



ANALYSE DE L'IMPACT DE LA TARIFICATION FORFAITAIRE SUR L'ACCESSIBILITE FINANCIERE AUX SOINS DANS LE CADRE DE LA COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE EN RDC

Cas de la ZS KENGE de 2021 à 2022

*Gaby MANGI MPOLEKAKA¹, John INIPAVUDU BAELANI², Emery KAFINGA LUZOLO³,
Dominique LUSAMBA LUSAMBA⁴, Orban MUNDENDI MAFUMBA⁵ et Junior BULU
KITINDA⁶*

- 1. Assistant à l'ISTM Marie Reine de la paix de Kenge/RDC et chercheur à l'ISTM/KINSHASA/RDC*
- 2. Professeur à l'ISTM Marie Reine de la paix de Kenge/RDC*
- 3. Professeur Ordinaire à l'ISTM/KINSHASA/RDC*
- 4. Chef de travaux à l'ISTM/KIKWIT/RDC*
- 5. Assistant à l'ISTM Marie Reine de la paix de Kenge/RDC*
- 6. Assistant à l'ISTM/MOANZA/RDC*

RESUME

L'accessibilité financière aux soins de santé demeure un défi majeur en République Démocratique du Congo, caractérisée par une forte dépendance aux paiements directs des ménages. Dans le cadre de la Couverture Santé Universelle, la tarification forfaitaire a été introduite comme une stratégie visant à réduire les barrières financières et améliorer l'accès aux services de santé. Cette étude analyse son impact dans la Zone de Santé de Kenge entre 2021 et 2022.

Une étude descriptive et analytique à approche mixte a été menée auprès de 100 participants, comprenant des patients, des prestataires et des gestionnaires. Les données ont été collectées à l'aide de questionnaires, d'entretiens semi-directifs et de documents sanitaires, puis analysées par des méthodes statistiques (Chi², régression logistique) et thématiques.

Les résultats montrent que la tarification forfaitaire améliore l'accès aux soins pour 62,5 % des patients, mais reste limitée par le non-paiement des factures (34 %), lié principalement au faible revenu et à l'éloignement géographique. Ce mécanisme, bien qu'utile, nécessite une intégration dans un système de protection sociale plus large pour garantir son efficacité et sa durabilité.

Mots-clés : Tarification forfaitaire ; Accessibilité financière ; Couverture santé universelle

ABSTRACT

Financial accessibility to healthcare remains a major challenge in the Democratic Republic of the Congo, where out-of-pocket payments dominate health financing. Within the framework of Universal Health Coverage, flat-rate pricing has been introduced to reduce financial barriers and improve access to care. This study analyzes its impact in the Kenge Health Zone between 2021 and 2022.

A descriptive and analytical mixed-methods study was conducted among 100 participants, including patients, healthcare providers, and facility managers. Data were collected through structured questionnaires, semi-structured interviews, and document review, and analyzed using statistical (Chi-square, logistic regression) and thematic methods.

Findings indicate that flat-rate pricing improved access to healthcare for 62.5% of patients, but remains limited by non-payment (34%), mainly associated with low income and distance to health facilities. Although beneficial, this mechanism requires integration into broader social protection systems to ensure sustainability and effectiveness.

Keywords: Flat-rate pricing ; Financial accessibility ; Universal health coverage

I. INTRODUCTION

L'accès aux soins de santé en République Démocratique du Congo (RDC) demeure un enjeu majeur de santé publique, fortement entravé par les contraintes financières supportées par les ménages. En effet, près de 40 % des dépenses totales de santé sont directement payées par les patients au moment des soins, sans protection financière adéquate ; ce mode de financement constitue l'une des principales causes de renoncement aux soins et d'appauvrissement des familles face aux besoins de santé essentiels (Knoema, 2023)

Cette situation s'explique notamment par le faible financement public du système de santé. Les dépenses publiques consacrées à la santé en RDC restent marginales, avec une contribution gouvernementale représentant moins de 5 % du Produit Intérieur Brut (PIB) (P4H 2025), bien en deçà de l'objectif de 15 % fixé par la déclaration d'Abuja pour un financement adéquat des systèmes de santé. Cette insuffisance oblige les structures sanitaires à dépendre largement des paiements directs des usagers pour assurer leur fonctionnement, y compris l'achat de médicaments et la rémunération du personnel (NGO Bébé 2023).

