de contrôle de la couverture santé universelle « ARC-CSU » en sigle. *Journal officiel de la RDC, Kinshasa, avril 2022.*
- [28] Primature de la République Démocratique du Congo, Décret N°22/13 du 9 avril 2022 pourtant organisation et fonctionnement d'un établissement d'utilité publique dénommé Fonds de solidarité de santé « FSS » en sigle. *Journal officiel de la RDC, Kinshasa, avril 2022.*
- [29] Primature de la République Démocratique du Congo, Décret N°22/15 du 9 avril 2022 pourtant organisation et fonctionnement d'un établissement d'utilité publique dénommé Fonds de promotion de la santé « FPS » en sigle. *Journal officiel de la RDC, Kinshasa, avril 2022.*
- [30] Primature de la République Démocratique du Congo, Décret N°22/16 du 9 avril 2022 pourtant organisation et fonctionnement d'un établissement d'utilité publique dénommé Institut national de santé publique « INS » en sigle. *Journal officiel de la RDC, Kinshasa, avril 2022.*
- [31] Primature de la République Démocratique du Congo, Décret N°22/17 du 9 avril 2022 pourtant transformation d'un service public dénommé Agence nationale d'ingénierie clinique, de l'information et d'informatique de santé « ANICIS » en sigle en un établissement public dénommé Agence nationale d'ingénierie et du numérique de la santé, « ACNICNS » en sigle. *Journal officiel de la RDC, Kinshasa, avril 2022.*
- [32] MJB. Kahindo, N. Mahamba, LK. Nyavanda, OB. Ngbape et G. Kasereka, «Fonds d'achat des services de santé: une expérience de renforcement de l'accessibilité aux soins et un pas vers l'assurance santé au Nord Kivu» *Annales de la Faculté de santé et développement communautaires de l'ULPGL de Goma. Revue Scientifique* ISSN 1813-3886, vol. 1 no.3, pp.1-15, 2020.
- [33] KJ. Manzambi, EG. Eya Matangelo, O. Bruyère, C. Gosset, M. Guillaume, JY. Reginster «Financement de la santé et recouvrement des coûts: le lourd fardeau des ménages congolais. Résultats des comptes nationaux de la santé» *Journal d'Epidémiologie et de Santé Publique (JESP)*, vol.15, pp.15-27, 2015.
- [34] S. Stasse, D. Vita, J. Kimfuta, V. Campos da Silveira, P. Bossyns and B. Criel, «Improving financial access to health care in the Kisantu district in the emocratic Republic of Congo: acting upon complexity», *Glob Health Action*, vol. 8, pp. 25480 - <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.25480>, 2015.
- [35] MJB. Kahindo, NP. Mitangala, ET. Musubao, N. Mahamba, NL. Kahandukya NL., BJ. Kubuya, and D. Porignon, «Intermediate health system level support to health district: Perceptions of health district teams in North Kivu, eastern DRC» *International Journal of Innovation and Applied Studies*, vol. 33, no.2, 258-271, 2021.
- [36] KD. Chuy, B. Criel, Z. Belrhiti, TA. Mwembo, and MF. Chengé, «Soutien du niveau intermédiaire du système de santé aux équipes-cadres des districts sanitaires: le cas de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo», *Int. J. Adv. Res.* Vol.8, no. 3, pp.1114-1139, 2020.
- [37] B. Criel, MP. Waelkens, F. Kwilu Nappa, Y. Coppieters, S. Laokri, «Can mutual health organisations influence the quality and the affordability of healthcare provision? The case of the Democratic Republic of Congo». *PLoS ONE*, vol. 15, no.4: e0231660. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231660>, 2020.
- [38] JM. Kabinda, PM. Mitashi, FM. Cheng, (2019) « Analyse des modalités de financement des soins de santé en République démocratique du Congo: une revue systématique», *Ann. Afr. Med.*, vol. 12, no. 2, pp.3204-19, 2019.
- [39] G. Bisimwa, S. Makali, H. Karemere, C. Molima, R. Nunga, A. Iyeti, F. Chengé, «Contrat unique, une approche innovante de financement du niveau intermédiaire du système de santé en République Démocratique du Congo: processus et défis de mise en œuvre», *Afr J Prm Health Care Fam Med*, vol.13, no. 1, a2869. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v13i1.2869>, 2021.
- [40] INS, Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête. Kinshasa, République Démocratique du Congo, 581p, 2019.
