

WORKING PAPER / 2026.02

Les politiques de protection sociale et de CSU et leur financement en République Démocratique du Congo

Patrick Rached
Dimitri Renmans
Pacifique Mwene Batu
Samuel Lwamushi Makali
Marc Bourgeois
Elisabeth Paul



University of Antwerp
IOB | Institute of
Development Policy



ISSN 2294-8643

March 2026

The IOB Working Paper Series seeks to stimulate the timely exchange of ideas about development issues, by offering a forum to get findings out quickly, even in a less than fully polished form. The IOB Working Papers are vetted by the chair of the IOB Research Commission. The findings and views expressed in the IOB Working Papers are those of the authors. They do not necessarily represent the views of IOB.

Institute of Development Policy

Postal address:	Visiting address:
Prinsstraat 13	Lange Sint-Annastraat 7
B-2000 Antwerpen	B-2000 Antwerpen
Belgium	Belgium

Tel: +32 (0)3 265 57 70
Fax: +32 (0)3 265 57 71
e-mail: iob@uantwerp.be

<http://www.uantwerp.be/iob>

LES POLITIQUES DE PROTECTION SOCIALE ET DE CSU ET LEUR FINANCEMENT EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



Patrick Rached,¹ Dimitri Renmans,¹ Pacifique Mwene-Batu,² Samuel
Lwamushi Makali,² Marc Bourgeois,³ Elisabeth Paul¹

¹ Université libre de Bruxelles (ULB)

² Université catholique de Bukavu (UCB)

³ Université de Liège (ULiège)

MARS 2026

TABLE DES MATIÈRES

Abréviations et Acronymes.....	4
Contexte national.....	5
Politiques de santé et de protection sociale.....	9
Documents politiques et stratégiques sur la CSU.....	9
Documents politiques et stratégiques sur la protection sociale.....	11
Gouvernance de la santé (de la « CSU » et du système de santé).....	14
Niveau national ou normatif.....	14
Gouvernance du système de santé : le ministère de la santé et les autres institutions rattachées ..	14
Gouvernance du « système de la CSU » : les institutions d'appui à la CSU.....	16
Niveau provincial.....	20
Le ministère provincial de la santé.....	20
La province sanitaire.....	21
La zone de santé.....	22
Gouvernance de la protection sociale.....	24
Niveau central.....	24
Le ministère ayant la prévoyance sociale dans ses attributions.....	24
Le ministère des affaires sociales, actions humanitaires et solidarité nationale.....	24
Le programme national d'appui à la protection sociale.....	24
Intersectorialité.....	25
L'Institut national de sécurité sociale (INSS).....	25
Niveau provincial.....	25
Régimes de protection sociale.....	26
Prévoyance sociale et assurance maladie.....	26
Les régimes de prévoyance sociale.....	26
Les régimes d'assurance maladie.....	27
Les mutuelles de santé.....	28
Assistance sociale.....	30
L'assistance médicale de l'État aux personnes vulnérables.....	30
Le subventionnement de la maternité.....	30
Financement du secteur santé et de la protection sociale.....	32
Niveau national.....	32
Financement du secteur de la santé.....	32
Finances publiques et système fiscal et parafiscal.....	41
Niveau provincial.....	42
Analyses transversales.....	44

La CSU et la PS	44
Objectifs de la CSU.....	44
Equité	45
Efficience.....	46
Transparence et redevabilité	47
Objectifs ultimes de la CSU.....	48
Conclusion	50
Références	51

Liste des figures:

Figure 1 Visualisation des causes de décès en RDC en 2023 (4)	5
Figure 2 Classement des causes de décès en RDC, comparaison entre 2010 et 2023 (4)	6
Figure 3 Tendances des visites prénatales des femmes ayant eu une naissance vivante en RDC (6)	7
Figure 4 Réorganisation du Ministère de la santé, hygiène et prévoyance sociale, reprise de la présentation « Réformes en cours dans le secteur de la santé » (créé sur Canva) (32)	15
Figure 5 Organes de pilotage et de suivi de la CSU en RDC (5)	17
Figure 6 Pyramide sanitaire en RDC (source : auteurs, créé sur Canva)	20
Figure 7 Structure organisationnelle du secteur de la mutualité dans le contexte de la « CSU »	29
Figure 8 Evolution de la composition de la dépense courante de santé (CHE), RDC, 2010-2022 en USD constants (2022) (62)	35
Figure 9 Évolution du pourcentage du Budget de l'État alloué à la Fonction Santé et du taux d'exécution de 2003 à 2021 en RDC (56)	37
Figure 10 Objectifs intermédiaires et finaux de la CSU qui sont influencés par le financement de la santé (74).....	45
Figure 11 Accessibilité aux soins de qualité en RDC (ODD 3.8.1) (2013-2023)	48

Liste des tableaux:

Tableau 1 Evolution des principaux agrégats des comptes de la santé de 2017 à 2021, en million USD, sur la base des données du rapport sur les comptes de la santé (37,56).....	32
Tableau 2 Dépenses de santé par habitant de 2017 à 2021 en RDC (USD) (56)	32
Tableau 3 Part des différentes sources de dépense dans la dépense courante de santé (56).....	34
Tableau 4 Proportion de la population expérimentant des difficultés financières (en 2012)	36
Tableau 5 Affectation des ressources financières par niveau de la pyramide sanitaire en % de la DTS de 2017 à 2021 (1,56)	37
Tableau 6 Principaux agrégats de la Loi de Finances rectifiée de 2025 (66)	39
Tableau 7 Analyse SWOT du système fiscal et parafiscal de la RDC (23)	41
Tableau 8 Indice de couverture effective des différents services en RDC (2020) (77)	49

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

- ANICNS	Agence nationale d'ingénierie clinique, de l'information et du numérique de la santé
- ACOREP	Autorité congolaise de réglementation pharmaceutique
- ARC-CSU	Autorité de régulation et de contrôle de la CSU
- AS	Aire de santé
- BGE	Budget général de l'État
- CN-CSU	Conseil national de la couverture santé universelle
- CNSSAP	Caisse nationale de sécurité sociale des agents publics de l'État
- CSU	Couverture santé universelle
- DG	Directeur général
- DPSPH	Division provinciale de la santé publique et hygiène
- DTS	Dépenses totales de santé
- EXT	Ressources externes pour la santé
- FASS	Fond d'achats des services de santé
- FC	Franc congolais
- FOSA	Formation sanitaire
- FPS	Fonds de promotion de la santé
- FSS	Fonds de solidarité de la santé
- GDP	<i>Gross Domestic Product</i>
- GGE	<i>General Government Expenditure</i> (Dépenses publiques générales)
- GGHE	<i>General Government Expenditure on Health</i> (Dépenses publiques de santé)
- HGR	Hôpital général de référence
- INSS	Institut national de sécurité sociale
- IPS	Inspection provinciale de la santé
- MSPHPS	Ministère de la santé publique, hygiène et prévoyance sociale
- ODD	Objectifs de développement durable
- OMS	Organisation mondiale de la santé
- ONG	Organisation non gouvernementale
- OOPs	<i>Out of Pocket expenditure</i> (Dépenses directes de santé)
- PEFA	<i>Public Expenditure and Financial Accountability</i>
- PNDS	Plan national de développement sanitaire
- PNPS	Programme national d'appui à la protection sociale
- PNS	Politique nationale de santé
- PS	Protection sociale
- PTF	Partenaire technique et financier
- RDC	République Démocratique du Congo
- SRSS	Stratégie de renforcement du système de santé
- SRMNEA	Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent
- SSP	Soins de santé primaire
- SyS	Système de santé
- USD	Dollar américain
- PIB	Produit intérieur brut
- MUSA	Mutuelle de santé
- ZS	Zone de santé

CONTEXTE NATIONAL

La République Démocratique du Congo (RDC) est un pays d'Afrique centrale, avec une superficie de 2.345.409 km². Sa population était estimée à 122.511.000 habitants en 2024. Il s'agit d'une population majoritairement jeune (48% a moins de 15 ans, 48% a entre 15 et 59 ans) et rurale (60% de la population) (1). Son indice de développement humain était de 0,366 en 2020 (2). L'espérance de vie à la naissance était de 62 ans en 2023 (2). Le taux de mortalité globale est en diminution, atteignant 10 décès pour 1000 habitants (1).

Au niveau de la gouvernance centrale, la RDC compte quatre institutions majeures : le Président de la République, le Parlement (composé de l'Assemblée nationale et du Sénat), le gouvernement (dirigé par le Premier Ministre) et les cours et tribunaux. La RDC est composée de 26 provinces administratives (dont la ville de Kinshasa qui possède ce statut). Chaque province possède une assemblée provinciale et un gouvernement provincial, sous l'égide du Gouverneur de province (1).

Selon la Loi n°18/035 du 18 décembre 2018 (3), le « système national de santé est l'ensemble coordonné de structures, de personnes et d'activités qui assurent la prévention des maladies, le maintien, la restauration et la promotion de la santé au bénéfice de la population ». Il est organisé de manière pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire (avec les provinces sanitaires) et opérationnel (avec les zones et les aires de santé). Cette organisation est détaillée dans la section *Gouvernance de la santé* (de la « CSU » et du système de santé).

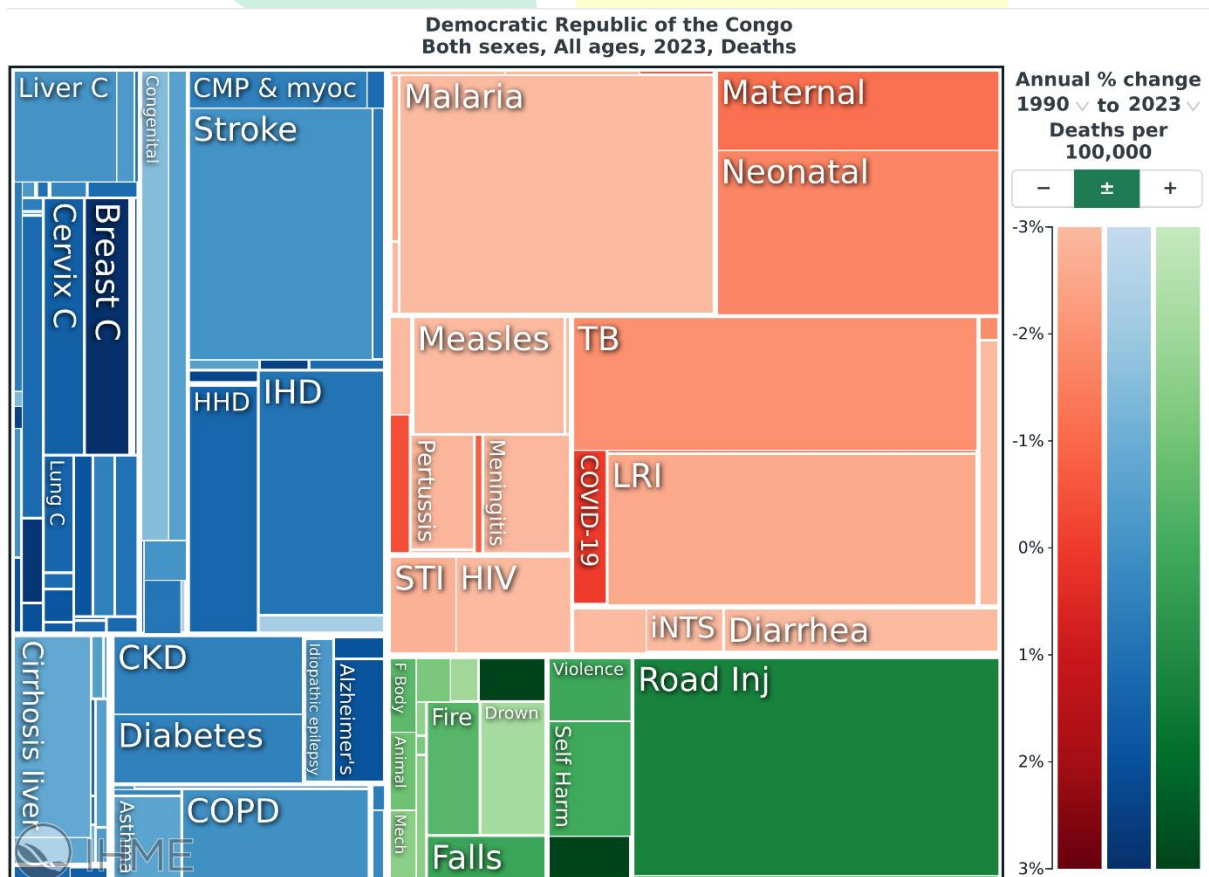


Figure 1 Visualisation des causes de décès en RDC en 2023 (4)

Abréviations de la figure : C : cancer – CMP & myoc : cardiomyopathies et myocardites – HHD : cardiopathie hypertensive – IHD : cardiopathie ischémique – CKD : insuffisance rénale chronique – COPD : maladie pulmonaire obstructive chronique – TB :

tuberculose – LRI : infection des voies respiratoires inférieures – STI : infection sexuellement transmissibles – iNTS : Salmonelle non typhoïdique invasive

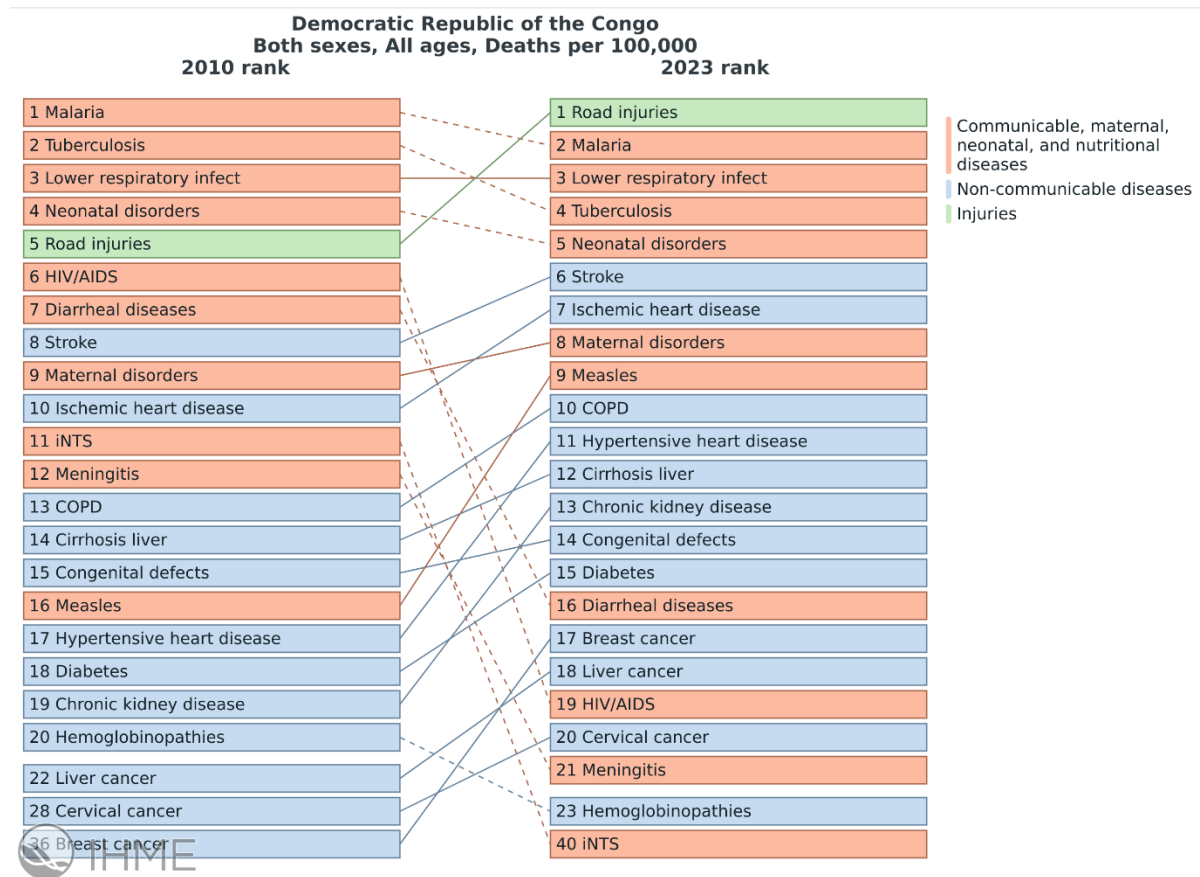


Figure 2 Classement des causes de décès en RDC, comparaison entre 2010 et 2023 (4)

Selon les données du système national d’information sanitaire (DHIS2), les principales causes de mortalité en RDC entre 2018 et 2022 sont le paludisme, le VIH/SIDA et les infections respiratoires aiguës. Les autres causes les plus importantes sont la tuberculose, le diabète, l’hypertension artérielle, le cancer et les accidents de la voie publique (1). Les données provenant de l’étude *Global Burden of Disease* révèlent un classement similaire (Figure 2) (4). Le paludisme est la première cause de morbidité et mortalité en RDC, avec une incidence de 318 cas pour 1000 habitants en 2021 (1). En ce qui concerne le VIH/SIDA, les estimations montrent une incidence de 0,13 cas pour 1000 habitants en 2022 (1). Toutefois, on observe donc que la RDC fait face à un double fardeau de maladies transmissibles et non transmissibles (5).

La malnutrition reste très prévalente en RDC : la prévalence de retard de croissance des enfants de moins de 5 ans est estimée à plus de 40% (5,6). On estime que 21% des adolescentes (15-19 ans) sont en insuffisance pondérale et 9% présentent un surpoids. Pour les femmes adultes (20-49 ans), la prévalence est estimée à 13% pour l’insuffisance pondérale et 23% pour le surpoids (6).

L’incidence des pathologies chroniques et facteurs de risques cardiovasculaires, comme le diabète et l’hypertension artérielle augmente chaque année (1,5). Le diabète a un taux de mortalité estimé à 13,83 décès par 100.000 habitants (4). Les cancers représentent aussi un fardeau pour la population, avec un taux de mortalité estimé à 74,21 décès par 100.000 habitants (tous cancers confondus) (4).

En ce qui concerne la santé maternelle et infantile, selon la troisième enquête démographique et de santé, le taux de fécondité moyen des femmes congolaise était estimé à 5,5 enfants par femme en 2023. Ce taux

est plus élevé en milieu rural (6,4 par femme) qu'en milieu urbain (4,2 par femme), avec de très fortes variations entre les provinces (6). L'âge médian des femmes à la première naissance en RDC est de 20,5 ans. Cependant, 20% des femmes ou adolescentes ayant entre 15 et 19 ans ont déjà été enceintes. Les femmes ayant un niveau d'éducation ou économique plus faible ont tendance à avoir plus d'enfants, plus tôt (6). Le taux de mortalité maternelle était estimé à 427 décès par 100.000 naissances vivantes en 2023 (2). Ce taux élevé est largement dû aux grossesses adolescentes et aux grossesses rapprochées (1). Le taux de mortalité infantile était, pour sa part, estimé à 56 enfants sur 1.000 naissances vivantes, et à 24 sur 1.000. Ces taux suivent une tendance à la diminution (1). Le taux de mortalité périnatale est estimé à 37 décès sur 1.000 grossesses.¹ Ce taux est plus élevé pour les grossesses des femmes plus jeunes (< 20ans) ou plus âgées (> 40ans) (6).