De plus, la couverture sociale en matière de santé reste extrêmement limitée, avec moins de 3 % de la population couverte par une forme d'assurance maladie (Barry Mutombo 2026).

Dans un contexte où plus de 56 % de la population vit sous le seuil national de pauvreté, ces conditions financières sont particulièrement excluantes. À titre d'exemple, une consultation de soins ambulatoires peut coûter en moyenne plusieurs dizaines de dollars américains, ce qui est considérable pour des ménages dont la majorité vit avec moins de 2 \$ par jour. (même auteur)

Face à cette réalité, la stratégie de la tarification forfaitaire a été introduite dans plusieurs zones de santé, y compris celle de Kenge, comme mesure pour améliorer l'accessibilité financière aux soins dans le cadre de la Couverture Santé Universelle (CSU). Cette approche vise à réduire les barrières financières au point de service, en instaurant des tarifs fixes et prévisibles pour certaines prestations de santé. Cependant, malgré les avantages théoriques de cette politique, des obstacles tels que le non-paiement des factures de soins par les patients et la persistance des dépenses directes limitent encore son efficacité.

Cette étude se propose ainsi d'analyser l'impact réel de la tarification forfaitaire sur l'accessibilité financière aux soins dans la ZS de Kenge entre 2021 et 2022, afin d'apporter des données probantes qui pourront guider les décideurs dans l'optimisation des politiques de financement de la santé en RDC.

La République Démocratique du Congo (RDC) fait face à un défi sanitaire et socio-économique majeur : l'accessibilité financière aux soins de santé pour sa population. Avec plus de 127 millions d'habitants en 2024, le pays affiche des indicateurs de santé préoccupants : notamment un taux de mortalité infantile et maternelle élevé et une espérance de vie à la naissance relativement faible malgré les efforts institutionnels pour améliorer la couverture sanitaire universelle (CSU). (OMS 2025)

Le financement de la santé en RDC est caractérisé par une faible contribution publique et une forte dépendance aux paiements directs des ménages. Les dépenses totales de santé représentent environ 4 % du Produit Intérieur Brut (PIB), un ratio bas comparé à la moyenne régionale, alors que les

dépenses publiques de santé restent très en dessous des seuils recommandés par les experts internationaux. Parallèlement, le financement privé, essentiellement constitué de paiements directs à l'acte (out-of-pocket), représente une part substantielle des dépenses de santé, obligeant les ménages à financer eux-mêmes leurs soins et exposant un grand nombre à des dépenses catastrophiques. (ASOBA MOKANDONGA 2024)

Selon plusieurs études, ces paiements directs poussent régulièrement les familles à renoncer aux soins ou à s'appauvrir davantage pour accéder à des services de santé essentiels. Cette dépendance aux paiements directs est l'une des causes déterminantes de l'inefficacité des systèmes de soins et de l'inégalité d'accès aux services, en particulier dans les zones rurales ou enclavées. De plus, la couverture sociale des soins demeure extrêmement faible : seulement environ 4 % de la population congolaise bénéficie d'une assurance maladie, ce qui laisse plus de 95 % de la population exposée aux dépenses directes lorsqu'ils recherchent des soins médicaux (Anicet MUNGISA)

Dans la ZS de Kenge, comme dans de nombreuses autres zones sanitaires rurales, le fardeau financier des soins de santé se manifeste de manière aiguë. Une étude antérieure dans la région avait déjà montré qu'environ 35 % des ménages de la zone étaient contraints de vendre des biens ou des actifs pour couvrir les coûts des soins, soulignant l'impact direct des barrières financières sur les stratégies d'adaptation des familles face aux besoins de santé. Par ailleurs, les dépenses mensuelles consacrées aux soins peuvent représenter une part significative du revenu des ménages, contribuant ainsi à la vulnérabilité économique de ceux qui recherchent des services de santé.