- [41] Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa (ESPK) [République Démocratique du Congo] et ICF, République Démocratique du Congo: Evaluation des Prestations des Services de soins de Santé (EPSS RDC) 2017- 2018. Kinshasa, RDC et Rockville, Maryland, USA: ESPK et ICF, 509p, 2019.
- [42] OMS et Banque Mondiale, Rapport mondial de suivi 2017: la couverture-santé universelle: Résumé analytique [Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report]. Genève, Organisation mondiale de la Santé et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale; 2018 (WHO/HIS/ HGF/17.2). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 69p. 2018.
- [43] World health statistics 2022, Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals, Geneva, World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; 125p, 2022.

- [44] MJB. Kahindo, NP. Mitangala, ET. Musubao, N. Mahamba, NE.Namegabe, C. Kimanuka, H. Lambert, and D. Porignon, «Patient itinerary in Africa settings: Goma city case in the East of the Democratic Republic of Congo», *International Journal of Innovation and Scientific Research*, 53 (1), pp.85-97. 2021.
- [45] S. Laokri, R. Soelaeman, DR. Hotchkiss, Assessing out-of-pocket expenditures for primary health care: How responsive is the Democratic Republic of Congo health system to providing financial risk protection? *BMC Health Serv Res*. Vol.15, no.18 (1), 2018.
- [46] AM. Ntambue, FK. Malonga, M. Dramaix-Wilmet, TM. Ilunga, AN. Musau, CM. Matungulu. et al. (2018). «Commercialization of obstetric and neonatal care in the Democratic Republic of the Congo: A study of the variability in user fees in Lubumbashi, 2014» *PLoS ONE*, vol. 13, no.10, pp.1-26, 2018. e0205082. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205082>.
- [47] AM. Ntambue, FK. Malonga, DK. Cowgill, M. Dramaix-Wilmet, and P. Donnen, «Incidence of catastrophic expenditures linked to obstetric and neonatal care at 92 facilities in Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo, 2015», *BMC Public Health*, vol. 19, no. 948, 2019.
- [48] KD. Cowgill, and Ntambue AM. (2019). «Hospital detention of mothers and their infants at a large provincial hospital: a mixed-methods descriptive case study, Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo.» *Reproductive Health*, vol.16, no.111, pp.2-15; <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0777-7>, 2019.
- [49] NA. Musau, AM. Ntambue, OJ. Mungomba, MH. Tshamba., and KF. Malonga, «Social and economic consequences of the cost of obstetric and neonatal care in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo: a mixed methods study», *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 21, no.315), pp.2-13; <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03765-x>, 2021.
- [50] MN. Shako, J. Kokolomani, Y. Kluyskens, «Mise en place d'une micro-assurance santé à Katako-Kombe, RDC: contraintes et défis, Santé publique, vol.30, no.6, pp.887-898, 2018.
- [51] AB. Nyamugira, A. Richter, G. Furaha and S. Flessa, «Towards the achievement of universal health coverage in the Democratic Republic of Congo: does the Country walk its talk? » *BMC Health Services Research*, vol. 22, no. 860, pp.2-13, 2022.
- [52] R.K. Yin, Case study research. Design and methods (3rd Ed). *Thousand Oaks, CA: Sage, 181p, 2003*.
- [53] IA. Agyepong, N. Sewankambo, A. Binagwaho, AM. Coll-Seck, T. Corrah, A. Ezeh, et al., «The path to longer and healthier lives for all Africans by 2030: the lancet commission on the future of health in sub-Saharan Africa», *Lancet*, vol. 390 (10114): 2803-59, 2017.
- [54] I. Mathauer, B. Mathivet, J. Kutzin, «Community based health insurance: how can it contribute to progress towards UHC ? » *Geneva: World Health Organization; Geneve. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO., 2017*.
- [55] I. Mathauer, Health financing for Universal Health Coverage: Objectives and directions for reform, WHO, Genève, 2016.
- [56] V. Ridde, Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réformes en Afrique Sub-saharienne, Éditions Science et bien commun Canada, Québec, 827p, 2021.
- [57] J. Kutzin, «Anything goes on the path to universal health coverage?», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 90, no. 11, pp. 867-868, 2012.
- [58] J. Alenda-Demoutiez et B. Boidin, (2019). Community-based mutual health organisations in Senegal: A specific form of social and solidarity economy? *Review of Social Economy*, vol. 77, no. 4, pp. 417-441. <https://doi.org/10.1080/00346764.2018.1555646>, 2019.