Il est estimé que 84% des femmes ayant eu une naissance vivante ont effectué au moins une visite prénatale auprès d'un prestataire de soins, 45% ont effectué au moins quatre visites, et la première visite n'a eu lieu pendant les quatre premiers mois que dans 21% des cas (Figure 3) (6). Au total, 83% des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé et 16 % à domicile, avec toutefois de fortes disparités selon les provinces (6). Il est aussi estimé que seuls 21% des enfants âgés de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés (une dose de BCG, trois doses de DTC-HepB-Hib, trois doses de vaccin oral contre la polio, et une dose contre la rougeole) (6). Le sous-indice de couverture des services de santé reproductive, maternelle, du nouveau-né et de l'enfant est (indice désagrégé de l'indicateur 3.8.1) est de 38 en 2023, ce qui signifie que seul 38% de la population a accès à des services de santé maternelle et infantile de qualité (8).

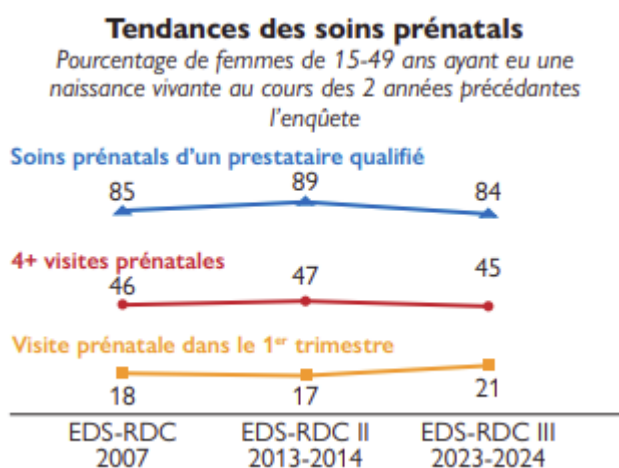


Figure 3 Tendances des visites prénatales des femmes ayant eu une naissance vivante en RDC (6)

Sur le plan économique, en 2024, la croissance économique était de 6,5%. L'extraction minière reste le secteur économique le plus développé du pays, même s'il est en légère régression depuis 2023. L'inflation

¹ Le taux de mortalité infantile correspond au nombre d'enfants décédant avant l'âge d'un an, pour 1.000 naissances vivantes au cours d'une année donnée.

Le taux de mortalité néonatale correspond au nombre de nouveau-nés décédant avant l'âge de 28 jours, pour 1.000 naissances vivantes au cours d'une année donnée.

Le taux de mortalité périnatale correspond au nombre de mort-nés survenus après 22 semaines de gestation et de décès survenant au cours de la première semaine de vie, pour 1.000 naissances totales au cours d'une année donnée. (7)

que connaît le pays reste importante, mais est en régression en passant de 11,7% en décembre 2024 à 9,1% en mai 2025 (9).

La protection sociale (appelée prévoyance sociale en RDC, voir le chapitre *Documents politiques et stratégiques sur la protection sociale*) est moins développée en RDC. Le niveau de pauvreté des ménages est estimé à 63% en 2012, et est plus marquée en milieu rural (10). Seul 5,1% de la population congolaise est couverte par au moins un mécanisme de protection sociale (hors santé) (indicateur ODD 1.3.1) (11).

La population en âge de travailler (15 à 64 ans) représente 34,2% de la population congolaise (1). Sur le marché de l'emploi, 72% de la population active est employée dans le secteur informel, 4% dans le secteur formel, et 24% est au chômage (10). Les travailleurs sont majoritairement des hommes, dans la tranche d'âge de 30 à 49 ans (10).

Sur le plan humanitaire, la RDC fait face à des millions de déplacés internes et un taux très élevé de violences basées sur le genre, notamment dans les provinces affectées par les conflits avec les pays voisins (Nord-Kivu, Sud-Kivu, Ituri, Tanganyika) (1,10).

C'est dans ce contexte sanitaire, économique, social et sécuritaire tendu que la RDC a élaboré diverses politiques et stratégies de santé, de couverture santé universelle et de protection sociale pour répondre aux besoins de la population. Les objectifs de ce document sont de :

- Décrire les politiques de santé et de protection sociale en vigueur en RDC ;
- Décrire les institutions de santé et de protection sociale en charge de mettre en œuvre ces politiques ;
- Décrire les différents régimes de d'assurance maladie et de protection sociale de la population ;
- Décrire les modalités et les tendances du financement de la santé et de la protection sociale en RDC.

Le gouvernement de la RDC s'est doté en 2001 d'une Politique nationale de santé (PNS) fondée sur les soins de santé primaires (SSP), qui sont opérationnalisés à travers les zones de santé (ZS) (12). La Constitution congolaise de 2006 a inscrit le droit à la santé en son article 47 (13). Sur cette base, une Stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) a été révisée et adoptée en 2010, qui est opérationnalisée à travers des Plans nationaux de développement sanitaire (PNDS). Le premier a couvert la période de 2011 à 2015, le deuxième de 2016 à 2020 (12). L'évaluation à mi-parcours de ce dernier a estimé qu'il était peu réaliste (reprenant les mêmes erreurs que son prédécesseur) et que de nombreuses cibles ne seraient pas atteintes (seulement 43,6% des indicateurs de suivi étaient complètement renseignés, avec moins de la moitié ayant atteint leurs cibles).

Le PNDS a donc été sujet à un recadrage pour la période 2019-2022, qui lui a permis de mettre davantage l'accent sur la CSU (12). Ce plan est articulé autour de trois axes stratégiques : (i) l'amélioration des prestations de services de santé et continuité des soins ; (ii) l'appui aux différents piliers du système de santé (SyS) (développement des ressources humaines pour la santé, l'approvisionnement en médicaments et intrants, développement des infrastructures et équipements, renforcement du système d'information sanitaire, l'amélioration du financement de la santé et réduction des barrières d'accès aux soins) ; et (iii) le renforcement de la gouvernance du SyS.

La loi n° 18/035 du 13 décembre 2018 (3) a fixé les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique. Elle reste en vigueur, avec les modifications et compléments apportés par **l'ordonnance-loi N°23/006 du 3 mars 2023** fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique (14).

Le dernier PNDS en date est le plan national de développement sanitaire et de prévoyance sociale (**PNDS-PS) 2024-2033**, conçu par le ministère de la santé publique, hygiène et prévoyance sociale (1). Il a pour but de contribuer au bien-être de la population, d'augmenter l'espérance de vie des Congolais et de rendre le secteur de la santé l'un des vecteurs de développement socio-économiques de la RDC. Les trois objectifs stratégiques de ce PNDS-PS sont :

- 1) **Contribuer à la réduction de la morbidité et la mortalité de la population ;**
- 2) **Promouvoir la protection sociale et la mitigation du risque financier** afin d'améliorer l'accès aux services et soins de santé de qualité ;
- 3) **Contribuer au développement socio-économique du pays dans un cadre multisectoriel.**

Les **six axes stratégiques** du PNDS-PS sont : (i) l'amélioration des prestations des services de santé de qualité et la continuité des soins dans une approche de soins de santé primaires avec un focus sur la santé communautaire ; (ii) l'accroissement des financements et d'autres investissements pour une meilleure performance du système de santé ; (iii) l'amélioration de la résilience du système de santé aux urgences et risques sanitaires ; (iv) l'extension de la protection sociale et de la mitigation du risque financier ; (v) le renforcement de la gouvernance du système de santé et de la prévoyance sociale ; et (vi) l'amélioration de la fonctionnalité des industries de santé et la création d'emplois en collaboration avec d'autres secteurs. Ces axes sont déclinés en soixante interventions. Le budget estimé pour la mise en œuvre de ce PNDS-PS est de 32 milliards USD sur dix ans.

Plus spécifiquement, concernant les axes (ii) et (iv), le PNDS-PS prévoit notamment d'améliorer la pratique des comptes nationaux de la santé, de proposer des financements innovants et de réaffecter les ressources domestiques et externes à la santé, de rendre fonctionnels les sous-régimes d'assurance

maladie obligatoires (voir la section Prévoyance sociale et assurance maladie), de développer les régimes d'assistance médicale aux plus vulnérables (voir la section Assistance sociale), de renforcer le développement des mutuelles de santé, de structurer les acteurs de l'économie informelle en corporations professionnelles pour mettre en place des mécanismes de prélèvements automatiques et obligatoires de cotisations, et d'institutionnaliser le métier de médecin conseil des assurances en santé.

Outre le PNDS-PS (qui émane du ministère en charge de la Santé), le Conseil national de la couverture santé universelle (CN-CSU) (qui rassemble entre autres le Président de la République, le Premier ministre et le Ministre de la Santé publique, hygiène et prévoyance sociale) a élaboré un **Plan stratégique national pour la CSU 2020-2030** qui relève du « système de la CSU ». Ce plan est vu comme un moyen de contribuer à la réduction de la pauvreté et à la relance du développement de la RDC (5).

Encadré 1 : Évitions les confusions entre la CSU et le système de santé (SyS) en RDC :

Selon l'OMS, un **système de santé (SyS)** est constitué de « *toutes les organisations, personnes et activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé* » et dont la mission principale est de « *d'améliorer la santé et l'équité en matière de santé en répondant aux besoins, en étant équitable sur le plan financier et en utilisant au mieux les ressources disponibles* » (traduction des auteurs) (15).

Toujours selon l'OMS, la **CSU** signifie que chacun a accès aux services de santé dont il a besoin – que ce soit des services de promotion de la santé, préventifs, curatifs, de réhabilitation ou palliatifs – de qualité, tout en garantissant que leur utilisation n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières (16,17). La CSU comporte donc deux dimensions intimement liées : la disponibilité et la prestation de services de santé (qui relève du SyS) et la protection contre les risques financiers (qui peut relever du pilier « financement » du SyS, mais pas seulement – dans beaucoup d'autres pays africains, cette dimension est transférée à un autre ministère que celui de la Santé).

En RDC, depuis l'élection de l'actuel Président de la République en 2019, la CSU est devenue une priorité politique majeure du pays (1). **Sous son impulsion, plusieurs réformes ont été initiées** à travers des documents législatifs, plans stratégiques et remaniements de la gouvernance en santé, **afin d'implémenter ce que les documents de politiques nationales appellent le « système de la CSU »**. Ce « système de la CSU » est défini comme : « *le cadre qui organise les prestations des services et soins de santé et pharmaceutiques, la protection financière en santé ainsi que toutes les assurances maladies en RDC* » (14).

Dès lors, il existe en RDC une certaine confusion conceptuelle entre la CSU en tant que concept (16,17) d'une part et, d'autre part, un « système » institutionnel qui se superpose en partie au SyS. Ce « système de la CSU » est donc différent, aux yeux des autorités congolaises, du SyS, et les deux développent des politiques, des entités de gouvernance et de mise en œuvre, des budgets et des activités de manière quasi parallèle – du moins au niveau central – et ce, tant pour ce qui concerne la dimension « protection financière » que la dimension « prestation de services ».

Bien que les termes utilisés ne correspondent pas aux terminologies internationales standards, pour une meilleure lisibilité, nous utiliserons les termes suivants :

- « SyS » pour parler du système préexistant aux réformes initiées sous l'actuel régime présidentiel au nom de la CSU, qui relève généralement de la gouvernance du MSPHPS ;
- « Système de la CSU » pour parler du système institutionnel mis en place par le Président de la République.

Le Plan stratégique national pour la CSU a pour objectifs généraux : **(i) d'augmenter l'espérance de vie des Congolais**, ainsi que de **réduire (ii) la mortalité maternelle et (iii) infanto juvénile à travers une augmentation de la couverture des services de santé essentiels et en réduisant les dépenses catastrophiques des ménages dues aux soins de santé**. Les approches prônées par ce plan sont l'approche multisectorielle (incluant le secteur de la protection sociale), l'universalisme progressif et

l'équité, ainsi que la décentralisation. Cette décentralisation passe par un plus grand rôle donné aux provinces, mais aussi à travers la participation des communautés.

Ses six grands axes stratégiques du sont : (i) l'amélioration des prestations de services de santé et la continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé, (ii) l'élaboration et la mise en œuvre d'une réponse multisectorielle, intégrée et inclusive aux maladies chroniques non transmissibles, (iii) l'extension de la protection financière pour tous, (iv) le renforcement de l'approche de la « Santé dans toutes les politiques » pour réduire la charge de morbidité et assurer la viabilité du dispositif de la CSU, (v) la gouvernance et la gestion du « système national de CSU » et enfin (vi) la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de la « CSU ».

L'axe stratégique (ii) sera atteint via plusieurs actions : identifier les populations indigentes (rôle qui échoit au ministère des Affaires sociales), soutenir les mutuelles de santé à base communautaire, rendre obligatoire l'adhésion du secteur informel aux régimes de mitigation des risques, renforcer l'assurance universelle en santé du secteur formel, et amorcer des réformes financières.

Pour renforcer la gouvernance (v) et le financement du « système de la CSU » (vi), le plan prévoit des réformes institutionnelles avec la création de structures facilitatrices de la mise en œuvre de la CSU. Ces structures seront créées par les décrets N°22/13 (18), 22/14 (19), 22/15 (20), 22/16 (21) et 22/17 (22) du 9 avril 2022, et mises à jour ultérieurement (voir la section sur Gouvernance du « système de la CSU » : les institutions d'appui à la CSU).

Le budget estimé pour la mise en œuvre de ce plan est de 4 milliards USD la première année, puis 2,5 milliards USD par an pour les années suivantes (5,23). Avec le recul, ce montant se révèle insuffisant pour atteindre ses objectifs.²

Le plan stratégique national pour la CSU a été critiqué par une équipe de l'OMS (24) car il ne mentionne que très peu l'intersectorialité et omet certaines populations vulnérables. De plus, le financement de la santé et des politiques de CSU n'est que trop peu abordé, malgré une introduction qui met cette problématique en évidence. Dans ses rares mentions, on note une surdépendance aux financements externes, un accent trop marqué sur les mutuelles à base communautaire, et la multiplicité des organes de mutualisation des risques financiers. L'équipe insiste aussi sur la nécessité de mieux définir les paquets de soins minimaux en se basant sur le profil épidémiologique du pays, les besoins de la population et la disponibilité des ressources.

Certaines des politiques que l'État cherche à mettre en place dans le cadre du « système de la CSU » sont le subventionnement total des soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et au nouveau-né (couramment appelée la « gratuité de la maternité »), les médecins conseils, et la fédération des mutuelles de santé³.

DOCUMENTS POLITIQUES ET STRATÉGIQUES SUR LA PROTECTION SOCIALE

Encadré 2 : Termes employés

Afin de mieux comprendre les politiques de protection sociale en RDC, il est important de définir les termes utilisés dans les politiques nationales.

² Source : atelier réalisé dans le cadre d'un accompagnement scientifique pour une intervention de l'agence belge de développement à Kinshasa : <https://www.springpsp.be/fr/kinshasa-workshop-for-scientific-support/>

³ *Idem*

La **protection sociale** telle que préconisée par l'Organisation Internationale du Travail (OIT) est « *l'ensemble des politiques et programmes destinés à réduire la pauvreté et la vulnérabilité tout au long d'un parcours de vie* » (traduction des auteurs) (25,26).

Ce terme est rarement utilisé en RDC. Quand il est utilisé, il fait référence à l'ensemble des politiques et des « *mécanismes de prévoyance collective permettant aux individus de faire face aux conséquences financières des risques sociaux, à savoir les situations susceptibles de compromettre la sécurité économique des individus ou de leurs familles, en provoquant une baisse de leurs ressources ou un accroissement de leurs dépenses* » (27).

Cependant, les politiques et documents nationaux préfèrent les deux termes « prévoyance sociale » et « assistance sociale ».

En RDC, la **prévoyance sociale** fait référence aux mécanismes de protection sociale dont l'adhésion et le financement **dépendent des contributions des bénéficiaires**. Elle s'aligne avec l'« assurance sociale » (*social insurance*) telle que définie par l'OIT. Elle est actuellement du ressort du MSPHPS.

L'**assistance sociale**, quant à elle, est conforme avec la terminologie de l'OIT, et fait référence aux mécanismes de protection sociale dont le financement dépend de **mécanismes non contributifs**. En dehors des mécanismes relatifs à la santé, elle est généralement du ressort du ministère des Affaires Sociales.

La **Politique nationale de protection sociale de 2016** (aussi intitulée « Notre » protection sociale) est la dernière feuille de route politique en date. Cette politique identifiait déjà les nombreuses difficultés auxquelles le système de protection sociale fait face : la faible couverture de la population et en particulier du secteur informel par des régimes de sécurité sociale, l'absence de politique nationale qui coalise tous les efforts existants, la faible qualité des prestations disponibles, l'insuffisance du financement du système et sa non-pérennisation financière, la fragmentation de l'offre et l'augmentation des besoins de la population (28).

Au moment de l'élaboration de la politique, il existait déjà les mécanismes suivants : (i) les mécanismes d'assurance sociale orientés vers le secteur formel, régis par le régime général de sécurité sociale de l'Institut national de sécurité sociale (INSS), (ii) des mécanismes de filets sociaux via des programmes de transferts non contributifs, ciblés sur les personnes pauvres et vulnérables (exonération de frais, gratuité de l'enseignement primaire...) dont certains sont financés par des bailleurs (29), et (iii) les programmes de promotion de l'emploi pour les personnes vulnérables (28).

Cette politique a pour objectif à long terme de réduire la vulnérabilité de la population et de renforcer les performances des systèmes contributifs existants. Parmi les nombreux objectifs à court et moyen termes, on note la volonté de formaliser le secteur informel et celle de financer durablement la protection sociale (PS), sans appui financier extérieur.

La politique s'axe autour de trois lignes stratégiques :

- La promotion de mécanismes garantissant l'accès aux services sociaux de base, ainsi qu'une sécurité alimentaire et de revenu pour les personnes vulnérables. Elle s'articule autour de trois programmes pilotes, à savoir : (i) promouvoir la CSU, (ii) assurer l'accès des enfants, garçons et filles, à l'alimentation saine et équilibrée, à l'éducation et aux soins de santé de qualité et de proximité, et (iii) garantir aux personnes en situation difficile y compris les personnes du troisième âge l'accès à des services sociaux de base et un revenu minimum.