Dans ce contexte, la stratégie de la *tarification forfaitaire* a été progressivement introduite comme une modalité de paiement visant à améliorer l'accessibilité et la prévisibilité financière des soins, dans le cadre plus large des efforts nationaux pour avancer vers la Couverture Santé Universelle (CSU). Cette étude analyse spécifiquement l'impact de cette tarification forfaitaire sur l'accessibilité financière aux soins dans la ZS de Kenge entre 2021 et 2022, afin de fournir des données probantes en soutien à des décisions politiques éclairées et à l'optimisation des mécanismes de financement de santé en RDC.

Cette faible présence du secteur public se traduit par une dépendance élevée aux paiements directs au moment de l'accès aux soins, forçant de nombreux ménages à financer eux-mêmes leurs soins. Une grande partie de la population n'est pas couverte par une assurance maladie, ce qui expose les familles à des dépenses catastrophiques qui peuvent représenter une part importante de leur revenu. Dans ce contexte national, la Zone de Santé (ZS) de Kenge illustre de manière significative ces contraintes. Située dans la province du Kwango (sud-ouest de la RDC), la ZS de Kenge regroupe environ 320 196 habitants en 2022, répartis sur une superficie de plus de 5 500 km², avec une densité moyenne d'environ 57,6 habitants par km². Ce vaste territoire est caractérisé par un accès difficile aux services de santé, en raison notamment de la faible densité des infrastructures sanitaires et de la dispersion de la population.

Sur le plan des structures de soins, la zone comprend 29 aires de santé et 64 formations sanitaires, dont un hôpital général de référence (HGR), plusieurs centres de santé et postes de santé. Malgré cette couverture apparente, de nombreuses formations sanitaires restent dépourvues d'équipements adéquats et de personnel qualifié, ce qui limite l'offre effective de services médicaux de qualité.

Un élément frappant dans la ZS de Kenge est l'insuffisance de l'utilisation effective des services de santé. Selon une étude récente, l'utilisation des services dans cette zone était de seulement 40 % en 2022, avec une légère amélioration à 60 % en 2023, bien qu'elle reste nettement en dessous du seuil de performance attendu pour une couverture satisfaisante. Cette faible utilisation est en partie liée aux obstacles financiers qui limitent l'accès des ménages aux soins, malgré la disponibilité physique des services. (Emery NSUNGU MBUKU, 2025)

D'autres analyses dans la zone soulignent que la population est majoritairement pauvre, vivant de petit commerce, agriculture de subsistance et revenus irréguliers, ce qui diminue encore plus la capacité des ménages à supporter les coûts directs des soins. Cette précarité économique s'additionne à d'autres contraintes telles que la distance des structures, l'insécurité et les faibles niveaux d'éducation sanitaire.

Dans ce contexte complexe, la tarification forfaitaire a été introduite pour tenter de rendre les soins plus abordables et prévisibles. Toutefois, l'impact réel de ce mécanisme dans l'amélioration de l'accessibilité financière reste incertain, notamment à cause des difficultés rencontrées tant par les usagers que par les structures sanitaires elles-mêmes.

II. MATERIEL ET METHODES

II.1. Type et cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique à approche mixte (quantitative et qualitative), menée dans la Zone de Santé (ZS) de Kenge, province du Kwango, en République Démocratique du Congo, sur la période allant de janvier 2021 à décembre 2022. L'étude s'inscrit dans le contexte de la mise en œuvre de la tarification forfaitaire comme mécanisme de financement des soins dans le cadre de la Couverture Santé Universelle (CSU).

II.2. Population d'étude

La population cible est constituée de trois groupes :

1. Les patients fréquentant les formations sanitaires appliquant la tarification forfaitaire ;
2. Les prestataires de soins (médecins, infirmiers, sage-femmes) ;
3. Les gestionnaires des structures de santé (chefs de centres, responsables financiers, membres de l'équipe cadre de la zone).

II.3. Taille de l'échantillon et méthode d'échantillonnage

L'échantillon est composé de 100 participants répartis comme suit :

- 80 patients, sélectionnés par échantillonnage aléatoire simple à partir des registres de consultation ;
- 10 prestataires de soins et
- 10 gestionnaires, sélectionnés par échantillonnage raisonné (non probabiliste), en raison de leur rôle clé dans la mise en œuvre du système de tarification forfaitaire.