- [59] M. De Allegri, R. Sauerborn, B. Kouyate & S. Flessa, « Community health insurance in sub-Saharan Africa: What operational difficulties hamper its successful development? » *Tropical Medicine & International Health*, vol. 14, no. 5, pp. 1-11, 2009.
- [60] D. Dror, M., Hossain, A. Majumdar, TL. Pérez Koehlmoos, D. John et PK.Panda, « What factors affect voluntary uptake of community-based health insurance schemes in low- and middle- income countries? A systematic review and meta-analysis». *PLoS ONE*, vol. 11, no. 8, e0160479. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160479>, 2016.
- [61] V. Ridde, S. Haddad, M. Yacoubou, & I. Yacoubou, (2010), « Exploratory study of the impacts of mutual health organizations on social dynamics in Benin», *Social Science & Medicine*, vol.71, no.3, pp.467-474, 2010.
- [62] PM. Waelkens, Y. Coppieters, S. Laokri, & B. Criel, « An in- depth investigation of the causes of persistent low membership of community-based health insurance: A case study of the mutual health organisation of Dar Naïm, Mauritania», *BMC Health Services Research*, vol.17, no. 535. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2419-5>, 2017.
- [63] M. Nyandekwe, M. Nzayirambaho, JB. Kakoma, « Universal health insurance in Rwanda: major challenges and solutions for financial sustainability case study of Rwanda community-based health insurance part I». *Pan African Medical Journal*, vol. 37, no. 55. [10.11604/pamj.2020.37.55.20376](https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.55.20376), 2020.
- [64] B. Chemouni, « The political path to universal health coverage: Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda», *World Development*, vol.106, pp.87-98., 2018.

- [65] SC. Ifeagwu, JC. Yang, R. Parkes-Ratanshi, and C. Brayne, « Health financing for universal health coverage in Sub-Saharan Africa: a systematic review », *Global Health Research and Policy*, vol. 6, no.8 <https://doi.org/10.1186/s41256-021-00190-7>. 2021.
- [66] MJB. Kahindo, KA. Kayenga, T. Muholu, G. Kasereka, Mission (voyage) d'étude sur l'assurance maladie et l'accréditation au Rwanda. *ULB Coopération, PADISS, Goma, 1-12, 2019*.
- [67] S. Siddiqi, TI. Masud, S. Nishtar, DH.Peters, B. Sabri, KM. Bile, MA. Jama, « Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance », *Health Policy* vol. 90, pp.13-25, 2009.
- [68] OCDE, Cadre d'action en matière de bonne gouvernance publique: Éléments fondamentaux pour le bon fonctionnement des administrations publiques, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/0ad89895-fr>, 2021.
- [69] A. Hatchuel, « Perspective et gouvernance: quelle théorie de l'action collective ? », Heurgon E, Landrieu J (sous la direction de), *Perspective pour une gouvernance démocratique*, Paris, Éditions Aube, 2000.
- [70] AP. Contandriopoulos, « La gouvernance dans le domaine de la santé: une régulation orientée par la performance », *Santé publique*, vol. 20, no. 2, pp.191-199, 2000.
- [71] AR. Lufungula, Rapport synthèse d'étude des coûts en vue de la mise en place d'un système d'inscription des ménages sur la base du dossier familial dans la perspective de l'assurance maladie universelle dans la zone de santé pilote de Vuhovi, *ULB Coopération, Goma*. pp 1-28, 2021.
- [72] M. Vigneul, Rapport de l'étude actuarielle relative à la mise en place d'une couverture maladie universelle (CSU) dans la Province du Nord Kivu, *ULB Coopération, Goma, PADISS*. pp 1-87, 2019.
- [73] H. Barroy, F. André, S. Mayaka, H. Samaha, Investing in Universal health coverage. Opportunities and challenges for health financing in Democratic Republic of Congo. World Bank Group, Washington, US. 62p, 2014.
- [74] World Health Organization, The Abuja declaration: ten years on, 2010.
- [75] J. Bashi, S. Drissa, E. Tchouaket, SJ. Balegamire, H. Karemere, « Mutuelles de santé à Bukavu en République Démocratique du Congo: facteurs favorables à l'utilisation des services de santé par des adhérents », *PAMJ*, vol. 35, no.100, pp.1-11. doi: 10.11604/pamj.2020.35.100.20441, 2020.
- [76] Organisation mondiale de la Santé, Organisation de Coopération et de Développement Économiques & Banque mondiale, La qualité des services de santé: un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle. *Organisation mondiale de la Santé*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324737>. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 111p, 2019.