- Le renforcement et l'extension de mécanismes d'assurance sociale fiables et économiquement viables, et cela à travers l'INSS en première intention pour le secteur formel (d'autres verront le jour) et les mécanismes communautaires pour le secteur informel.
 - o Cette politique pose les bases de ce qui deviendra le Régime spécial de sécurité sociale pour les agents de carrière des services publics de l'État gérée par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Agents Publics de l'État (CNSSAP), sous la tutelle du ministère de la fonction publique. Cette caisse n'est pas encore présente dans toutes les provinces, même si on observe quelques inaugurations (30).
- Le renforcement du cadre institutionnel, des capacités et le financement de la protection sociale, à travers une amélioration de la gouvernance de la PS, la recherche et l'innovation, l'information et l'éducation citoyenne.

Concernant le dernier axe stratégique, le plan préconise la création de nouvelles institutions dans le but de rationaliser la gouvernance de la PS. Il est important de noter que cette politique met l'accent sur le rôle levier des mutuelles de santé dans l'atteinte de la CSU.

Outre les politiques de protection sociale en santé qui sont développés dans le PNDS-PS (1), ce plan datant de 2016 reste celui en vigueur actuellement en ce qui concerne les politiques de protection sociale.

Encadré 3 : Agenda politique, PS et CSU :

Depuis que la CSU est devenue l'une des priorités politiques majeures du pays, la PS au sens large a été reléguée au second plan, ce qui pourrait expliquer l'absence de nouveaux plans nationaux depuis 2016. Les politiques de PS se limitent donc essentiellement à la protection sociale en santé. Cela est corroboré par le transfert de la compétence en matière de prévoyance sociale au ministère de la santé, et le développement du PNDS-PS, qui intègre les deux aspects.

GOVERNANCE DE LA SANTÉ (DE LA « CSU » ET DU SYSTÈME DE SANTÉ)

Le SyS congolais est organisé sur trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire ou provincial, et le niveau périphérique ou opérationnel (3,14).

NIVEAU NATIONAL OU NORMATIF

Le niveau central définit les grandes orientations de la politique sanitaire nationale, édicte les directives, les normes, les stratégies d'intervention et assure leur suivi et évaluation (3,14).

GOVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ : LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET LES AUTRES INSTITUTIONS RATTACHÉES

LE MSPHPS

Le ministère en charge de la santé publique est aujourd'hui appelé **ministère de la Santé publique, Hygiène et Prévoyance sociale (MSPHPS)**. Il a pour mission de garantir le bien-être de la population, de prévenir les maladies et de promouvoir un meilleur état de santé. Il doit assurer la prévention, la promotion de la santé et la prestation de soins médicaux de qualité pour l'ensemble de la population (3,14). Selon l'ordonnance N°22/003 du 7 janvier 2022 fixant les attributions des ministères (31), le ministère de la santé publique, hygiène et prévention (ancienne les établissements privés en dénomination) est responsable de :

- Concevoir, élaborer et mettre en œuvre les politiques et normes relatives à santé ;
- Préparer des projets de traités, conventions et accords internationaux, de lois, d'ordonnances-lois, d'ordonnances, de décrets et d'arrêtés d'exécution en matière de santé ;
- La tutelle des établissements publics et de contrôler les services qu'ils prodiguent ;
- Gérer les relations avec les organisations internationales en matière de santé ;
- Représenter l'État dans les différentes rencontres officielles ;
- Mobiliser les recettes assignées à ses services ;
- Engager les dépenses prévues au budget de l'État suivant le crédit qui lui est alloué ;
- Vulgariser la législation en vigueur en matière de santé ;
- Organiser, créer et contrôler les services publics médicaux et pharmaceutiques ;
- Organiser l'enseignement technique médical du niveau secondaire ;
- Agréer et contrôler techniquement les établissements privés médico-sanitaires, pharmaceutiques, d'enseignement médical et les laboratoires ;
- Planifier et mettre en œuvre la stratégie nationale de prévention et de la lutte contre les pandémies et les épidémies, y compris la police sanitaire (ex. quarantaines) ;
- Mettre en œuvre la politique « de CSU dans son volet gouvernemental », bien que cette notion soit encore floue ;
- Elaborer les programmes de formation du personnel de santé en collaboration avec le ministère de l'enseignement supérieur ;
- Elaborer des normes de salubrité avec le ministère de l'environnement ;
- Collaborer avec l'Ordre des médecins, des pharmaciens, et les autres associations professionnelles ;
- Gérer le personnel à sa disposition

Le MSPHPS définit et édicte aussi les normes ainsi que les protocoles diagnostiques et thérapeutiques standardisés (3,14).

À noter que c'est l'Autorité de régulation et de contrôle de la CSU (ARC-CSU) (voir ci-dessous) qui s'appuie sur ces normes pour réguler le « système de la CSU », jouant un rôle à caractère plus exécutif.

Le MSPHPS et l'ARC-CSU se partagent tous les deux le rôle de régulation des tarifs des services et soins de santé et les prix des produits pharmaceutiques prodigués dans les établissements de soins publics, paraétatiques et privés (14).

Outre le Ministre et son Cabinet, **l'organigramme du MSPHPS est organisé autour du secrétariat général de la santé publique et hygiène, du secrétariat général de la prévoyance sociale et de l'inspection générale de la santé**, qui chapeautent les diverses directions et divisions qui en relèvent. Le MSPHPS est aussi l'autorité de tutelle des institutions d'appui à la CSU (détaillées plus loin) (Figure 4) (32). Il est en cours de réforme en vue de passer de 13 à 9 directions centrales (32,33).

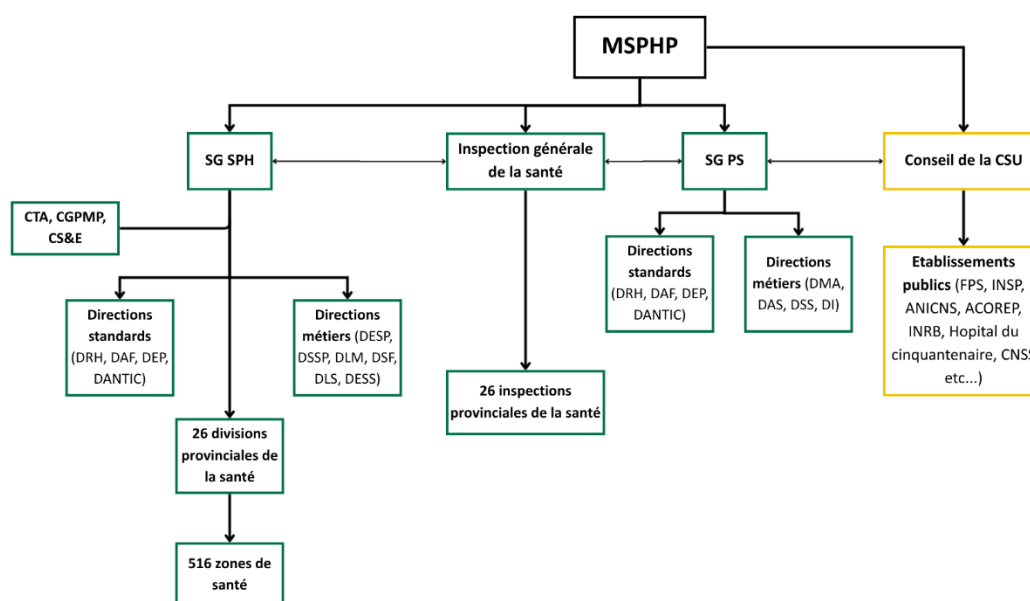


Figure 4 Réorganisation du Ministère de la santé, hygiène et prévoyance sociale, reprise de la présentation « Réformes en cours dans le secteur de la santé » (créé sur Canva) (32)

LE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL À LA SANTÉ PUBLIQUE

Le secrétariat général à la santé a pour rôle de planifier, coordonner, superviser et évaluer les activités en appui au MSPHPS. Il coordonne aussi les entités déconcentrées du MSPHPS (à savoir les divisions provinciales de la santé et les zones de santé, détaillées plus loin). Il constitue également le lien entre le Cabinet, l'Administration de la santé et les différents partenaires techniques et financiers (34).

LE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

Le déplacement du secrétariat général de la prévoyance sociale vers le MSPHPS a engendré de nombreuses réformes. Son rôle est en train d'être clarifié progressivement.

L'INSPECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

L'inspection générale de la santé a pour rôle d'auditer la qualité des services de santé (incluant le volet pharmaceutique) avant l'accréditation des établissements, puis de s'assurer du maintien et de l'amélioration de ce niveau de qualité. Elle contrôle la gestion des fonds qui proviennent de l'achat des prestations, quel que soit l'acheteur (assurances maladie, subventions de l'État, autres). Elle propose

également des sanctions administratives, voire juridiques le cas échéant. Elle a donc un rôle technique, administratif, financier et pédagogique (14).

GOUVERNANCE DU « SYSTÈME DE LA CSU » : LES INSTITUTIONS D'APPUI À LA CSU

Bien que certaines relèvent de la tutelle du MSPHPS, elles font toutes parties du « système de la CSU ».

LE CONSEIL NATIONAL DE LA CSU (CN-CSU)

Le « système de la CSU » est piloté et coordonné par le Conseil national de la CSU. Bien qu'il soit rattaché au MSPHPS (Figure 4), il est *de facto* placé sous l'autorité du Président de la République (14,35). Il est régi par l'ordonnance N°21/032 du 1^{er} juin 2021 (35) et a pour mission **de délibérer sur et définir la politique nationale de « CSU » ainsi que de s'assurer de sa mise en œuvre**. Il est constitué de deux comités :

- **Le Comité national de pilotage de la CSU** : Il a pour rôle **de concevoir, orienter et suivre la mise en œuvre des politiques de CSU**. Il est multisectoriel par conception puisqu'il est constitué du Président de la République, du Premier ministre, de plusieurs ministres du gouvernement national (incluant notamment ceux ayant dans leurs attributions la santé publique, la prévoyance sociale, l'administration du territoire, le plan, le budget, les finances, les affaires sociales, la recherche scientifique...), et du **conseiller spécial du Président en charge de la CSU** (aussi appelé coordonnateur de la CSU).
- **Le Comité technique de coordination de la CSU** : Il joue un rôle au niveau de la **coordination, de la mise en œuvre et du suivi des interventions**. Il est sous la supervision du comité de pilotage et lui propose le plan stratégique national pour validation. Il est lui aussi multisectoriel et est constitué – entre autres – du coordonnateur de la CSU, d'un délégué du Premier ministre, des secrétaires généraux des ministères nationaux cités dans le comité de pilotage, du Directeur général (DG) du Fonds de promotion de la santé (FPS), du DG du Fonds de solidarité de la santé (FSS), du DG de l'agence nationale d'ingénierie clinique, de l'information et du numérique de la santé (ANICNS). Ce comité se réunit au moins une fois par semaine.

La composition exacte de ces deux comités est reprise dans la Figure 5.

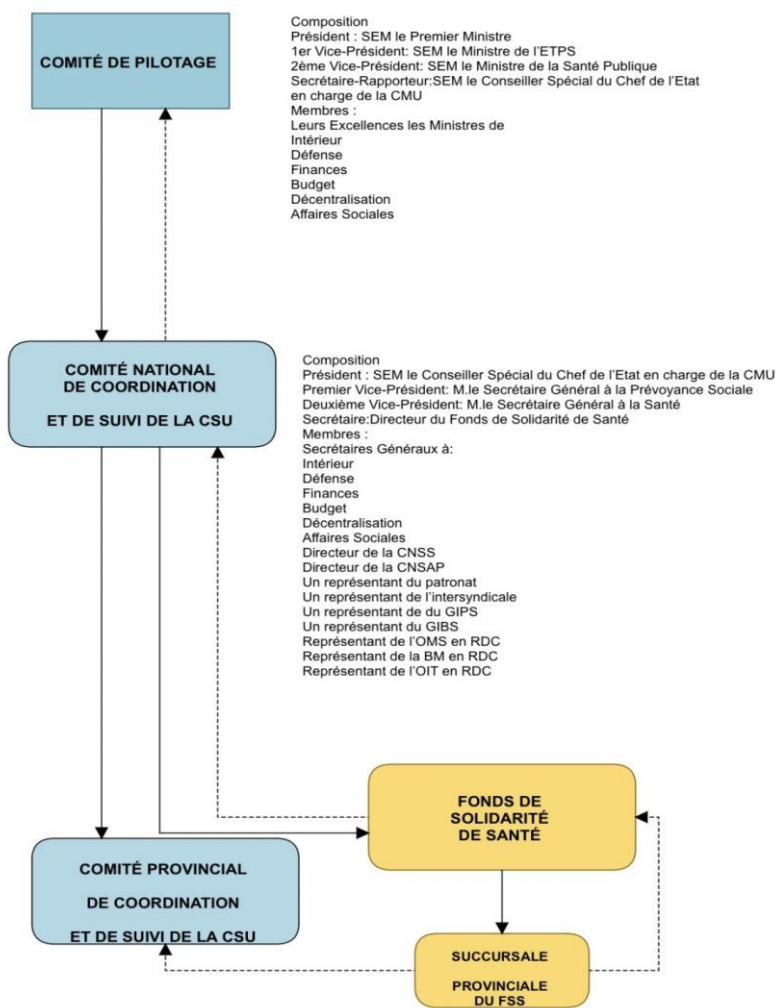


Figure 5 Organes de pilotage et de suivi de la CSU en RDC (5)

L'AUTORITÉ DE RÉGULATION ET DE CONTRÔLE DE LA CSU (ARC-CSU)

L'ARC-CSU, régie par le décret N°22/14 du 9 avril 2022 (19), est un organe sous la tutelle du Premier ministre (14,19). Elle conseille le gouvernement en matière de politiques de « CSU », mais joue surtout **un rôle plus exécutif de régulation et de contrôle du « système de la CSU » et des prestations sanitaires** (14,19). En effet, le rôle normatif est du ressort du MSPHPS. Ces différentes missions sont réparties entre quatre commissions (19) :

- La commission de **contrôle et assurance de la qualité des soins**, qui donne des avis sur l'assurance qualité des soins de santé et de la sélection des médicaments, sur les procédures d'évaluation périodique de la qualité des soins dans les structures accréditées, et sur le maintien de la certification et de l'accréditation.
- La commission de **certification des établissements de santé**, qui émet des avis sur les manuels et les processus de certification des établissements de santé, sur l'accréditation des prestataires (libéraux, officines, hôpitaux...), sur les indicateurs hospitaliers de qualité et de sécurité des soins qui sont utilisés dans ces procédures et sur les décisions finales d'acceptation, maintien ou retrait des certifications et accréditations.
- La commission **d'évaluation économique** et de santé publique, qui donne des avis sur les protocoles de soins, l'efficacité de ces protocoles et leur impact sur les dépenses du système de gestion de la CSU, ainsi que sur la validité des études économiques des technologies de santé.

- La commission **d'évaluation et validation des protocoles médicaux et des technologies de santé**, émet son avis sur les évaluations des protocoles, actes médicaux et technologie de santé, sur la promotion des bonnes pratiques médicales et sur les décisions de remboursement des services.

L'ARC-CSU définit aussi la tarification et les taux de remboursement des prestations de santé (14).

Ses ressources proviennent de « *quotités de recettes générées par tout mécanisme de financement innovant dédié spécialement au financement de la CSU* »⁴ (19), une quotité d'1,5% sur les cotisations des régimes d'assurance maladie collectés par le FSS, et d'autres subventions.

L'AGENCE NATIONALE D'INGÉNIERIE CLINIQUE, DE L'INFORMATION ET DU NUMÉRIQUE DE LA SANTÉ (ANICNS)

L'ANICNS, régie par le décret N°22/17 du 9 avril 2022 (22), est un organe public sous la tutelle du ministère ayant la santé publique dans ses attributions. Elle a pour mission **d'assurer la gouvernance numérique, d'appuyer le développement de la digitalisation et de l'ingénierie clinique de la « CSU »**. Ceci inclut la production, le stockage, la gestion et la protection des données liées à la CSU à travers la mise en place d'un système électronique, l'analyse des données dans un but de recherche, ainsi que la promotion et le développement de solutions numériques pour faciliter le fonctionnement des établissements de santé et les prestations de services.

Ses ressources proviennent de « *quotités de recettes générées par tout mécanisme de financement innovant dédié spécialement au financement de la CSU* » (22), une quotité d'1,5% sur les cotisations des régimes d'assurance maladie collectés par le FSS, et d'autres subventions (ex. issues des partenaires techniques et financiers (PTF)).

LE FONDS DE SOLIDARITÉ DE LA SANTÉ (FSS) – FINANCEMENT DE LA DEMANDE DE SOINS

Le FSS, régi par le décret N°22/13 du 9 avril 2022) (36), est un organe sous la tutelle du ministère ayant la prévoyance sociale dans ses attributions (14). Il a pour objet **d'organiser la solidarité nationale en santé et de financer « le système de la CSU »**. Il est donc l'institution responsable de (14,36,37) :

- **La collecte et gestion des cotisations de tous les régimes d'assurance maladie** (voir la section Les régimes d'assurance maladie), d'assistance médicale aux personnes vulnérables, ou tout autre fonds destiné à couvrir les dépenses de santé de la population.
- **La mise en commun des financements pour la « CSU ».**
- **La contractualisation avec les établissements et services de santé** (pour les soins et dépenses pharmaceutiques).
- **Le paiement (remboursement) desdits établissements de santé.**

Ses ressources proviennent des cotisations obligatoires des régimes d'assurance maladie, d'allocations de l'État et de « *quotités de recettes générées par tout mécanisme de financement innovant dédié spécialement au financement de la CSU* » (36), et d'autres subventions (ex. PTF). Les cotisations collectées sont réparties entre les différentes institutions d'appui à la CSU comme suit :

- 85% des fonds collectés servent au paiement des prestations de santé et à approvisionner le fonds de réserve.
- Les 15% restants servent au financement des organes de gouvernance de la politique de CSU :
 - o 8% pour le fonctionnement du FSS ;

⁴ Ces mécanismes innovants qui financent le « système de la CSU » ne sont pas encore identifiés ni mis en œuvre.

- 2% en faveur du FPS ;
- 1,5% en faveur de l'institut national de santé publique (INSP) ;
- 1,5% en faveur de l'ARC-CSU ;
- 1,5% en faveur de l'ANICNS ;
- 0,5% en faveur du conseil national de la CSU.

Le FSS devrait, selon le Plan stratégique national pour la CSU 2021-2030 (5), avoir une succursale au niveau de chaque province, qui devrait permettre de mettre en commun à ce niveau les fonds destinés à la protection financière en santé. Il devrait aussi avoir, à terme, les compétences de contractualiser avec les prestataires et de rembourser les services. Cependant, ceci n'est pas encore mis en œuvre.