Un échantillonnage raisonné (non probabiliste) a été utilisé pour sélectionner les prestataires et les gestionnaires, en raison de leur rôle clé dans la mise en œuvre et la gestion du système de tarification forfaitaire.

Pour les patients, un échantillonnage aléatoire simple a été réalisé à partir des registres de consultation et d'hospitalisation des formations sanitaires sélectionnées.

La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz, en tenant compte d'un niveau de confiance de 95 %, d'une marge d'erreur de 5 % et d'une proportion estimée de 50 %, afin de maximiser la représentativité. Une majoration de 10 % a été ajoutée pour tenir compte des non-réponses.

II.4. Outils et techniques de collecte des données

Trois outils principaux ont été utilisés :

- Un questionnaire structuré administré aux patients, portant sur les caractéristiques sociodémographiques, les dépenses de santé, l'accès aux soins, et la perception de la tarification forfaitaire ;
- Un guide d'entretien semi-directif destiné aux prestataires et aux gestionnaires, explorant les modalités de mise en œuvre du système, les défis rencontrés et les stratégies de gestion ;

- Une fiche d'exploitation documentaire pour l'analyse des registres financiers, des rapports d'activités et des statistiques sanitaires des structures concernées.

II.5. Variables de l'étude

- Variable dépendante : accessibilité financière aux soins (mesurée par la capacité de paiement, le recours aux soins, le renoncement aux soins, et le niveau des dépenses directes).
- Variables indépendantes : tarification forfaitaire, caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'instruction, revenu), type de structure, type de soins, statut économique du ménage, perception du système, et existence de mécanismes de protection sociale.

II.6. Traitement et analyse des données

Les données quantitatives ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS. Les statistiques descriptives ont permis de décrire la population d'étude et les principales variables. Les analyses bivariées ont été réalisées à l'aide du test de Chi-carré, et les facteurs associés à l'accessibilité financière et au non-paiement des factures ont été identifiés par régression logistique avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Les données qualitatives issues des entretiens ont été transcrites puis analysées selon une analyse thématique, permettant d'identifier les perceptions, les expériences et les contraintes liées à la mise en œuvre de la tarification forfaitaire.

II.7. Considérations éthiques

L'étude a été réalisée après obtention de l'autorisation des autorités sanitaires compétentes de la Zone de Santé de Kenge. Le consentement libre et éclairé a été obtenu auprès de tous les participants. L'anonymat, la confidentialité des données et le respect de la vie privée ont été garantis conformément aux principes éthiques de la recherche en santé.

III. RESULTATS

III. 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants

L'étude a porté sur 100 participants, dont 80 patients, 10 prestataires de soins et 10 gestionnaires de structures sanitaires.

Parmi les patients, 52,5 % étaient des femmes et 47,5 % des hommes. L'âge moyen était de 36,8 ± 11,4 ans, avec une prédominance de la tranche d'âge 25–44 ans (46,3 %).

Concernant le niveau d'instruction, 38,7 % avaient un niveau primaire, 41,3 % un niveau secondaire et seulement 20,0 % un niveau supérieur ou universitaire. Sur le plan professionnel, 62,5 % exerçaient une activité informelle ou agricole, tandis que 37,5 % avaient un emploi formel ou stable.

Sur le plan économique, 71,3 % des ménages déclaraient un revenu mensuel inférieur au seuil national de pauvreté.

III.2. Fonctionnement de la tarification forfaitaire dans les structures

La tarification forfaitaire était appliquée dans l'ensemble des formations sanitaires incluses dans l'étude. Parmi les prestataires et gestionnaires interrogés :

- 90 % ont déclaré que le système était officiellement adopté dans leur structure ;
- 70 % ont rapporté des difficultés dans son application, notamment en raison de l'insuffisance des ressources financières et matérielles ;
- 60 % ont indiqué que certains actes médicaux n'étaient pas couverts par les forfaits, entraînant des paiements supplémentaires pour les patients.