LE FONDS DE PROMOTION DE LA SANTÉ (FPS) – FINANCEMENT DE L'OFFRE DE SOINS

Le FPS, régi par le décret N°22/15 du 9 avril 2022 (20), est un organe sous la tutelle du ministère ayant la santé publique dans ses attributions. **Il finance toute institution publique dans le but d'améliorer l'offre et la qualité des soins** (ceci inclut le ministère en charge de la santé publique, de l'enseignement supérieur, les services de santé de l'armée et de la police...) (20,37). Il a pour missions de (14,20) :

- « Financer les projets d'infrastructures sanitaires et d'équipements médicaux ;
- Promouvoir la production locale de médicaments et autres intrants ;
- Financer l'approvisionnement des établissements de soins (*publiques ou privés reconnus par l'État, note des auteurs*) en médicaments essentiels, contraceptifs et vaccination ;
- Financer la gouvernance, la normalisation et la recherche sur le SyS et le développement des ressources humaines en santé ;
- Subventionner les établissements de services de santé dans le but réduire les coûts et améliorer la qualité des soins. »

Le FPS intervient à travers des prêts, des subventions, de prise de participation ou de bonification d'intérêts (20).

Ses ressources proviennent de « *quotités de recettes générées par tout mécanisme de financement innovant dédié spécialement au financement de la CSU* » (20), une contribution des établissements de soins santé et des établissements pharmaceutiques, une quotité de 2% sur les cotisations des régimes d'assurance maladie collectés par le FSS, ainsi que d'autres subventions (ex. PTF).

L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (INSP)

L'INSP, régi par le décret N°22/16 du 9 avril 2022 (21), est un organe sous la tutelle du ministère ayant la santé publique dans ses attributions. **Il a un caractère technique et scientifique, et s'assure de la mise en œuvre de la « santé dans toutes les politiques »** (14). Il a pour missions de (14,21) :

- Coordonner et s'assurer de l'efficacité de la prévention, de la détection, de la surveillance et de la riposte contre les maladies à caractère épidémiques ;
- Produire et mettre à disposition l'information sanitaire en mobilisant les compétences scientifiques nationales et internationales ;
- Assurer le renforcement des capacités des prestataires de services et de tous les acteurs de la santé ;
- S'assurer de la mise en œuvre du règlement sanitaire international en RDC ;
- Appuyer la recherche scientifique et promouvoir l'utilisation des preuves dans les politiques.

L'AUTORITÉ CONGOLAISE DE RÉGLEMENTATION PHARMACEUTIQUE (ACOREP)

L'ACOREP est un établissement sous la tutelle du ministère ayant la santé publique dans ses attributions (14). Elle a la charge d'**autoriser l'import et l'export de médicaments, d'évaluer et autoriser la mise sur le marché des produits médicaux, de contrôler la qualité des produits pharmaceutiques et d'organiser la pharmacovigilance.**

NIVEAU PROVINCIAL

À la suite de la décentralisation amorcée dans la Constitution de 2006, la RDC comporte la ville-province de Kinshasa ainsi que de 25 autres provinces administratives dotées de la personnalité juridique. Elles ont chacune un gouvernement provincial ayant ses propres compétences, avec des structures politiques et techniques habilitées à mettre en œuvre les stratégies nationales (1,5,12,13). Cependant, le transfert des compétences et des ressources du gouvernement central aux gouvernements provinciaux n'est pas abouti, et l'on parle plutôt de services déconcentrés de l'État puisque ces entités ne font que le relais des décisions centrales (1,37,38).

Le SyS congolais est organisé de manière pyramidale avec le niveau central au plus haut échelon, suivi du niveau intermédiaire où l'on retrouve la province sanitaire, et enfin le niveau opérationnel où l'on retrouve les zones de santé (ZS) (Figure 6).

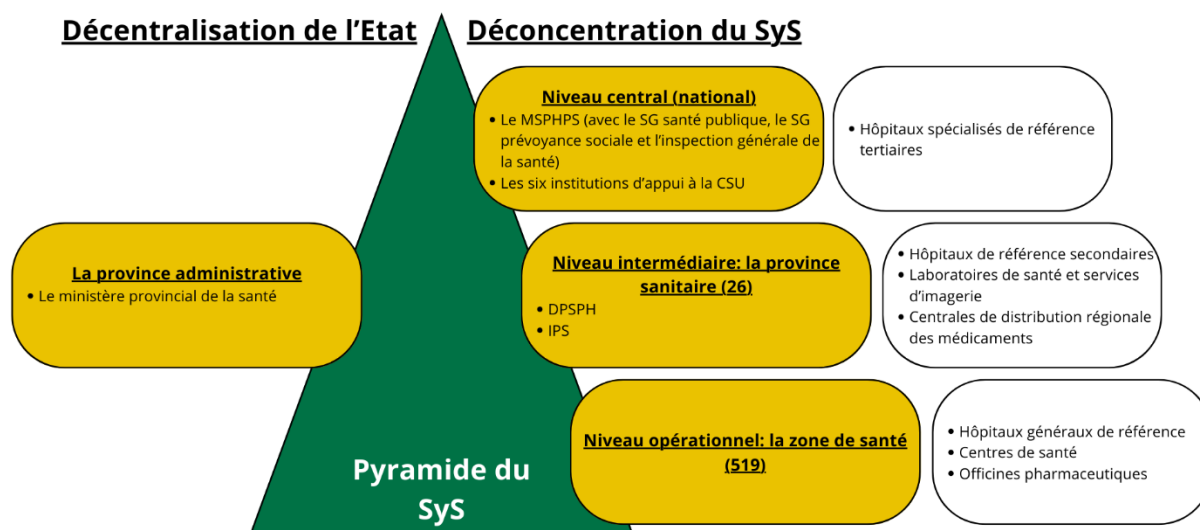


Figure 6 Pyramide sanitaire en RDC (source : auteurs, créé sur Canva)

LE MINISTÈRE PROVINCIAL DE LA SANTÉ

Il est important de savoir d'emblée que le gouverneur de la province administrative, en tant que représentant du chef de l'État, est le chef hiérarchique de toutes les entités provinciales, qu'elles soient décentralisées ou déconcentrées (33).

Dans chaque province administrative, **le ministère provincial de la santé** définit les orientations des politiques de santé au niveau provincial. Celui-ci est en étroite collaboration avec **le ministère provincial des finances** en ce qui concerne, notamment, les financements provinciaux alloués pour la santé à ce niveau (12,39). En d'autres termes, les financements alloués à la province administrative transitent par le ministère provincial des finances, puis le ministère provincial de la santé. Celui-ci réalloue ces fonds,

notamment pour l'appui institutionnel de la division provinciale de la santé publique et hygiène (DPSPH) (voir ci-après).

Ce ministère semble être davantage un organe politique qu'un organe de gestion et avoir perdu ses fonction de gestion sanitaire au niveau provincial depuis la parution de l'arrêté ministériel N°1250 du 15/03/2025 fixant l'organisation et le fonctionnement des provinces sanitaires en République Démocratique du Congo (40) (voir ci-après).

LA PROVINCE SANITAIRE

La province sanitaire est le premier échelon de **déconcentration** du SyS. Elle est régie par l'**arrêté ministériel N°1250 (2025)** (40) qui décrit son fonctionnement. Si les provinces sanitaires se calquent, dans une large mesure, sur les provinces administratives – si ce n'est qu'il y en a 26 pour prendre en compte la ville-province de Kinshasa – il s'agit de deux entités différentes. **La province administrative relève de la décentralisation de l'État, alors que la province sanitaire constitue le niveau déconcentré du SyS.** Chaque province sanitaire est circonscrite au sein d'une province administrative, et est composée d'au moins 10 ZS.

Les provinces sanitaires du SyS sont chargés de la coordination, de l'appui, de l'encadrement, du contrôle, de la supervision, du suivi et de l'évaluation de toutes les activités de santé sous sa juridiction (3,14).

La province sanitaire est composée d'**institutions de santé du niveau intermédiaire** (détaillées ci-après) et d'**établissements de santé du niveau intermédiaire** (33,40).

Le **comité provincial de coordination de la santé et de prévoyance sociale** est l'organe de pilotage de la province sanitaire et appuie les institutions de santé au niveau intermédiaire (40).

Les institutions de santé du niveau intermédiaire sont (40) :

- La direction provinciale de la santé ;
- L'inspection provinciale de santé.

Avant 2014, ces deux institutions n'en formaient qu'une seule (IPS-DPS), sous la direction d'un médecin inspecteur provincial, et n'avait qu'une fonction d'inspection et de contrôle. Suites aux réformes de décentralisation de la santé en 2014, elle a été séparée en deux, assumant un plus grand rôle d'accompagnement et de gestion de la santé au niveau provincial (41).

La division provinciale de la santé publique et hygiène (DPSPH) est une institution déconcentrée du secrétariat général de la santé. Elle joue un rôle coordonnateur et exécutif en matière de santé (12,39,42). Plus spécifiquement, elle a pour missions (40) :

- D'assurer le relais des décisions prises au niveau central ;
- D'assurer la coordination, la planification, l'appui, l'encadrement, le contrôle, la supervision, le suivi et l'évaluation des activités de santé dans sa juridiction ;
- De veiller à l'application des politiques et normes de santé dans sa juridiction.

Elle peut aussi émettre des propositions pour implanter de nouveaux établissements de santé dans la province sanitaire. Elle est tenue de rendre un rapport trimestriel à l'inspecteur général de la santé (voir ci-après), au gouverneur de la province et au secrétaire général du ministère en charge de la santé (40).

La DPSPH est financée par des lignes budgétaires relevant directement du budget général de l'État en tant qu'entité déconcentrée du MSPHPS (essentielles pour ce qui concerne des salaires) ainsi que par des allocations du ministère provincial de la santé, transitant donc par le ministère provincial des finances.

L'inspection provinciale de la santé (IPS) est un service déconcentré de l'inspection générale de la santé. Elle joue un rôle d'audit et de contrôle des institutions et établissements de santé dans la province sanitaire. Elle a pour missions (40) :

- D'assurer le relais des décisions prises au niveau central ;
- D'auditer la qualité des prestations de services de santé ;
- De contrôler la gestion des fonds (quelle que soit la source de provenance) de toutes les institutions et de tous les établissements de santé sous sa juridiction ;
- D'effectuer la contre vérification des propositions d'implantation de la DPSPH ;
- D'inspecter les établissements et institutions de santé, y rechercher les éventuelles infractions et entendre les auteurs sur procès-verbal ;
- De prendre des mesures conservatoires et proposer des sanctions aux autorités juridiques responsables en cas d'infraction ou de non-respect des normes.

Elle est responsable de quatre domaines d'inspection : (i) administrative et financière, (ii) médico-technique, (iii) pharmaceutique et (iv) de l'enseignement en sciences de la santé. Les inspecteurs doivent suivre une formation sur les normes et procédures d'inspection propres à chacun des quatre domaines et prêter serment devant l'officier du ministère (32).

Elle transmet ses rapports à l'inspecteur général de la santé, au gouverneur provincial et au directeur provincial de la santé.

La réforme qui a séparé ces institutions a surtout été bénéfique pour la DPSPH qui a amélioré ses performances managériales, notamment grâce au soutien financier des PTF. L'IPS en revanche a régressé. Bien que cette séparation ait permis de clarifier leurs rôles respectifs, la fonction « contrôle » de la DPSPH prête à confusion avec celui de l'IPS. Enfin, cette réforme a renforcé la coordination de l'action sanitaire en créant des organes dédiés (notamment le comité provincial de pilotage du secteur de la santé, ainsi que des groupes thématiques) (41).

Les établissements de santé au niveau intermédiaires sont (40) :

- Les hôpitaux de référence secondaires ;
- Les laboratoires de santé publique et les services d'imagerie au niveau intermédiaire ;
- Les établissements pharmaceutiques au niveau intermédiaire.

En plus de prodiguer des services de santé à la population, ces établissements jouent un rôle d'appui technique aux établissements de santé au niveau opérationnel (voir ci-dessous) (40).

LA ZONE DE SANTÉ

Les 519 ZS représentent le niveau opérationnel du SyS (3). Elles sont géographiquement circonscrites dans un territoire ou dans une ville en respectant plusieurs critères : (i) couvrir une population d'au moins 100.000 habitants en milieu rural et d'au moins 150.000 habitants en milieu urbain, (ii) couvrir un territoire bien défini (avec un diamètre de maximum 100 km), (iii) être viable financièrement et économiquement (à travers un autofinancement, ou avoir une capacité de bénéficier des subventions de l'État), et (iv) avoir un hôpital général de référence (HGR) ou une structure capable de le devenir (33,40). Chaque ZS est composée d'au moins dix aires de santé (AS) (40).

Les ZS ont pour but principal de mettre en œuvre la stratégie de soins de santé primaires, en fournissant des prestations de soins intégrés. Elles comprennent cinq structures organiques : le bureau central de la ZS, l'HGR, le centre de santé de référence, les centres de santé et les postes de santé (33).

Le **comité local de coordination de la santé et de prévoyance sociale** est l'organe de pilotage qui appuie le bureau central de la ZS au niveau opérationnel (40).

L'équipe cadre de la ZS, chapeauté par un médecin chef ayant une formation en santé publique, est responsable de la gestion courante de la ZS. Cette équipe se réunit au sein du **bureau central de la ZS**. Le bureau est l'institution de coordination du SyS du niveau le plus opérationnel. Il est sous la tutelle du directeur de la DPSPH. Il est basé de préférence au sein de l'HGR (33,40). Le bureau a pour missions (40) :

- De veiller à l'application des politiques et normes de santé dans sa juridiction ;
- D'assurer le relais des décisions prises par la DPSPH et l'IPS ;
- D'assurer la coordination, la planification, l'appui, l'encadrement, le contrôle, la supervision, le suivi et l'évaluation des activités de santé dans sa juridiction ;
- De rechercher les éventuelles infractions dans les établissements de santé ;
- D'émettre des propositions d'implantation d'établissements de santé ;
- De transmettre un rapport mensuel à la DPSPH et à l'IPS.

Les services de soins sont prodigués par les **établissements de santé du niveau opérationnel** sur deux échelons. D'abord, au plus proche de la population, se trouvent les centres de santé qui sont tenus de prodiguer les soins définis dans le paquet minimal d'activités⁵ (1,33). Au deuxième échelon, l'HGR est tenu de prodiguer les services définis dans le paquet complémentaire d'activités⁶ (1,33). Il doit avoir une capacité maximale de 100 lits, et avoir les services médicaux de base (médecine interne, chirurgie, gynécologie obstétrique et pédiatrie), un service d'urgences et les services médico-techniques (laboratoires, imageries, banque de sang...) (33).

Enfin, l'AS est la plus petite entité du SyS, circonscrite au sein d'un secteur, d'une chefferie ou d'une commune. Elle respecte aussi des critères de superficie et de population couverte, mais elle n'est constituée que d'un seul centre de santé quelle que soit sa taille. A noter que même l'AS qui contient l'HGR doit avoir son propre centre de santé (33,40).

⁵ Ce paquet minimal est décrit dans le recueil de normes de création, d'organisation et de fonctionnement des structures de la zone de santé, à la page 88 (25).

⁶ Ce paquet complémentaire est décrit dans le recueil de normes de création, d'organisation et de fonctionnement des structures de la zone de santé, à la page 52 (25).

LE MINISTÈRE AYANT LA PRÉVOYANCE SOCIALE DANS SES ATTRIBUTIONS

L'attribution de la prévoyance sociale relevait précédemment du ministère de l'emploi, travail et prévoyance sociale. Elle relève aujourd'hui du MSPHPS. Cependant, l'ordonnance actuellement en vigueur fixant les attributions ministérielles (Ordonnance n°22/003 du 7 janvier 2022 (31)) n'a pas été mise à jour et conserve l'ancienne répartition.

Le ministère ayant pour attribution la prévoyance sociale est responsable de (31) :

- Contrôler l'application des dispositions légales et réglementaires relatives à la protection des travailleurs dans l'exercice de leurs fonctions ;
- La santé et la sécurité sociale (des travailleurs) ;
- L'organisation, la promotion et l'agrément des mutuelles de prévoyances sociales ;
- Conseiller les employeurs et travailleurs en matière de prévoyance sociale ;
- Gérer les relations avec les organisations internationales en matière de prévoyance sociale.

LE MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, ACTIONS HUMANITAIRES ET SOLIDARITÉ NATIONALE

Le ministère des affaires sociales, actions humanitaires et solidarité nationale a de nombreuses fonctions de responsabilités en rapport avec les blessés de guerre, l'insertion sociale, et d'autres projets humanitaires. Celles en rapport avec l'assistance sociale sont (31) :

- L'assistance sociale aux populations nécessiteuses ;
- La collaboration et l'élaboration de projets de lutte contre la pauvreté ;
- La supervision des activités relatives aux personnes vivant avec un handicap et des autres personnes vulnérables.

Concrètement, ce ministère se focalise surtout sur les actions humanitaires.

LE PROGRAMME NATIONAL D'APPUI À LA PROTECTION SOCIALE

Selon le décret N°05/176 du 24 novembre 2005 (27), le Programme National d'Appui à la Protection Sociale (PNPS) est un service technique et social, sous la tutelle du ministère ayant la prévoyance sociale dans ses attributions, doté d'une autonomie de gestion. Il a pour objectifs d'étendre la couverture de PS, d'améliorer la qualité des prestations sociales, de mettre en place et de gérer un système de couverture sanitaire universelle de soins de santé⁷, et de rendre la PS effective pour tous. Il est composé de deux organes :

Le **Conseil du PNPS** (27): il s'agit d'un conseil multisectoriel qui joue un rôle normatif et de coordination de la politique nationale de PS et de sa mise en œuvre. Il a pour mission de délibérer, concevoir et proposer les politiques nationales en matière de PS ainsi que leur exécution, d'effectuer le plaidoyer en faveur de la PS et de sa mise en œuvre, de mobiliser les ressources internes et externes en faveur de la PS, d'édicter et harmoniser les procédures de gestion de ces ressources, et d'assurer le suivi et l'évaluation des interventions de PS. Il est composé d'un président, qui est le ministre ayant la prévoyance sociale dans ses attributions (actuellement, le MSPHPS), et de vice-présidents qui sont les ministres du budget, de la santé (aujourd'hui obsolète) et du plan. Les autres membres sont d'autres ministres du gouvernement, un

⁷ Objectif qui semble ne plus être du ressort du PNPS aujourd'hui.

représentant du Président de la République, un représentant du Vice-Président de la République en charge de la commission sociale et culturelle (voir ci-dessous), et des représentants de l'institut national de sécurité sociale et d'organisations professionnelles.

La **Direction du Programme** : elle possède un rôle plus technique et exécutif des politiques de PS. Elle est responsable notamment, de coordonner les activités du PNPS, d'appliquer et d'assurer l'exécution des décisions du Conseil du PNPS, d'élaborer des plans d'action avec leur chronogramme, de faire l'audit interne de l'ensemble des projets du PNPS et de proposer la création de conseils ou collèges techniques, de fonds ou de commissions.

INTERSECTORIALITÉ

Afin d'assurer l'intersectorialité de la PS au sein des différents ministères, deux institutions ont vu le jour (28).

La première est le **groupe thématique protection sociale**. Les groupes thématiques sectoriels, tels que décrits par le décret N°013/011 du 09/04/2013 (43), sont des espaces de rencontre entre le Gouvernement, les PTF, la société civile, le secteur privé et toute autre institution pertinente. Ils échangent sur les politiques et stratégies de développement, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des différents programmes sectoriels, la division du travail entre les différentes entités représentées ainsi que l'efficacité de l'aide au développement (notamment l'alignement avec l'agenda national). Ces groupes jouent un rôle de coordination et d'appui au ministères sectoriels. Cependant, le groupe thématique sur la PS est peu financé et peu fonctionnel, suite à des difficultés de leadership (28).

La seconde est la **commission socio culturelle du gouvernement** (28). L'ordonnance N° 15/14 du 21 mars 2015 (44) prescrit la création de trois commissions interministérielles permanentes. Ces commissions ont pour rôle de délibérer en amont des réunions de conseil des ministres. La commission socioculturelle regroupe notamment le ministre de l'emploi, travail et prévoyance sociale⁸ ; de la santé publique ; des affaires sociales, actions humanitaires et solidarité nationale ; du genre, famille et enfant ; de l'enseignement (tant primaire et secondaire que supérieur et universitaire ou technique et professionnel) ; etc. En théorie, cette commission se réunit une fois par semaine ou quand les circonstances l'exigent et soumet son rapport au Premier Ministre au moins trois jours avant la réunion du conseil des ministres.

L'INSTITUT NATIONAL DE SÉCURITÉ SOCIALE (INSS)

Régi par le décret N° 09/53 du 3 décembre 2009 (45), l'INSS est sous la tutelle du ministère ayant la prévoyance sociale dans ses attributions. Il est responsable de la gestion du régime général de sécurité sociale (développé dans la section : Les régimes de prévoyance sociale).

NIVEAU PROVINCIAL

Au niveau provincial, les différents ministères sont responsables de la mise en œuvre de leurs programmes sectoriels respectifs. Selon le plan de 2016 (28), des structures délocalisées du Conseil du PNPS devraient avoir pour rôle de faire le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des stratégies nationales de PS au niveau provincial, d'accompagner les prestataires et de favoriser les collaborations au niveau opérationnel. Elles jouent donc un rôle d'interface entre le niveau national et opérationnel.

⁸ Ancienne dénomination.

La prévoyance sociale dispose de 26 divisions provinciales, mais la plupart sont peu opérationnelles. Elles ne sont effectives que dans 10 provinces sur 26 (1).

RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE

En RDC, il existe de nombreux régimes de protection sociale (en santé ou plus généralement). Ceux-ci peuvent être classés selon deux catégories :

- L'assurance sociale (comme définie par l'OIT), dont l'adhésion et le financement dépendent des contributions des bénéficiaires. En RDC, ceci inclut les mécanismes de prévoyance sociale et d'assurance maladie.
- L'assistance sociale (qui est conforme à la terminologie de l'OIT), dont l'adhésion et le financement dépendent de mécanismes non contributifs.

L'un des systèmes de protection contre le risque maladie est celui proposé dans le cadre du « système de la CSU » et qui comprend trois catégories de régimes (14) :

- Des régimes d'assurance obligatoire pour les personnes exerçant dans le secteur formel ;
- Le régime d'assistance médicale de l'État aux Congolais économiquement faibles et aux vulnérables ;
- Les régimes d'assurance maladie complémentaire, qui englobent tous les mécanismes additionnels aux deux précédents.

Ces deux classifications ne suffisent cependant pas pour décrire tous les mécanismes de protection sociale existants en RDC. Les plus importants sont décrits dans les sections suivantes.

PRÉVOYANCE SOCIALE ET ASSURANCE MALADIE

Les régimes de protection sociale sont fragmentés, apparemment sans cohérence ou transparence. Chacun a une autorité de tutelle différente et cible une population différente, créant des disparités de couverture et d'accès aux services. Ces disparités peuvent être d'ordre financier (certains régimes remboursent plus que d'autres, par exemple), relatives aux services couverts (plus ou moins de services sont couverts) ou relatifs aux bénéficiaires couverts (certains régimes couvrent plus ou moins les membres de la famille du titulaire direct). La séparation entre les régimes d'assurance médicale et le reste des prestations de prévoyance sociale augmente cette confusion.

LES RÉGIMES DE PRÉVOYANCE SOCIALE

- Régime général de la sécurité sociale

Organisé par la loi N°16/009 du 15 juillet 2016 (46), ce régime couvre les travailleurs soumis au Code du travail (47), mais aussi les apprentis liés par un contrat d'apprentissage, les élèves ou étudiants de l'enseignement technique et artisanal, les stagiaires en formation... Le Code du travail (47) est applicable à tous les travailleurs et tous les employeurs du secteur public ou privé. On y exclut toutefois plusieurs types d'employés publics comme les magistrats, les employés soumis au régime spécial, les agents et fonctionnaires soumis à des régimes particuliers, les membres des forces armées, de la police et du service national. Ce Code protège le travailleur en incapacité, qui aura droit durant toute la durée de la suspension de son contrat, à 2/3 de son salaire et l'entièreté de ses allocations familiales.

La gestion de ce régime relève de l'**INSS**. Il est constitué de trois branches, chacune étant responsable de la couverture de services spécifiques de protection sociale : (i) **les pensions** pour les personnes en situation d'invalidité, de vieillesse ou de survivant, (ii) **les accidents de travail et les maladies professionnelles**, et (iii) **les allocations familiales, prénatales et de maternité**. Les cotisations en lien

avec les branches de risques professionnels et des prestations aux familles sont à la charge exclusive de l'employeur. Cependant, il est important de noter que les recettes de chaque branche doivent uniquement couvrir les services de celle-ci, il n'y a pas de réaffectation possible entre les différentes branches et les différents services couverts au sein de ce régime.

Les soins médicaux des branches (ii) et (iii) sont fournis par des structures publiques ou privées agréées par l'État. Les soins médicaux en général, qui ne relèvent pas de ces deux branches, sont couverts par « l'assurance maladie obligatoire des travailleurs régis par le code du travail, retraités et actifs » (cf. plus bas).

- Régime spécial de sécurité sociale pour les agents de carrière des services publics de l'État

Ce régime contributif de sécurité sociale (régé par la loi N°22/031 du 15 juillet 2022) (48) couvre les agents publics de l'État (repris dans le décret-loi 017/2002 (49)), leur conjoint et leurs enfants en âge préscolaire, ainsi que ceux encore aux études jusqu'à l'âge de 24 ans. Il est géré par la **Caisse nationale de sécurité sociale des agents publics de l'État (CNSSAP)**. Son fonctionnement est similaire à celui du régime général en ce qui concerne les branches de couverture et la distribution de la charge de cotisation. Cependant, ce régime contractualise uniquement avec les prestataires et structures sanitaires agréées par l'État.

Les ressources de ce régime proviennent principalement des contributions de l'(État) employeur et des cotisations retenues à la source (càd sur les revenus des agents publics de l'État). Cependant, il ne couvre pas les services liés à une maladie non professionnelle.

Encadré 4 : La position de la prévoyance sociale :

La prévoyance sociale a changé de tutelle ministérielle lors de la formation du gouvernement de 2023. Elle relevait auparavant du ministère de l'Emploi et du Travail et dépend désormais du ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale. Cette nouvelle organisation pourrait permettre une meilleure coordination des différents régimes et mécanismes de couverture.

LES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE

Sur l'ensemble des Congolais âgés de 15-49 ans, seuls 4% sont couverts par une assurance médicale (6). Or, depuis 2020, selon l'ordonnance-loi N°23/006, toute personne résidant en RDC doit s'affilier à l'un de ces quatre mécanismes de couverture obligatoire, selon son statut (14) :

1) L'assurance maladie obligatoire des travailleurs régis par le code du travail, retraités et actifs

L'assurance maladie obligatoire des travailleurs (retraités ou actifs) **couvre les soins médicaux non liés à une maladie professionnelle ou un accident de travail**. L'employeur est dans l'obligation de leur prodiguer une couverture maladie ainsi qu'à leurs conjoint(e)s et enfants (en âge préscolaire ainsi que ceux encore aux études jusqu'à l'âge de 24 ans). Les employeurs contractualisent donc avec différentes structures d'assurance privées (14,47,50), lesquelles contractualisent à leur tour directement avec des institutions de soins (comme certains hôpitaux de référence), ou emploient des médecins au sein de l'entreprise. Elle est aujourd'hui l'assurance maladie la plus répandue en RDC (6).

2) L'assurance maladie obligatoire des Agents publics de l'État

En théorie, en cas de **maladie non professionnelle ou accident de travail**, les agents publics de l'État devraient bénéficier du régime de tarification des ayants droit de l'État et devraient être soignés gratuitement dans les hôpitaux publics. C'est à l'État de rembourser les factures *a posteriori*. Or, étant donné que l'État est dans l'incapacité de se acquitter de ces remboursements, les hôpitaux considèrent

ces patients comme des « indépendants peu fortunés » (51) et **font payer directement les patients pour leurs soins** (50).

3) L'assurance maladie obligatoire scolaire et étudiante

Cette assurance maladie, mentionnée aussi dans le Décret N°22/13 du 9 avril 2022 (18) relatif au fonctionnement du FSS, couvre les **élèves (du primaire ou du secondaire) et les étudiants inscrits dans un établissement et qui ne sont pas couverts par une police d'assurance maladie de leurs parents**. Elle est assurée par les institutions scolaires et universitaires qui incluent cette couverture dans les frais académiques et inscrivent les bénéficiaires dans une mutuelle de santé. Cette façon de procéder est en contradiction avec le régime de gratuité de l'enseignement primaire dans les écoles publiques. De plus, il est difficile pour ces institutions d'identifier les étudiants déjà couverts par l'assurance de leurs parents (14,50).

4) L'assurance maladie du secteur informel

Cette assurance maladie est aussi mentionnée dans le Décret N°22/13 du 9 avril 2022 (18) régissant le fonctionnement du FSS, et semble être l'assurance « par élimination ». Par définition, elle couvre toute personne du secteur informel (et donc qui exerce une activité économique) n'étant pas bénéficiaire d'un autre régime d'assurance maladie (14). Il n'existe pas encore de mécanisme attitré pour ce régime d'assurance, si ce n'est le recours aux mutuelles de santé.

Toutes les cotisations (quel que soit le régime) sont collectées par le FSS qui les met en commun, puis rembourse les services utilisés (36).

LES MUTUELLES DE SANTÉ

Le fonctionnement des mutuelles et leur gestion sont régis par la loi organique N°17/002 du 8 février 2017 (52). Elles sont agréées et sont sous la tutelle du ministère ayant la sécurité sociale dans ses attributions, soit le MSPHPS à la date de rédaction. En 2023, on comptait 119 mutuelles de santé à base communautaire et deux mutuelles professionnelles à adhésion obligatoire (1).

Les mutuelles ont pour objet principal de couvrir – dans une certaine mesure – les services de (i) soins de santé en cas de maladie, d'accident ou de maternité (sous la branche des soins de santé), (ii) d'allocations familiales et de maternité (sous la branche des prestations familiales) et (iii) des allocations de vieillesse et de décès (sous la branche des pensions). Certaines peuvent aussi recevoir des fonds de PTF afin de couvrir les soins de personnes vulnérables.

Les mutuelles doivent avoir une gestion distincte pour chacune de ces branches, et doivent expliciter leur type, leurs centres d'intérêts et leur population cible (mutuelle d'entreprise, mutuelle professionnelle ou corporative, mutuelle scolaire et/ou étudiante, mutuelle de quartier ou de village, mutuelle du secteur informel...) (52).

L'adhésion se fait **sur une base volontaire pour les personnes dont on ne peut collecter les cotisations à la source** (il est clairement mentionné le statut du secteur informel) **ou sur une base obligatoire si les cotisations peuvent être collectées à la source** (par exemple, pour les mutuelles professionnelles, où les adhérents perçoivent un salaire mensuel, c'est-à-dire le secteur formel). L'adhésion est conditionnée par la cotisation. Cette cotisation peut être modulée de façon à être proportionnelle selon la capacité contributive de l'adhérent. D'autres sources de financement sont possibles, notamment une subvention étatique au prorata du nombre de membres dans la mutuelle (qui transite du niveau national au niveau provincial à travers la DPSPH) ou encore l'appui externe des PTF (52).

Les mutuelles de santé communautaires se veulent être un moteur essentiel de la couverture de la population : l'argument principal étant leur proximité avec la population (5,37), ce qui renforce la voix de la population, la responsabilise quant à sa santé, et permet aux prestataires de mieux répondre aux besoins locaux (5). En effet, ces mutuelles sont le fruit de nombreuses initiatives locales et disséminées (communautés religieuses ou autres, villages, groupes professionnels, organisations non gouvernementales (ONG)...). Elles restent une des rares options financièrement accessibles pour certains ménages (39). Pour l'instant, elles remplissent les trois fonctions du financement de la santé : collecte de fonds, mise en commun et achat de services (37), fonctions qui devraient prochainement être modifiées par la stratégie nationale de renforcement de la régulation des mutuelles.

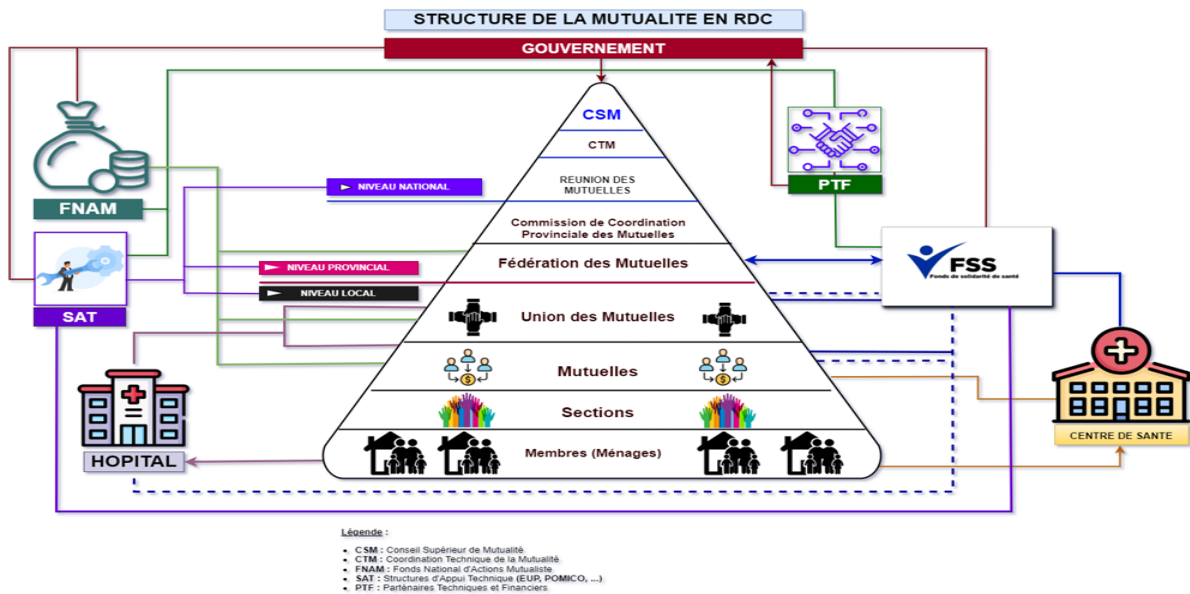


Figure 7 Structure organisationnelle du secteur de la mutualité dans le contexte de la « CSU »⁹

Cependant, les mutuelles font face à de nombreux défis, entravant leur rôle de solidarité et mettant à mal leur pérennité : (i) la méfiance de la population envers les gestionnaires des mutuelles et/ou envers le système de mutualisation des risques (53), (ii) leur incapacité à répondre aux plaintes déposées par leurs adhérents (54), (iii) la pauvreté du secteur informel et le caractère volontaire de l'adhésion (38,53), (iv) les ressources insuffisantes (petite taille, faible adhésion du secteur informel, contributions obligatoires provenant du secteur formel insuffisantes, subventions étatiques limitées ou absentes, gestion amateur des mutuelles ...) (37,38). Ceci se manifeste par un taux d'adhésion et de pénétration de la population très faible (28,37) (taux de pénétration de 1,04% au Sud-Kivu par exemple (39)).

De plus, les mutuelles qui tentent de contractualiser avec les prestataires sont parfois mal vues par ces derniers. Elles imposent des tarifications ou des règles de qualité, tandis que les prestataires les jugent incompetentes en la matière et estiment que ce rôle revient aux autorités sanitaires (53).

La loi permet à ces mutuelles de se réunir en unions au niveau local, en fédérations au niveau provincial et en réunions au niveau national (52) (Figure 7), sans toutefois d'obligation de le faire. La nouvelle **stratégie nationale de renforcement de la régulation des mutuelles**¹⁰ (qui est validée techniquement et est en cours de validation politique) redéfinit leur organisation ainsi que leurs missions. Les unions

⁹ Source : atelier réalisé dans le cadre d'un accompagnement scientifique pour une intervention de l'agence belge de développement à Kinshasa : <https://www.springpsp.be/fr/kinshasa-workshop-for-scientific-support/>

¹⁰ *Idem*. Cette stratégie étant encore en cours de validation, le document n'est pas encore accessible au public.

auront pour rôle la promotion du système assurantiel au niveau local et la collecte des cotisations. Les fonds seront transférés à la succursale provinciale du FSS (qui n'existe pas encore) qui assurera la mise en commun des fonds et l'achat de services. En résumé, les fonctions de pooling et d'achat seront transférées des mutuelles vers le FSS. Il n'est pas encore établi si ces mutuelles joueront un rôle dans les régimes d'assurance obligatoires ou complémentaires.

ASSISTANCE SOCIALE

En RDC, la prévoyance sociale concerne uniquement les mécanismes de couverture contributifs (ce qui correspond donc à la terminologie « protection sociale » de l'OIT (17)).¹¹ Les régimes d'assistance sociale sont les mécanismes non contributifs et du ressort du ministère en charge des affaires sociales.

L'ASSISTANCE MÉDICALE DE L'ÉTAT AUX PERSONNES VULNÉRABLES

Cette assistance est mentionnée dans l'ordonnance loi N° 23/006 (14) et le Décret N°22/13 du 9 avril 2022 (18) régissant le fonctionnement du FSS. Il concerne les personnes économiquement faibles et vulnérables qui sont enregistrées ou identifiées comme telles par le ministère ayant les affaires sociales dans ses attributions, ou étant dans un état de morbidité et déclarées comme vulnérable par le ministère de la santé (14). Dans ce cas, l'État verse au FSS une cotisation correspondant à celle de la plus basse catégorie des agents de service public afin de couvrir les services (18).