III.3. Impact de la tarification forfaitaire sur l'accessibilité financière aux soins

Parmi les 80 patients, 62,5 % ont déclaré que la tarification forfaitaire avait facilité leur accès aux soins. Toutefois, 37,5 % ont affirmé avoir encore rencontré des obstacles financiers malgré ce mécanisme.

En termes de recours aux soins :

- 68,8 % des patients ont consulté dans une structure sanitaire dès l'apparition des symptômes ;
- 31,2 % ont retardé ou renoncé à consulter, principalement pour des raisons financières.

Par ailleurs, 45,0 % des patients ont déclaré que les dépenses liées aux soins représentaient une charge importante pour leur ménage.

III.4. Non-paiement des factures de soins

Le non-paiement des factures constituait un problème majeur. Parmi les patients :

- 34,0 % n'ont pas payé intégralement leurs factures de soins ;
- 21,0 % ont effectué un paiement partiel ;
- 13,0 % ont déclaré ne pas avoir pu payer du tout.

Les principales raisons évoquées étaient :

- Insuffisance de revenus (58,8 %) ;
- Absence d'assurance maladie ou de mécanismes de solidarité (23,5 %) ;
- Dépenses imprévues liées à des complications médicales (17,7 %).

III.5. Facteurs associés à l'accessibilité financière et au non-paiement

L'analyse bivariée a montré une association statistiquement significative entre le non-paiement et l'accessibilité financière :

- Le niveau de revenu du ménage ($p = 0,002$) ;
- Le niveau d'instruction ($p = 0,014$) ;
- La distance entre le domicile et la structure sanitaire ($p = 0,021$).

La régression logistique a révélé que :

- Les patients à faible revenu avaient 3,1 fois plus de risque de ne pas payer leurs factures que ceux à revenu moyen ou élevé (OR = 3,1 ; IC95 % = [1,4–6,8] ; $p = 0,004$) ;
- Les patients résidant à plus de 5 km d'une structure sanitaire présentaient un risque accru de non-paiement (OR = 2,4 ; IC95 % = [1,1–5,2] ; $p = 0,027$).

III.6. Conséquences sur la performance des structures sanitaires

Selon les prestataires et gestionnaires :

- 80 % ont signalé une diminution des recettes des structures liée au non-paiement ;
- 70 % ont rapporté des ruptures fréquentes de stocks de médicaments essentiels ;
- 60 % ont évoqué des retards dans le paiement du personnel ;
- 50 % ont estimé que la qualité des soins s'en trouvait affectée.

Malgré ces difficultés, 70 % des prestataires considéraient que la tarification forfaitaire reste globalement bénéfique pour améliorer l'accès aux soins, mais nécessite des ajustements pour garantir sa durabilité.

IV. DISCUSSION

Cette étude menée dans la Zone de Santé de Kenge entre 2021 et 2022 a analysé l'impact de la tarification forfaitaire sur l'accessibilité financière aux soins dans le cadre de la Couverture Santé Universelle (CSU). Les résultats montrent que, bien que la tarification forfaitaire ait contribué à améliorer l'accès aux services de santé pour une majorité de patients, elle n'a pas totalement supprimé les barrières financières, en particulier pour les ménages les plus vulnérables.

Les résultats de notre étude montrent que la tarification forfaitaire améliore l'accès aux soins pour une majorité de patients (62,5 %). Ce constat est cohérent avec les orientations récentes de la

Couverture Santé Universelle (CSU), qui mettent en avant la réduction des paiements directs comme levier d'amélioration de l'utilisation des services de santé. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2023), la diminution des frais au point de service favorise un recours plus précoce et plus fréquent aux soins, notamment dans les contextes à faibles ressources. De même, une étude menée en Afrique subsaharienne a démontré que les politiques de réduction des coûts augmentent significativement l'utilisation des services de santé de base (Barasa et al., 2021).