LE SUBVENTIONNEMENT DE LA MATERNITÉ

Le subventionnement total des soins prénatals, des accouchements, des soins nouveau-nés et des soins post natals (plus communément et faussement appelé « **gratuité de la maternité** », un terme que le gouvernement met fortement en avant) est l'un des fers de lance des politiques « de CSU » en RDC. La « gratuité » est censée couvrir les consultations prénatales, l'échographie obstétricale, les vaccins, les tests de sérologie, les accouchements par voie basse, par césarienne, les soins du nouveau-né jusqu'à un mois, ses vaccins de 0 à 15 mois, les consultations post partum, les services de planification familiale et les médicaments essentiels (50). Elle a été lancée par le Président de la République en septembre 2023.

La « gratuité » est mise en œuvre par l'État à Kinshasa depuis octobre 2023 (1), d'abord dans 9 des 35 ZS de la capitale (50). Elle a ensuite été étendue dans les provinces du Sud-Kivu, de la Tshopo, du Kasai Oriental, du Kongo Central, de la Tshuapa, du Sud-Ubangi, du Kasai Central, de la Mongala, de Mai-Ndombe, du Kwango, du Nord-Kivu et du Haut-Lomami (50) via le soutien de la Banque Mondiale. En composant le *150#, les femmes peuvent (et doivent) s'enregistrer pour avoir accès à ces services (1,50).

Cette « gratuité », qui repose sur le remboursement *a posteriori* des frais auparavant recouverts par les formations sanitaires auprès des patientes (après vérification), souffre d'un manque de ressources financières, compromettant sa pérennité (55). En 2021, les dépenses de santé reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents (SRMNEA) représentaient 47% de la dépense courante de santé. 55% de ce financement provenait de sources privées (donc à la charge des ménages), 32% provenait des bailleurs internationaux, et 12% du gouvernement (56). En 2022, on *estimait* que ces dépenses représentaient en moyenne 49% de la dépense courante de santé. 50% de ces dépenses étaient à la charge des ménages, 40% des bailleurs internationaux et 10% du gouvernement (23). En valeur absolue, les dépenses courantes de SRMNEA augmentent, mais elles diminuent quand elles sont rapportées à la dépense courante de santé, passant de 53% à 47% (56).

¹¹ Voir encadré 2.

Le programme de « gratuité » est dépendant des ressources financières publiques qui sont incertaines et fragiles. Pour lancer le projet à Kinshasa, un prêt de 41 millions de USD a dû être contracté auprès de la Banque mondiale (50). Pour la suite, selon nos informations, son financement n'est pas institutionnalisé : aucune ligne budgétaire n'est à ce stade prévue pour la « gratuité », et elle n'apparaît pas dans la loi des finances publiques de 2025. Elle est actuellement financée par des fonds du gouvernement provincial à Kinshasa et au Kongo Central, et par le Projet Multisectoriel de Nutrition et Santé, soutenu par la Banque mondiale, dans les 11 autres provinces.

La mise en œuvre de cette « gratuité » fait face à de nombreuses difficultés logistiques et opérationnelles. Seuls quelques centres dans les provinces citées bénéficient du programme de « gratuité » (50), dont beaucoup souffrent d'un manque d'hygiène (55). Ils manquent aussi de personnel qualifié et de matériel adéquat pour faire face à l'augmentation de la demande (50). Les versements de l'État sont incomplets et prennent du retard (allant jusqu'à plusieurs mois d'impayés). Ceci met en péril la viabilité financière des hôpitaux et des centres de santé (50), ainsi que la rémunération des soignants (55). Ceci explique aussi la réticence de certains soignants à la mise en œuvre de cette gratuité, voire le refus de certains hôpitaux à l'appliquer (57–59).

Du point de vue des patientes, la « gratuité de la maternité » a eu un effet mitigé sur l'accessibilité financière. Bien qu'elles soient exemptées du paiement de certains services (dont l'accouchement en lui-même, mais aussi les consultations prénatales) (55,57), elles doivent quand même payer d'autres services complémentaires (comme les échographies) ou acheter elles-mêmes des produits à cause du manque de matériel (ex. des kits d'accouchement, ou certains médicaments, parfois à des prix majorés) (50,55,57). Au final, la visite au centre de santé n'est pas « gratuite ». En outre, les femmes ne sont souvent pas au courant des services inclus ou non dans cette « gratuité ».

De plus, la rareté de centres de santé adhérant au programme de « gratuité » réduit fortement l'accessibilité géographique des patientes à ces services. Certaines patientes se voient dans l'obligation de faire de grands trajets (ce qui constitue un coût direct, voire aussi indirect si elles manquent des jours de travail) pour atteindre le centre de santé le plus proche offrant ces services (50,55). Cependant, d'autres saluent la proximité de ces centres (57), ce qui marque une grande iniquité d'accès de ces services.

L'expérience des patientes avec le personnel et le centre de santé est, elle aussi, mitigée. Malgré certains préjugés négatifs (55), certaines sont satisfaites de leur visite et du suivi post partum (55), tandis que d'autres déplorent un personnel soignant non chaleureux voire inattentif (57). Elles témoignent aussi d'un long temps d'attente et d'une capacité d'accueil insuffisante (55,57).

Elles conservent globalement une opinion relativement positive de cette intervention, car la gratuité des services, même partielle, représente un soulagement financier (55,57).

FINANCEMENT DU SECTEUR SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE

NIVEAU NATIONAL

FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ

EVOLUTION DE LA DÉPENSE DE SANTÉ

Le financement de la santé provient de trois sources principales : les ménages, le reste du monde (sources externes) et l'État. Selon les derniers comptes nationaux de la santé (publiés en 2021), en termes nominaux, **la dépense totale de santé a augmenté de 35% entre 2017 et 2021** (37,56). Cependant, la dépense totale de santé par rapport au produit intérieur brut (PIB) est restée relativement constante, à 4% (56). Les dépenses totales de santé par habitant étaient de 25 USD en 2021 (56), ce qui reste largement inférieur aux recommandations internationales de 86 USD de dépenses publiques par habitant nécessaires pour financer un paquet de services essentiels (60).

Les principaux indicateurs de financement de la santé sont repris dans le Tableau 1, et les dépenses de santé par habitant dans le Tableau 2.

Tableau 1 Evolution des principaux agrégats des comptes de la santé de 2017 à 2021, en million USD, sur la base des données du rapport sur les comptes de la santé (37,56)

Indicateurs (millions USD)	2017	2018	2019	2020	2021
Population (millions)	75,98	78,49	80,85	83,51	86,27
PIB	37.604,2	39.951,5	50.006,1	46.501,2	55.299,7
Dépense courante de santé (CHE)	1.580,6	1.556,2	1.785,7	1.973,5	2.119,6
<i>Dépense courante de santé du Gouvernement (GGHE)</i>	151,59	229,10	277	312,43	329,50
<i>Dépense courante de santé des ménages</i>	692,24	705,92	749	852,34	913,91
<i>Dépense courante de santé du reste du monde</i>	671,32	548,03	693,32	739,67	802,83
<i>Dépense courante de santé des autres sources</i>	65,42	73,11	66,35	69,04	72,92
Dépense totale d'investissement	42,05	29,78	52,21	66,10	84,26
Dépense totale de santé (DTS)	1.622,6	1.586	1.837,9	2.039,6	2.203,4
Dépenses publiques de santé	152,78	234,85	301,31	341,69	359,93
Indicateurs	2017	2018	2019	2020	2021
Dépense totale de santé par habitant par an en USD	21,27	20,40	22,75	24,42	25,54
Dépense totale de santé en % du PIB	4,31 %	3,97 %	3,67 %	4,38 %	4,00 %
Dépenses publiques de santé en % du PIB	0,41 %	0,59 %	0,60 %	0,73 %	0,65 %

Tableau 2 Dépenses de santé par habitant de 2017 à 2021 en RDC (USD) (56)

Indicateurs de financement per capita (USD)	2017	2018	2019	2020	2021
---	------	------	------	------	------

Dépense totale de santé par habitant par an	21,27	20,4	22,75	24,42	25,54
Dépense courante de santé par habitant par an	20,80	19,83	22,09	23,63	24,56
Dépense d'investissement par habitant par an	0,55	0,38	0,66	0,79	0,98
Dépense courante du gouvernement central par habitant par an	1,93	2,92	3,43	3,74	3,82
Dépense courante des entreprises par habitant par an	0,84	0,83	0,82	0,81	0,80
Dépense courante des ménages par habitant par an	9,11	8,99	9,26	10,21	10,59
Dépenses externes par habitant par an	8,84	7,28	8,58	8,86	9,31

SOURCES DE LA DÉPENSE DE SANTÉ

La source principale du financement de la santé provient des ménages (56,61), qui contribuent à hauteur de 43% à la dépense courante de santé. De ces dépenses, près de 92% sont des paiements directs (OOPs), le reste provenant des prépaiements et contributions volontaires aux régimes de couverture (7%) ainsi que de l'assurance obligatoire des employés (1%) (1,23,37). Cette part de financement provenant des ménages est plus ou moins constante (aux alentours de 45% depuis 2017). Cependant, avec l'augmentation de la dépense courante de santé, cela signifie qu'il y a une augmentation de 32% des dépenses des ménages en termes nominaux (37).

Les bailleurs externes représentent également une source de financement très importante du secteur de la santé en RDC (56), contribuant à près de 38% de la dépense courante en santé (37,56). Ceci démontre une dépendance du secteur au financements des PTF exacerbée par la faible levée de ressources publiques domestiques pour la santé. Les fonds proviennent principalement de bailleurs multilatéraux (70%), suivis des bailleurs bilatéraux (29%) et des ONG internationales et autres fondations (1%) (56).

En revanche, **l'État contribue seulement à hauteur de 16% des dépenses courantes de santé** (56). Les indicateurs de financement public sont loin d'atteindre les recommandations internationales relatives au financement de la santé :

- Les dépenses publiques de santé ne représentent que 0,6% du PIB (37,56,62), ce qui est nettement inférieur aux recommandations internationales de 5% (60). Ceci engendre la forte dépendance du financement du système de santé aux OOPs, observation que nous avons pu constater plus tôt.
- La part du budget de l'État alloué (ex ante) à la santé augmente depuis quelques années, passant de 7,8% en 2017 à 11% en 2021 (37,56), ce qui reste toutefois inférieur à l'objectif de 15% d'Abuja (Figure 9).

Tableau 3 Part des différentes sources de dépense dans la dépense courante de santé (56)

Indicateurs (millions USD)	2017	2018	2019	2020	2021
Part des dépenses publiques dans la dépense courante de santé (GGHE/CHE)	10 %	15 %	16 %	16 %	16 %
Part des ménages dans la dépense courante de santé	44 %	45 %	42 %	43 %	43 %
Part du reste du monde dans la dépense courante de santé (GGHE/EXT)	42 %	35 %	39 %	37 %	38 %
Part des autres sources dans la dépense courante de santé	4 %	5 %	4 %	3 %	3 %

L'analyse sur une plus longue période des données de la *Global Health Expenditure Database* (62) reprises dans le graphique ci-dessous (Figure 8) montre également :

- La faiblesse de la dépense courante de santé (CHE) par habitant, même si elle est en augmentation régulière, passant de 12,14 USD en 2010 à 24,39 USD en 2022.
- L'importance de la part des dépenses extérieures de santé (EXT) dans la dépense courante, même si on observe une légère diminution, passant de 44,77% en 2010 à 38,62% en 2022.
- La faiblesse de la dépense publique de santé (GGHE-D) dans la dépense courante, même si elle est en augmentation progressive, passant de 10,31% en 2010 à 18,38% en 2022.
- La part majoritaire des dépenses directes de santé (OOPs) dans la dépense courante, et qui reste relativement constante à travers les années, passant de 37,05% en 2010 à 37,08% en 2022.

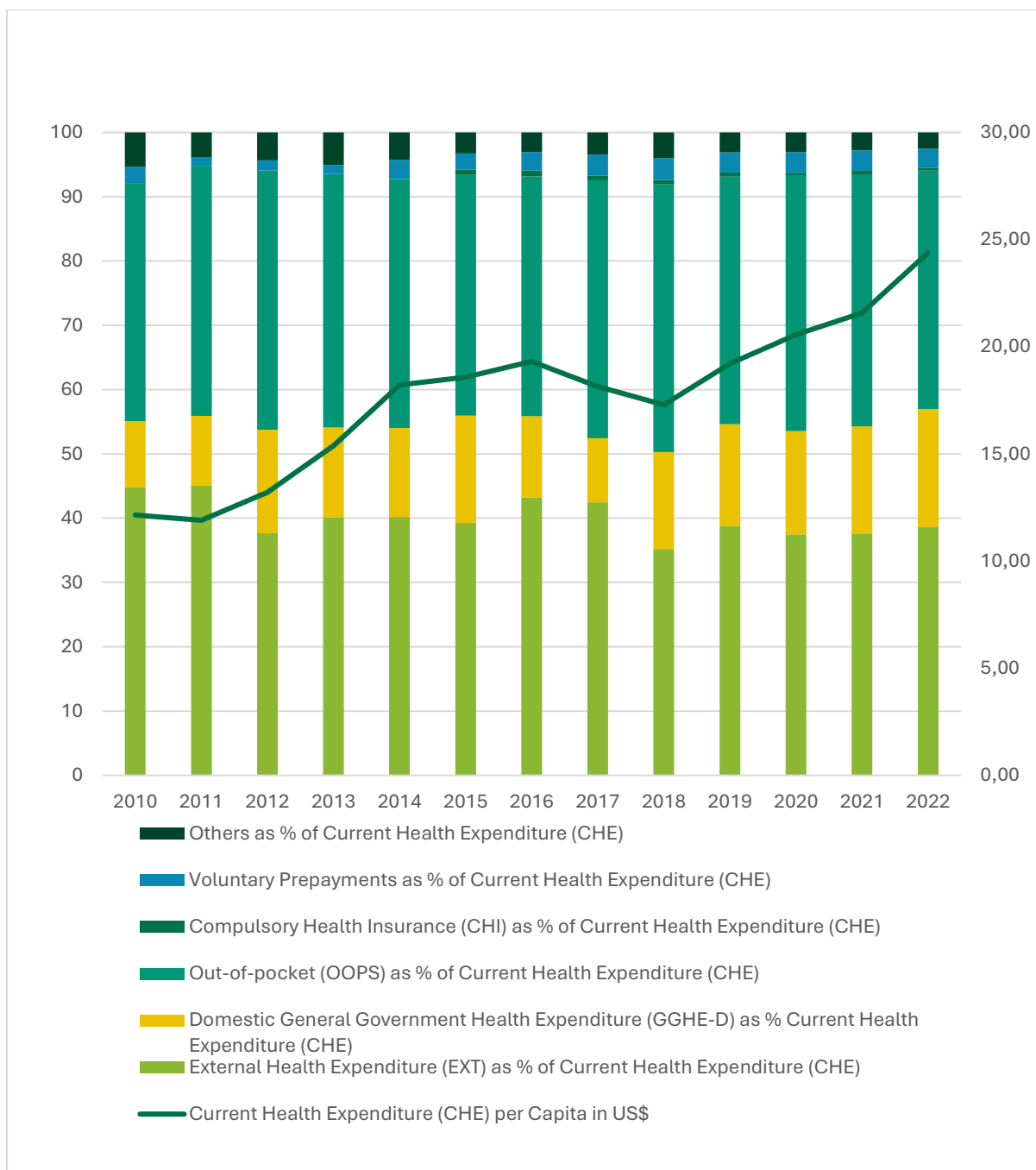


Figure 8 Evolution de la composition de la dépense courante de santé (CHE), RDC, 2010-2022 en USD constants (2022) (62)

AFFECTATION DE LA DÉPENSE DE SANTÉ

Les OOPs servent à l'achat de produits pharmaceutiques (23%) et « d'autres produits de santé » (11%), mais la majeure partie est catégorisée dans les « autres dépenses non spécifiées » (45%) (56). Pour ce qui concerne la destination des dépenses privées par type de prestataires de soins, la majeure partie est dépensée au niveau des hôpitaux (58%), suivis des détaillants et autres prestataires de biens médicaux (comme les médicaments) (21%) et enfin des prestataires de soins de santé ambulatoires (18%) (56).

Tout ceci expose les ménages à des dépenses catastrophiques et appauvrissantes de santé (1,37,56,63) (Tableau 4) ou les pousse à renoncer ou retarder une consultation même en cas de maladie (1,61). Ces dépenses catastrophiques sont corrélées à de nombreux déterminants sociaux de la santé : le milieu de résidence, la taille du ménage, le niveau d'études du chef du ménage et la présence de

personnes vulnérables (notamment des personnes âgées) dans le ménage (56). En outre, la séquestration de malades ou de cadavres et la forte utilisation de services alternatifs (automédication, médecine traditionnelle) sont légion (1).

Tableau 4 Proportion de la population expérimentant des difficultés financières (en 2012)

Indicateurs 3.8.2 – Version antérieure à la révision de 2025 (16)	Valeur
Indicateur 3.8.2 : proportion de la population expérimentant des dépenses catastrophiques de santé (seuil de 10%)	4,8%
Indicateur 3.8.2 : proportion de la population expérimentant des dépenses catastrophiques de santé (seuil de 25%)	0,6%
Proportion de la population expérimentant des dépenses appauvrissantes de santé (selon le seuil de pauvreté absolue de 2,15 USD par jour PPP* en 2017)	1,2%
Proportion de la population expérimentant des dépenses appauvrissantes de santé (selon le seuil de pauvreté relative de 60% de la médiane de revenu nationale)	1,2%
Proportion de la population expérimentant des dépenses de santé qui amènent des difficultés financière (selon le seuil de pauvreté absolue de 2,15 USD par jour PPP* en 2017)	57,4%
Proportion de la population expérimentant des dépenses de santé qui amènent des difficultés financière (selon le seuil de pauvreté relative de 60% de la médiane de revenu nationale)	19,7%
Indicateurs 3.8.2 – Version révisée de 2025 (64)	Valeur
Indicateur 3.8.2 : Proportion de la population expérimentant des difficultés financières dues aux dépenses en santé (selon le seuil de pauvreté absolue de 2,15 USD par jour PPP* en 2017)	60,0%

* PPP = parité de pouvoir d'achat

En ce qui concerne les fonds externes, en 2021, ils ont été principalement alloués à la gouvernance, à l'administration et au financement du SyS (50%) ; aux prestataires de soins de santé ambulatoires (31%) avec une forte prédominance pour les soins préventifs ; suivis des hôpitaux (12%) (56). Cette distribution ne correspond pas avec les priorités d'allocation des fonds gouvernementaux à la santé (voir ci-dessous).

Ces financements extérieurs sont généralement fournis à travers des interventions verticales, fragmentées, dupliquées, manquant d'intégration et de transparence. Ils sont souvent négociés au niveau provincial, laissant à la marge le niveau central (37,39,42,56,65). Ceci a pour conséquence de réduire les possibilités de mutualisation des fonds. Enfin, **les financements et interventions des PTF sont rarement alignés sur les priorités stratégiques** des ministères de la santé (central ou provinciaux) et encore moins sur les systèmes locaux de planification, de gestion et de suivi-évaluation. Ce non-alignement fait que les fonds ne sont pas alloués dans une perspective à long terme, ni pour prodiguer les services dont la population a besoin en priorité (37). Cette fragmentation est illustrée par le fait que les interventions portant sur maladies infectieuses et parasitaires sont proportionnellement sur-représentées dans les financements externes comparé à leur poids en termes de morbidité et de mortalité (49% pour le VIH/SIDA et autres maladies sexuellement transmissibles, la tuberculose, le paludisme, etc.), contre seulement 24% pour les carences nutritionnelles, 20% pour les maladies non transmissibles et 12% pour la santé de la reproduction (56).