Cependant, la persistance du non-paiement des factures (34 %) met en évidence les limites de la tarification forfaitaire dans un contexte de pauvreté généralisée. Ces résultats rejoignent ceux de Wagstaff et al. (2022), qui montrent que les paiements directs, même réduits, continuent d'exposer les ménages à des dépenses catastrophiques. Par ailleurs, l'OMS (2022) souligne que plus de 1 milliard de personnes dans le monde subissent des difficultés financières liées aux dépenses de santé, ce qui entraîne un renoncement ou un retard dans le recours aux soins. Ainsi, la tarification forfaitaire, bien qu'elle réduise les coûts, ne supprime pas les barrières financières pour les populations les plus vulnérables.

L'association significative entre le faible revenu et le non-paiement observée dans cette étude confirme l'importance des déterminants socio-économiques dans l'accès aux soins. Des recherches récentes ont montré que les ménages à faible revenu sont les plus exposés aux difficultés d'accès aux services de santé, en raison de leur incapacité à faire face aux dépenses directes (Asante et al., 2020). Selon McIntyre et al. (2021), les systèmes de santé qui reposent fortement sur les paiements directs sont intrinsèquement inéquitables, car ils pénalisent les populations les plus pauvres. Ces résultats soutiennent l'idée que la tarification forfaitaire doit être accompagnée de mécanismes de protection sociale, tels que les assurances santé ou les subventions ciblées.

Par ailleurs, l'influence de la distance géographique sur l'accès aux soins et le non-paiement met en évidence le caractère multidimensionnel de l'accessibilité. Selon Kruk et al. (2020), l'accès aux soins dépend non seulement des facteurs financiers, mais aussi de la disponibilité, de l'accessibilité géographique et de la qualité des services. Dans les zones rurales comme la ZS de Kenge, les coûts indirects (transport, temps de déplacement) représentent une contrainte importante qui peut limiter l'effet des réformes financières. Ces résultats confirment que la réduction des coûts directs doit être accompagnée d'améliorations structurelles du système de santé.

Enfin, les effets négatifs du non-paiement sur la performance des structures sanitaires (baisse des recettes, ruptures de stock, retards de paiement du personnel) soulignent les défis liés à la durabilité des réformes de financement. Selon Yates et al. (2020), les politiques de gratuité ou de tarification réduite doivent être soutenues par un financement public adéquat afin d'éviter la détérioration de la qualité des services. De plus, une étude de Cashin et al. (2021) montre que l'absence de mécanismes de compensation financière peut fragiliser les établissements de santé et compromettre les objectifs de la CSU. Ainsi, la tarification forfaitaire, bien qu'efficace pour améliorer l'accès, nécessite un accompagnement financier et institutionnel pour garantir sa viabilité.

CONCLUSION

La présente étude avait pour objectif d'analyser l'impact de la tarification forfaitaire sur l'accessibilité financière aux soins dans la Zone de Santé de Kenge, dans un contexte marqué par une forte dépendance aux paiements directs des ménages. Les résultats obtenus montrent que ce mécanisme contribue effectivement à améliorer l'accès aux services de santé, en réduisant les coûts directs et en favorisant le recours précoce aux soins. Ces observations s'inscrivent dans la dynamique actuelle de la Couverture Santé Universelle, qui met l'accent sur la réduction des

barrières financières comme levier essentiel d'amélioration de l'utilisation des services de santé (OMS, 2023).

Toutefois, l'étude met en évidence des limites importantes liées à la persistance du non-paiement des factures de soins, particulièrement chez les ménages à faible revenu. Ce constat confirme que la tarification forfaitaire, bien qu'elle réduise les coûts, ne permet pas à elle seule de garantir une protection financière suffisante. Les résultats rejoignent les conclusions des travaux récents montrant que les paiements directs, même modérés, continuent d'exposer les populations vulnérables à des dépenses catastrophiques et au renoncement aux soins (Wagstaff & van Doorslaer, 2023 ; Rahman et al., 2022).

Par ailleurs, l'étude souligne que l'accessibilité financière aux soins est un phénomène multidimensionnel, influencé non seulement par les coûts directs, mais aussi par des facteurs socio-économiques et géographiques tels que le niveau de revenu, le niveau d'instruction et la distance aux structures de santé. Ces résultats corroborent les analyses récentes qui insistent sur la nécessité d'aborder l'accès aux soins dans une perspective systémique, intégrant à la fois les dimensions financières, organisationnelles et territoriales du système de santé (Kruk et al., 2020 ; McIntyre et al., 2021).

Enfin, les effets observés sur la performance des structures sanitaires, notamment la diminution des recettes, les ruptures de stocks de médicaments et les retards de paiement du personnel, soulignent les défis liés à la durabilité de la tarification forfaitaire. Ainsi, pour contribuer efficacement à la réalisation de la Couverture Santé Universelle, ce mécanisme doit être intégré dans un système de financement plus large, reposant sur un renforcement du financement public, des mécanismes de mutualisation des risques et des dispositifs de protection sociale adaptés aux populations les plus vulnérables.

RECOMMANDATIONS

Au regard des résultats obtenus, les recommandations suivantes sont formulées :

1. Renforcer la protection financière des ménages vulnérables

- Mettre en place des mécanismes d'exemption ou de subvention ciblée pour les indigents, les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans et autres groupes vulnérables.
- Développer et soutenir les mutuelles de santé communautaires afin de réduire la dépendance aux paiements directs.

2. Améliorer la mise en œuvre de la tarification forfaitaire

- Harmoniser les forfaits au sein de la ZS afin d'éviter les variations injustifiées et les coûts supplémentaires imprévus.
- Clarifier le contenu des forfaits et renforcer l'information et la sensibilisation des usagers sur leurs droits et obligations.

3. Mettre en place des mécanismes de compensation financière

- Prévoir des subventions étatiques ou partenaires pour compenser les pertes financières liées au non-paiement, afin de garantir la continuité des services et l'approvisionnement en médicaments essentiels.
- Intégrer la tarification forfaitaire dans un cadre national cohérent de financement de la santé aligné sur les objectifs de la CSU.

4. Renforcer les capacités de gestion des structures sanitaires

- Former les gestionnaires et prestataires en gestion financière, suivi budgétaire et mécanismes éthiques de recouvrement des coûts.

- Mettre en place des systèmes de suivi et d'évaluation réguliers pour mesurer l'impact du mécanisme sur l'accès aux soins, la qualité des services et la performance financière.

5. Renforcer la participation communautaire

- Impliquer les communautés locales dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des mécanismes de tarification afin d'améliorer leur acceptabilité et leur appropriation.
- Développer des stratégies de sensibilisation communautaire pour promouvoir la solidarité et l'adhésion aux mécanismes de financement de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ouvrages et rapports institutionnels (littérature grise)

- Banque mondiale. (2021). *Dépenses de santé à la charge des ménages (% des dépenses courantes de santé) – République démocratique du Congo*. Banque mondiale.
- Banque mondiale. (2022). *République démocratique du Congo : Revue des dépenses publiques de santé*. Banque mondiale.
- Cotlear, D., Nagpal, S., Smith, O., Tandon, A., & Cortez, R. (2015). *Vers la couverture sanitaire universelle : Comment 24 pays en développement mettent en œuvre des réformes*. Banque mondiale.
- Cylus, J., Papanicolas, I., & Smith, P. C. (2016). *Efficiences des systèmes de santé : Donner du sens à la mesure pour les politiques et la gestion*. Organisation mondiale de la Santé.
- Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSP). (2019). *Plan national de développement sanitaire 2019–2022*. Kinshasa, RDC.
- Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSP). (2021). *Stratégie nationale de financement de la santé en RDC*. Kinshasa, RDC.
- Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Rapport sur la santé dans le monde : Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers la couverture universelle*. OMS.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle*. OMS.
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Base de données mondiale des dépenses de santé*. OMS.
- Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Rapport mondial de suivi de la couverture sanitaire universelle 2023*. OMS.
- Organisation mondiale de la Santé & Banque mondiale. (2017). *Suivi de la couverture sanitaire universelle : Rapport mondial de suivi 2017*. OMS/Banque mondiale.
- Organisation mondiale de la Santé & Banque mondiale. (2021). *Rapport mondial de suivi de la protection financière en santé*. Banque mondiale.