Les dépenses courantes de santé du Gouvernement concernent principalement la rémunération des employés (salaires et primes de toute la pyramide du SyS), qui en constituent 85%. Ensuite viennent les dépenses pour les produits pharmaceutiques (5,66% des dépenses courantes de santé gouvernementales) et les vaccins (5,42%) (56).

De plus, **le taux d'exécution du budget de la santé est faible** (12,23,37,38), à hauteur de 67,14% en 2020 et de 59,6% en 2021, avec de grandes variations oscillant entre 22% et 97% durant la période 2014-2021 (56) et une moyenne de 55% entre 2012 et 2018 (23) (Figure 9), que ce soit au niveau de l'exécution directe ou des transferts vers les provinces (37). Cela remet en perspective la hausse régulière des budgets alloués à la santé qui ne sont pas entièrement exécutés selon les comptes annuels. Ceci dévoile l'inefficience de la gestion des fonds au sein du secteur lui-même. Selon nos informations, le ministère des finances estime que le secteur de la santé est peu fiable et peu prioritaire. Ce secteur devient dès lors du « ressort des bailleurs externes »¹².

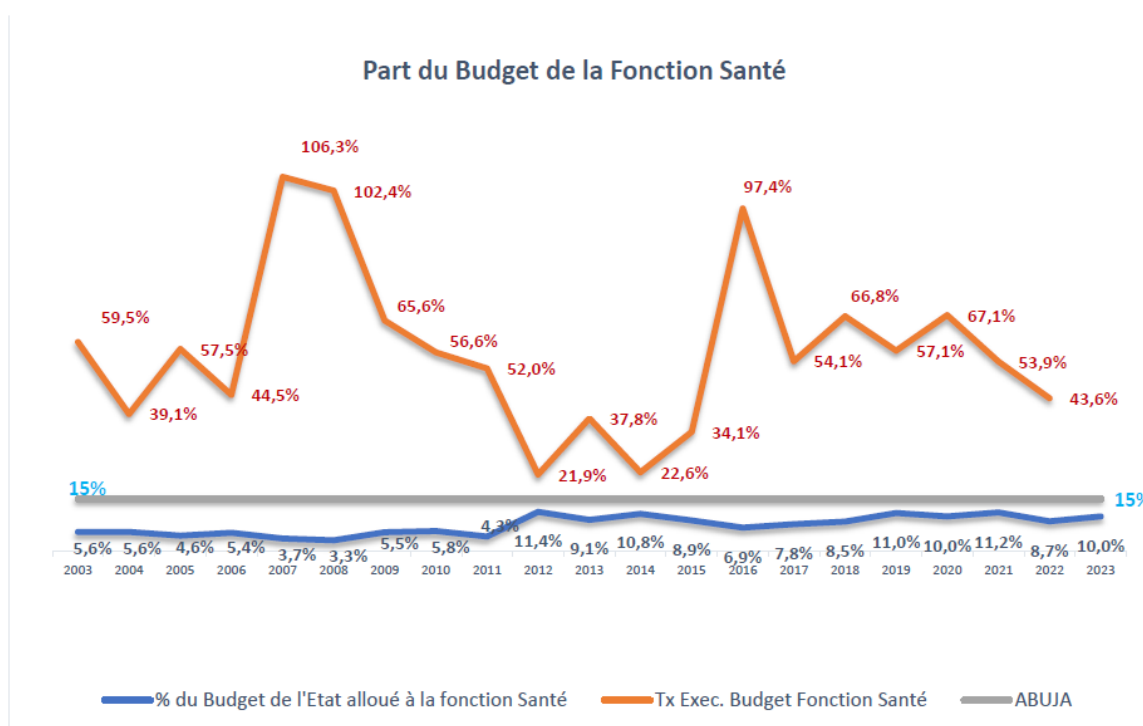


Figure 9 Évolution du pourcentage du Budget de l'État alloué à la Fonction Santé et du taux d'exécution de 2003 à 2021 en RDC (56)¹³

Tableau 5 Affectation des ressources financières par niveau de la pyramide sanitaire en % de la DTS de 2017 à 2021 (1,56)

Niveau	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1. Niveau central	28%	26%	24%	20%	23%	21%
2. Niveau provincial	2%	3%	2%	1%	2%	2%
3. Niveau opérationnel	70%	71%	75%	79%	75%	77%
Bureau central de la zone de santé	1%	2%	1%	1%	1%	1%
Hôpitaux généraux de référence	36%	36%	45%	46%	44%	44%
Centres de santé	33%	34%	29%	32%	30%	32%

En 2022, 77% de la DTS était affecté au niveau opérationnel, et principalement aux hôpitaux généraux de référence. Le niveau provincial, en revanche, est sous financé (Tableau 5) (1,56). Les 21% affectés au

¹² Source : atelier réalisé dans le cadre d'un accompagnement scientifique pour une intervention de l'agence belge de développement à Kinshasa : <https://www.springpsp.be/fr/kinshasa-workshop-for-scientific-support/>

¹³ Source mentionnée dans le rapport : « Ministère du Budget/DGPPB, états de suivi budgétaire de 2003 à 2023, RDC, Kinshasa, décembre 2023 »

niveau central ont servi principalement aux activités de gouvernance du SyS (rémunérations, réunions, revues sectorielles...) au détriment des activités qui ont pour but de soutenir le niveau provincial (56).

En ce qui concerne l'affectation des dépenses par type de prestataires de soins, **les dépenses du gouvernement sont affectées pour plus de la moitié aux soins curatifs hospitaliers (52%)**. 27% sont affectés aux prestataires de soins de santé ambulatoires (22% pour les soins curatifs et 6% pour les soins préventifs), et enfin 18% aux prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé. Le reste des prestataires reçoit des montants négligeables (56).

Au cours des dernières années, la majorité de la dépense courante de santé a été allouée au niveau clinique (75% de la dépense totale de santé), dont plus de 44% pour les hôpitaux généraux de référence et 30% pour les centres de santé. Le niveau central reçoit 21% et le niveau provincial, 2% (1,23). Ces chiffres démontrent le caractère extrêmement hospitalo-centrique et curatif du système de santé congolais.

NB : Le financement de la « gratuité » de la maternité est développé dans la section « Le subventionnement de la maternité »

Encadré 5 : Affectation des fonds sur base des axes stratégiques du PNDS

Le PNDS 2019-2021 était structuré autour de trois axes stratégiques (12). La répartition des dépenses prévues par axe du PNDS en 2021 est déclinée comme suit (56) :

- L'axe 1 pour l'amélioration des prestations de services de santé et la continuité des soins (donc l'offre de soins) a bénéficié de 45% de la DTS, soit une augmentation de 5% par rapport à 2020.
- L'axe 2 d'appui aux piliers du système a bénéficié de 43% de la DTS. Plus spécifiquement :
 - a. Le développement des ressources humaines pour la santé bénéficie de 18%.
 - b. L'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments et intrants a connu une diminution significative des fonds alloués, passant de 28% de la DTS en 2020 à 19% en 2021.
 - c. Le développement des infrastructures et équipements bénéficie de 4% de la DTS.
 - d. Le renforcement du système d'informations sanitaires ne bénéficie que de 1% de la DTS.
 - e. L'amélioration du financement de la santé et réduction des coûts ne bénéficie que de 1% de la DTS.
- L'axe 3 de renforcement de la gouvernance du système de santé a connu une augmentation, passant de 8% de la DTS en 2020 à 12% en 2021.

BUDGET GÉNÉRAL DE L'ÉTAT

Pour ce qui concerne le budget général de l'État (BGE), le Tableau 6 synthétise les principaux agrégats de la Loi de Finances rectifiée de 2025 (66), d'abord par fonction et ensuite par administration (notons que la Prévoyance sociale fait encore l'objet de lignes budgétaires séparées).¹⁴ Quelques tendances sont intéressantes à observer :

- La faiblesse de la fonction protection sociale dans le BGE (2,2%) ;
- L'importance des investissements sur ressources extérieures dans le budget du MSPHPS (69% du total hors prévoyance sociale) et dans celui des Affaires sociales (67%) ;
- La faiblesse du montant absolu du budget du MSPHPS (1,9 milliards USD y compris les investissements extérieurs ; mais une fois ceux-ci enlevés, il reste moins de 600 millions USD sur ressources domestiques, ce qui est inférieur au chiffre d'affaires d'un gros hôpital bruxellois) ;
- Le poids des rémunérations dans le budget du MSPHPS financé sur ressources domestiques (62%) de même que dans le budget des Affaires sociales financé sur ressources domestiques (61%) ;

¹⁴ Ces données sont utiles pour donner une idée de l'allocation des ressources au sein du gouvernement, mais n'ont qu'une faible valeur prédictive vu la faiblesse récurrente du taux de mobilisation des ressources. Nous ne disposons toutefois par des données sur les dépenses exécutées.

- Le poids du FSS dans le budget de la Prévoyance sociale (58%).

Tableau 6 Principaux agrégats de la Loi de Finances rectifiée de 2025 (66)

	LdF rectificatif 2025 (FC)	USD (OANDA 2/09/2025 : 1 USD = 2845 FC)	
BUDGET GENERAL	45.749.605.315.914	16.080.704.856	
BUDGETS ANNEXES – dont :	903.004.745.024	317.400.613	
<i>Recettes budgets annexes - santé publique</i>	322.345.000.000	113.302.285	
<i>Dépenses attendues - santé publique</i>	322.345.000.000	113.302.285	
COMPTES SPECIAUX	4.039.184.094.684	1.419.748.364	
SYNTHESE DES DEPENSES PAR GRANDES FONCTIONS ET SOUS-FONCTIONS			% du total
FONCTION 07 SANTE (resp. 13,28% - 12,14% du BGE)	5.552.953.050.333	1.951.828.840	12,1%
FONCTION 10 PROTECTION SOCIALE (resp. 2,16 - 2,18% du BGE)	997.585.910.601	350.645.311	2,2%
SYNTHESE DES DEPENSES PAR ADMINISTRATION			% du BGE
37 SANTE PUBLIQUE, HYGIENE ET PREVENTION (13,05% du BGE)	5.467.597.443.090	1.921.826.869	12,0%
63 PREVOYANCE SOCIALE (0,49% du BGE)	171.762.028.306	60.373.296	0,4%
64 AFFAIRES SOCIALES (0,71% du BGE)	289.102.445.844	101.617.731	0,6%
37 SANTE PUBLIQUE, HYGIENE ET PREVENTION	5.467.597.443.090	1.921.826.869	% du total
Contrepartie des Projets	53.002.703.610	18.630.124	1,0%
Fonctionnement des Ministères	297.956.722.886	104.729.955	5,4%
Interventions Économiques, Sociales, Culturelles et Scientifiques – dont :	100.000.000.000	35.149.385	1,8%
<i>Institut National de Santé Publique</i>	23.644.859.002	8.311.022	
<i>Fonds de Promotion de la Santé</i>	28.997.294.714	10.192.371	
<i>Agence Nationale d'Ingénierie Clinique</i>	16.600.000.000	5.834.798	
<i>Autorité Congolaise de Réglementation Pharmaceutique</i>	16.600.000.000	5.834.798	
Investissements sur Ressources Extérieures	3.765.648.702.541	1.323.602.356	68,9%
Investissements sur Ressources Propres – dont :	47.937.505.991	16.849.738	0,9%
<i>Institut National de Santé Publique</i>	4.507.338.250	1.584.302	
<i>Fonds de Promotion de la Santé</i>	7.095.030.000	2.493.859	
<i>Agence Nationale d'Ingénierie Clinique</i>	1.375.435.000	483.457	
<i>Autorité Congolaise de Réglementation Pharmaceutique</i>	1.364.400.000	479.578	
Investissements sur Transfert aux Provinces et ETD	144.193.701.658	50.683.199	2,6%
Rémunérations	1.049.412.696.819	368.862.108	19,2%
Subventions aux Organismes Auxiliaires	7.753.923.141	2.725.456	0,1%
Subventions aux Services Ex-BPO	1.691.486.445	594.547	0,0%

63. PREVOYANCE SOCIALE	171.762.028.306	60.373.296	% du total
Fonctionnement des Ministères	4.100.000.000	1.441.125	2,4%
Interventions Économiques, Sociales, Culturelles et Scientifiques	99.073.856.569	34.823.851	57,7%
<i>Dont : Fonds de Solidarité de Santé</i>	<i>98.973.856.569</i>	<i>34.788.702</i>	<i>57,6%</i>
Investissements sur Ressources Propres	181.381.876	63.755	0,1%
Investissements sur Transfert aux Provinces et ETD	61.135.935.420	21.488.905	35,6%
Rémunérations	6.950.735.556	2.443.141	4,0%
Subventions aux Organismes Auxiliaires	320.118.886	112.520	0,2%
64. AFFAIRES SOCIALES	289.102.445.844	101.617.731	% du total
Contrepartie des Projets	10.367.872.264	3.644.243	3,6%
Fonctionnement des Ministères :	18.686.025.340	6.568.023	6,5%
Interventions Économiques, Sociales, Culturelles et Scientifiques	1.966.879.550	691.346	0,7%
Investissements sur Ressources Extérieures	194.086.541.028	68.220.225	67,1%
Investissements sur Ressources Propres	4.436.821.019	1.559.515	1,5%
Rémunérations	57.750.466.969	20.298.934	20,0%
Subventions aux Organismes Auxiliaires	1.807.839.674	635.445	0,6%

PERSPECTIVES FUTURES

Au niveau prospectif, le comité technique de coordination du CN-CSU a publié une étude sur les potentiels mécanismes de financement innovants pour le « système de la CSU » à implémenter en RDC (23). L'étude identifie 20 mécanismes éligibles sur la base de neuf critères, ainsi que les préalables nécessaires pour leur implantation. Le plaidoyer est en cours afin de convaincre l'État de les mettre en œuvre.

A noter que, même s'il ne s'agit pas d'un « mécanisme innovant » *stricto sensu*, l'étude rappelle que l'un des leviers les plus efficaces pour augmenter les financements de la santé reste l'amélioration du taux d'exécution du budget santé. Une exécution à 100% du budget permettrait de garantir plus de 100 millions de USD par an en faveur du secteur de la santé (23).

MÉCANISMES D'ACHAT DES SERVICES DE SANTÉ

En ce qui concerne l'achat des services, **les procédures de paiement des fournisseurs sont lourdes et longues, particulièrement au niveau de la vérification et du décaissement. Les achats sont généralement passifs** (non stratégiques, non liés à de l'information sur les besoins ou la performance), sous la forme de budgets globaux (et incrémentaux) pour les structures publiques et de remboursement des prestations aux assurés. **Seuls les mécanismes d'assistance médicale (comme la gratuité) et les programmes de financement basé sur les résultats (FBR) relèvent de l'achat dit « stratégique »**. A travers le budget de l'État, les formations sanitaires sont financées par des transferts forfaitaires basés sur le nombre de lits. Les salaires des fonctionnaires sont payés par transferts directs. Certaines entreprises (surtout dans les grandes villes) remboursent à l'acte les services reçus par leurs employés (37). Il existe donc une myriade de méthodes d'achat de services (37).

On observe de nombreuses défaillances au niveau de la fonction d'achat des services de santé en RDC, comme le manque de cohérence entre les paquets de services couverts par les différents mécanismes d'assurance, l'enchevêtrement des mécanismes de paiement des prestataires, l'absence de critères objectifs lors de l'allocations interne des ressources au sein du secteur public, des iniquités entre les

différents niveaux du SyS et les différents types de structures de soins, etc. Ces facteurs sont des obstacles à l'éventuelle définition d'un paquet de services harmonisé et préalablement défini, ainsi qu'à son achat de manière plus stratégique (37).

FINANCES PUBLIQUES ET SYSTÈME FISCAL ET PARAFISCAL

GESTION DES FINANCES PUBLIQUES

Plus généralement, une évaluation de la performance de la gestion des finances publiques réalisée en 2019 selon la méthodologie *Public Expenditure and Financial Accountability* (PEFA) (67) – qui s'intéresse à la gestion budgétaire et financière de l'ensemble du budget de l'État, et donc s'applique aussi à la partie du financement de la santé gérée selon les procédures nationales – montre qu'aucun des domaines de la gestion des finances publiques n'est satisfaisant, et que tous sont même en régression par rapport à 2012. En effet, l'exécution du budget est rarement en adéquation avec le budget voté (qui, en 2017 a été voté cinq mois après le début de l'exercice fiscal), ni avec les priorités du gouvernement. Ceci est probablement dû au non-respect des procédures de gestion financière (par exemple, le projet de loi de finances de l'année du Gouvernement à l'Assemblée nationale a été déposé en retard pour les exercices de 2018, 2019 et 2020). De plus les services publics sont coûteux, mais surtout sans contrôle de l'État, et donc souvent incorrectement suivis par la Cour des Comptes (67). Ces conclusions sont aussi observées plus spécifiquement dans le secteur de la santé (37). Les réformes nationales de la gestion des finances publiques sont appuyées par des bailleurs externes, notamment la Banque mondiale (68).

SYSTÈME FISCAL ET PARAFISCAL

Chaque impôt et taxe, droit de douane et accise est perçu par une organisation spécifique en RDC. Les prélèvements au titre de la fiscalité sont perçus par les régies financières (la DG des impôts, la DG des douanes et accises, et la DG des recettes administratives et domaniales). Les prélèvements au titre de la parafiscalité sont perçus par des établissements et services publics dotés d'une autonomie administrative et financières. Ils sont au nombre de douze (23).

Ce système fiscal fait face à de nombreuses difficultés. Il y a une grande multiplicité des services de prélèvements de recettes, des conflits de compétences dans les perceptions entre le niveau central et provincial, ainsi qu'un manque d'efficacité et de transparence dans la gestion de ces fonds. De plus, la grande partie des travailleurs informels échappent au système, ce qui exerce une forte pression fiscale sur le secteur formel (23).