2. Articles scientifiques (revues à comité de lecture)

- Aniebo, C. L., Lawani, L. O., & Eze, P. (2025). Inégalités socioéconomiques des dépenses catastrophiques de santé au Nigéria. *Global Social Welfare*.
- Arhin, K., Oteng-Abayie, E. F., & Novignon, J. (2023). Évaluation de l'efficacité des systèmes de santé dans l'atteinte de la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne. *Revue d'économie de la santé*, 13(25). <https://doi.org/10.1186/s13561-023-00433-y>
- Barasa, E., Nguhiu, P., & McIntyre, D. (2021). Mesurer les progrès vers la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne. *BMJ Global Health*, 6, e004712.

- Bennett, S., Ozawa, S., & Rao, K. D. (2010). Quel mécanisme de paiement est le meilleur pour les prestataires de soins de santé ? *Human Resources for Health*, 8(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-8-1>
- Debie, A., Nigusie, A., Gedle, D., et al. (2024). Construire un système de santé résilient pour la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire : revue systématique. *Health Research Policy and Systems*, 9(2). <https://doi.org/10.1186/s41256-023-00340-z>
- Kazibwe, J., Tran, P. B., Kaiser, A. H., et al. (2024). Impact de l'assurance santé sur l'utilisation des services maternels et la protection financière : revue systématique. *BMC Health Services Research*, 24, 432. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10815-5>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., et al. (2020). Systèmes de santé de haute qualité à l'ère des ODD. *The Lancet Global Health*, 8(11), e1196–e1252.
- Kutzin, J. (2013). Financement de la santé pour la couverture universelle et performance des systèmes de santé : concepts et implications politiques. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 91(8), 602–611. <https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Rahman, M. H. (2008). Pauvreté et accès aux soins de santé dans les pays en développement. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 161–171. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>
- Rahman, T., Gasbarro, D., & Alam, K. (2022). Protection financière face aux dépenses directes de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire : revue exploratoire. *Health Research Policy and Systems*, 20, 83. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00886-3>
- Ravangard, R., Jalali, F. S., Bayati, M., et al. (2021). Dépenses catastrophiques de santé des ménages et leurs déterminants. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 19, 59. <https://doi.org/10.1186/s12962-021-00315-2>
- Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2023). Dépenses catastrophiques de santé et protection financière : nouvelles données mondiales. *Health Policy and Planning*, 41(1), 122–130.
- Wamalwa, P. N., Strupat, C., Singh, K., et al. (2025). Inégalités d'adhésion à l'assurance santé dans le secteur informel au Kenya. *Health Research Policy and Systems*, 10, 62.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. L. (2003). Dépenses catastrophiques de santé des ménages : analyse multicentrique. *The Lancet*, 362(9378), 111–117. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13861-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13861-5)

3. Travaux empiriques et études contextuelles (RDC / Afrique)

- Idiamwana, B. K., Miyalu, J. K., & Mpunga, D. M. (2026). Évaluation de la motivation des prestataires de soins dans la zone de santé de Kenge dans le cadre du financement basé sur la performance. *Orapuh Journal*, 7(1).
- Kafumbi, K. (2024). Sources de financement de la santé des ménages dans l'aire de santé Barrière, zone de santé de Kenge, Kwango, RDC. *International Journal of Multidisciplinary Research and Explorer*.
- Mulamba Diese, A., Kalonji, A., Izale, B., Villeneuve, S., Ngoma Miezi Kintaudi, et al. (2018). Surveillance communautaire de la santé maternelle, néonatale et infantile et usage du téléphone mobile par les relais communautaires en RDC. *BMC Public Health*.
- Nsungu Mbuku, E., Osthomampita Aloki, A., Nswela Ilundu, O., Nkwahata Ntambu, R., Buhendwa Rutemba, E., & Nlandu Nkubu, D. (2025). Évaluation de l'utilisation des

services de santé dans la zone de santé de Kenge. *International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics*, 6(3), 448–461.

4. Chapitres / encyclopédies scientifiques

- McIntyre, D., Obse, A. G., & Barasa, E. (2021). Défis du financement de la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne. Dans *Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance*.

© GSJ