Tableau 7 Analyse SWOT du système fiscal et parafiscal de la RDC (23)

Forces : 1. Important potentiel fiscal et parafiscal de la RDC 2. Textes légaux existants 3. Textes d'application existants 4. Capacités techniques et opérationnelles des entités en charge de l'application : gouvernement, régies financières et entités parafiscales	Opportunités : 5. Impôts et taxes innovants à mettre en place 6. Impôts, taxes et exonérations à supprimer 7. Possibilité de proposer des réformes 8. Existence d'autres poches d'accroissement des recettes publiques domestiques
---	---

<p>Faiblesses :</p> <p>9. Multiplicité des services mobilisateurs des recettes</p> <p>10. Trop de prélèvements et forte pression fiscale sur le secteur formel</p> <p>11. Conflits de compétences dans les perceptions entre le pouvoir central, les provinces et les entités territoriales décentralisées</p> <p>12. Chaîne des recettes fiscales non efficace (dualité avec celle de la parafiscalité)</p> <p>13. Proportion élevée de recettes non collectée</p> <p>14. Nombreux régimes spéciaux/exonérations</p> <p>15. Parafiscalité moins captée dans le budget général de l'État</p> <p>16. Opacité dans la gestion des ressources des comptes spéciaux</p>	<p>Menaces :</p> <p>17. Influence politique dans la gestion des finances publiques : des mandataires des régies et établissements émergeant des comptes spéciaux désignés par les politiques</p> <p>18. Guerre et instabilité des institutions</p> <p>19. Part du secteur informel très élevé (près de 80%)</p> <p>20. Entités de contrôle des finances publiques moins équipées et sans moyens</p>
<p>Résultat de l'évaluation interne : La multiplicité des services et des prélèvements reste la plus grande faiblesse du système fiscal et parafiscal de la RDC</p>	<p>Résultat de l'évaluation externe : Le taux important du secteur informel reste la plus grande menace du système fiscal et parafiscal de la RDC</p>

NIVEAU PROVINCIAL

Les provinces ont des mécanismes de gestion financière différents, réduisant la clarté, la transparence et l'efficacité des flux de financements entre le niveau national et provincial, mais aussi au sein de la province elle-même (37). Ces flux au sein du Sud-Kivu ont été cartographiés par Tapsoba et al. (2023) dans leur deuxième figure (39). Cette cartographie, bien que spécifique au Sud-Kivu, peut être extrapolée aux autres provinces en RDC.

Les **gouvernements provinciaux restent financièrement dépendants du niveau central.** Les gouvernements provinciaux prélèvent des impôts et taxes locales (qui s'ajoutent, pour la population, aux taxes nationales). Ces fonds collectés transitent ensuite par le ministère des finances au niveau national. En effet, l'ensemble des taxes provinciales récoltées par le ministère provincial des finances est transmis à son homologue au niveau national. Celui-ci alloue à son tour des allocations budgétaires au niveau provincial, incluant 40% des ressources provinciales qu'elle a reçues, qu'on appelle **rétrocession**. Le ministère provincial des finances distribue ensuite ces fonds aux différents ministères provinciaux. Le ministère de la santé provincial peut ensuite les réallouer aux DPSPH (39). Pour l'instant, la DPSPH assure (en théorie) la mutualisation des fonds au niveau provincial. Cependant, il est prévu aussi d'avoir des « institutions filles » émanant de la gouvernance nationale (comme les succursales du FSS (36,37)).

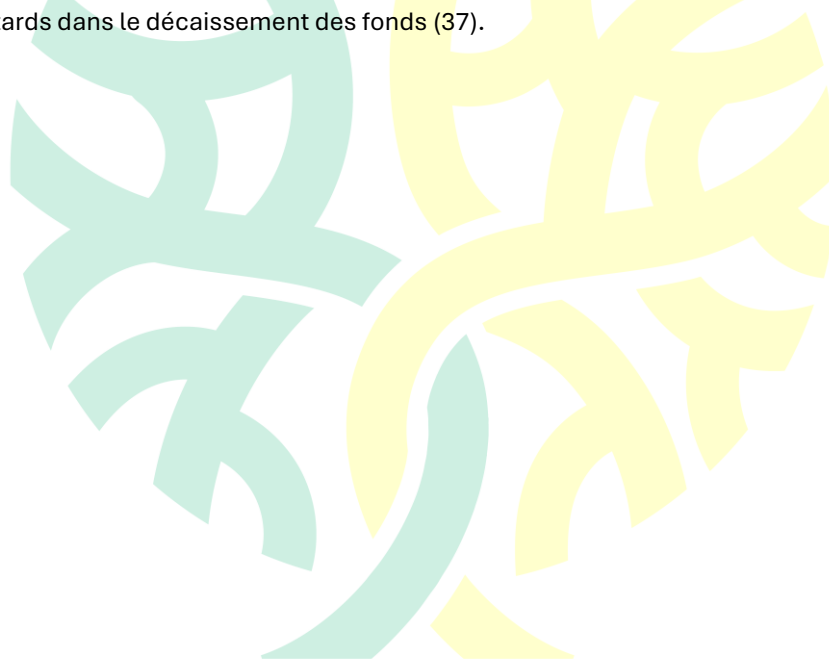
Ces allocations ne sont pas transparentes : on ignore sur quels critères chaque province reçoit ses fonds et si le niveau national prend en compte les besoins locaux. Si l'on ajoute le faible taux de décaissement du budget national, on conclut que les gouvernements provinciaux reçoivent moins de fonds que ceux prévus. Les DPSPH (et les gouvernements provinciaux en général) ne possèdent donc presque pas d'autonomie financière, et sont extrêmement dépendants des politiques financières au niveau supérieur (37). Le fardeau financier provincial est accentué par l'existence de mutuelles de santé car c'est au niveau provincial que revient, en pratique, la charge de subventionner celles-ci au prorata des adhérents (39,52).

Le sous financement du niveau provincial et des DPSPH ne leur permettent pas de réaliser leur mission et leurs activités d'encadrement et d'accompagnement des ZS, ce qui a des effets rétroactifs sur la qualité des données recueillies et du suivi des interventions (56).

Les PTF sont présents de manière hétérogène dans les différentes provinces. Certaines bénéficient de l'appui de nombreux PTF, avec de nombreuses modalités de financement ou de programmes verticaux et un degré élevé de fragmentation. D'autres, en revanche, ne bénéficient que de quelques interventions (42).

Certaines provinces sanitaires (15/26) ont mis en place l'approche du « **Contrat unique** » (1,42) : c'est une approche qui consiste à rassembler (virtuellement) toutes les ressources disponibles dans le but de soutenir conjointement l'atteinte des objectifs (plans opérationnels) des DPSPH. Le contrat est supposé fédérer les ressources financières de toutes origines (État, PTF...). Cette approche a eu un certain succès, notamment dans l'amélioration de la gestion financière des DPSPH. Cependant, elle a eu un effet limité sur la délivrance de services de santé primaires et sur la réduction de la fragmentation étant donné la verticalité des activités financées par les bailleurs internationaux, et leur absence de volonté d'y adhérer (42,69).

D'autres provinces sont financées par des PTF à travers le **financement basé sur les résultats (FBR) (Performance-based financing)** (37,70-73). Le FBR présente des résultats mitigés, mais a amorcé des changements dans l'achat des services : une amélioration timide de la rémunération et la contractualisation avec les prestataires de soins (71). Il a aussi permis la mise en place d'un système de financement des prestations des structures administratives basé sur la performance et des grilles de score de qualité (37). Le FBR, étant plus ou moins efficace selon les études ou les contextes (37,73), manque surtout de transparence interne et de redevabilité. Par ailleurs, la rigidité des procédures des PTF entraîne des retards dans le décaissement des fonds (37).



LA CSU ET LA PS

Afin d'assurer à la population l'accès à des services sociaux de qualité sans rencontrer de difficultés financières, **il est important d'élaborer des politiques de protection sociale et de CSU coordonnées et cohérentes entre elles (17). Ceci n'est pas observé en RDC.**

Sur le papier, **la CSU est une priorité absolue de la RDC** et de son Président. On observe ces dernières années de nombreux investissements politiques en faveur de la CSU : plusieurs PNDS pour le secteur de la santé et de « plans de CSU » sont élaborés avec leurs rapports de suivi et d'évaluation, des études et rapports d'analyse sur la protection financière et le financement de la santé sont mandatés, plusieurs lois, décrets et ordonnances sont décrétés...

A contrario, **la prévoyance sociale « hors santé » est négligée et reléguée au bas des priorités de l'agenda politique national**, en raison du cadrage et de la priorisation présidentielle en faveur de la CSU. Ceci a des implications tant stratégiques qu'institutionnelles. Sur le plan stratégique et technique, elle est très peu abordée et détaillée dans les politiques nationales ou les plans stratégiques, et le dernier plan national en vigueur date de 2016.

Sur le plan institutionnel, la compétence en matière de prévoyance sociale a été déplacée à plusieurs reprises entre différents ministères : d'abord rattachée au ministère du travail (et de l'emploi), elle dépend aujourd'hui du MSPHPS. Ce transfert n'a pas été immédiatement accompagné d'une actualisation réglementaire : l'ordonnance N°22/003 du 07/01/2022 fixant les attributions des ministères (31) n'a toujours pas été mise à jour (et la place donc toujours sous la tutelle du ministère de l'emploi), ce qui crée un vide juridique. De plus, le rôle du secrétariat général à la prévoyance sociale au sein du MSPHPS est encore en cours de clarification. L'INSS se retrouve donc dans un entre-deux inconfortable.

Sur le plan financier, on remarque aussi que la prévoyance sociale est reléguée au second plan. Par exemple, la dépense publique de santé en % du PIB avoisine les 0,65% en 2021 (56), alors que les dépenses totales (domestiques et externes) de protection sociale comptent pour 0,1% la même année (11).

Avec des rumeurs d'un nouveau remaniement gouvernemental, il n'est pas impossible de voir la prévoyance sociale en faire les frais.

Seule la protection sociale en santé est plus développée en RDC, car elle bénéficie indirectement des nombreuses réformes et politiques liées au secteur de la santé et au « système de la CSU ». Par exemple, cela est observé dans le subventionnement de la maternité où, pour accompagner la gratuité des soins, Enabel (l'agence belge de coopération internationale) développe quelques initiatives pour garantir des prestations de maternité et des salaires de remplacement.

OBJECTIFS DE LA CSU

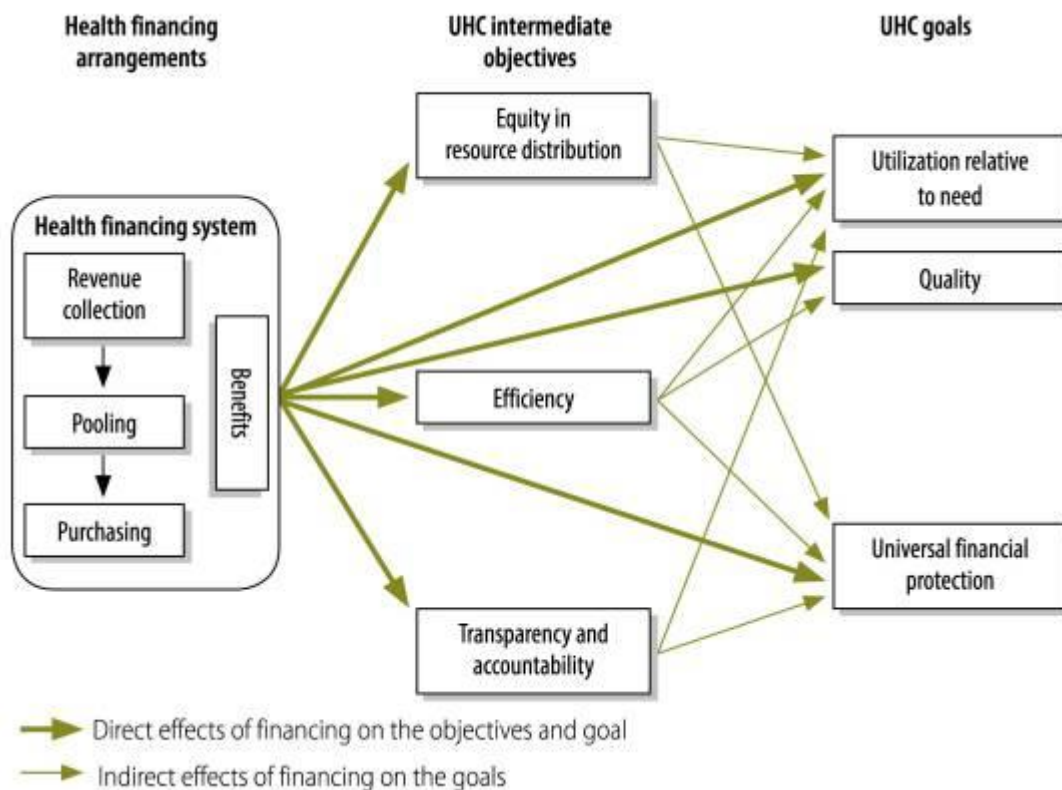


Figure 10 Objectifs intermédiaires et finaux de la CSU qui sont influencés par le financement de la santé (74)

Le financement de la santé contribue à atteindre les objectifs finaux de la CSU à travers des objectifs intermédiaires définis par Kutzin et al. (74) (Figure 10). C'est à travers ces trois objectifs intermédiaires que nous allons analyser certains aspects des politiques de CSU en RDC.

EQUITÉ

Le financement de la santé dépend fortement des dépenses des ménages, et des OOPs en particulier. Les OOPs sont par définition très inéquitables vu qu'elles s'appliquent à tous indistinctement de leur capacité financière. Ceci met dangereusement à risque la population de dépenses catastrophiques et appauvrissantes de santé, comme nous avons déjà pu le mentionner.

Hormis les OOPs et le financement externe, la collecte et la mise en commun des fonds se base principalement sur des contributions aux différents régimes d'assurance maladie. **Ce système de contribution favorise nettement l'adhésion des employés du secteur formel.** En effet, plusieurs d'entre eux sont affiliés automatiquement (par leur employeur), et les contributions sont prélevées directement sur leur revenu mensuel. Il y a peu d'indications sur la part de ces contributions compte tenu de leurs revenus.

A contrario, les travailleurs du secteur informel sont censés devoir activement s'inscrire à l'assurance maladie du secteur informel. On perd déjà une partie de cette population ignorant relever de cette assurance. Ceux qui y adhèrent cotisent un montant fixe (décidé par la mutuelle de santé), **les contributions sont donc régressives.** De toute façon, il n'existe aucun mécanisme pour identifier et quantifier les revenus de ces travailleurs afin de définir des niveaux de contributions dans le but de les rendre progressives. **D'ailleurs, le mécanisme d'identification des personnes démunies et**

vulnérables est défaillant, ce qui compromet aussi le système d'assistance sociale, puisque qu'un bénéficiaire doit s'enregistrer au niveau du ministère des affaires sociales.¹⁵

Sur le volet des prestations, il n'existe pas de paquet de service universel à l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Chaque régime a défini quels services sont inclus, ainsi que le pourcentage de prise en charge des coûts. C'est un facteur d'iniquité majeur qui ne dépend que du statut du bénéficiaire. Le manque d'information sur les différents services proposés est aussi une barrière à l'élaboration d'un paquet de services adéquat (65).

Enfin, en ce qui concerne la « gratuité de la maternité », le manque de financement de ce programme fait que de nombreuses patientes doivent payer leurs soins malgré tout. De plus, l'accessibilité géographique à ces services est limitée, ce qui met à mal les populations les plus reculées et rurales.

EFFICIENCE

Le secteur de la santé en RDC souffre d'une très grande inefficience et d'un manque de rationalisation des ressources.

Au niveau de la gouvernance, le cadre législatif entourant « le système de la CSU » en RDC est particulièrement détaillé. Il comprend un grand nombre de lois, d'ordonnances et de décrets, régulièrement mis à jour **qui modifient constamment certains aspects du système, ainsi que la création ou le fonctionnement de certaines institutions. Cela augmente la fragmentation de la gouvernance en santé.**

Ceci émane de la séparation entre le « système de la CSU » et le SyS congolais et de l'amalgame avec la CSU en tant que concept décrit par l'OMS.¹⁶ **Il est important de rappeler que la CSU – telle que définie par l'OMS – devrait servir d'objectif transversal pour guider les stratégies nationales de santé, et non être un dispositif supplémentaire et déconnecté des institutions existantes.**

De plus, **cette complexité législative augmente la confusion.** Beaucoup d'acteurs ne sont pas informés des derniers textes en vigueur, et il est souvent difficile d'identifier le document de référence quand on aborde une problématique donnée. De plus, cette prolifération de textes et d'institutions crée un terrain propice aux contradictions, aux chevauchements de compétences, voire des frictions, surtout avec le SyS « classique », particulièrement dans un horizon où **il existe peu de mécanismes de coordination** (1). Par exemple :

- L'inspection générale de la santé et l'ARC-CSU ont toutes deux un rôle dans l'accréditation des établissements de services de santé ;
- L'ARC-CSU (qui, rappelons-le, relève de la tutelle du Premier ministre) et le ministère de la santé fixent tous les deux les tarifs des services de santé ;
- L'Institut National de Recherche Biomédicale, une institution de recherche de la santé reconnue et respectée en RDC, a été rattachée à l'INSP depuis peu. L'INSP étant une jeune institution, des frictions sont apparues entre elles, et depuis l'INRB jouit d'une autonomie d'action.

Cette confusion se retrouve également au niveau provincial, où la répartition des rôles entre les entités décentralisées de l'État et les structures déconcentrées du SyS, tout comme leurs relations hiérarchiques,

¹⁵ Source : atelier réalisé dans le cadre d'un accompagnement scientifique pour une intervention de l'agence belge de développement à Kinshasa : <https://www.springpsp.be/fr/kinshasa-workshop-for-scientific-support/>

¹⁶ Voir encadré 1.

manquent de clarté. De plus, on ne sait toujours pas comment les succursales déconcentrées du FSS et du FPS, dont le déploiement est prévu, s'intégreront dans le paysage sanitaire provincial.

Les documents législatifs et les plans stratégiques décrivent le fonctionnement du « système de la CSU », du SyS et de la PS, ainsi que le rôle de chacune des institutions de manière théorique. Cependant, **ces lois et réformes sont rarement accompagnées de plans ou de stratégies opérationnels qui permettent de mettre en œuvre ces lois, que ce soit au niveau central ou provincial.** Ce manque d'opérationnalisation est parfois causé par une faible implication des responsables (nationaux ou bailleurs internationaux) et d'un manque de vulgarisation des textes qui sous-tendent les réformes (37). Ceci mène à une lenteur dans la mise en place de ces réformes structurelles (23). Par exemple, le FSS et le FPS souffrent d'un manque notable d'opérationnalisation (37), notamment dans leur mise en place au niveau provincial. Aussi, la description que nous avons faite du niveau provincial et de ses réformes n'est que théorique, et sa mise en œuvre se fait à des rythmes différents d'une province à l'autre.

Enfin, **il existe peu de mécanismes de coordination ou de collaboration intersectorielle entre la santé et les autres secteurs** (23). Les mécanismes mis en place pour faciliter l'intersectorialité dans le cadre de la protection sociale semblent peu efficaces. Par exemple, le ministère des affaires sociales semble déconnecté du système de protection financière contre le risque maladie.

Au niveau du financement également, il existe de nombreuses sources d'inefficiences. **Le secteur de la santé dépend fortement des bailleurs externes qui financent principalement des interventions verticales, fragmentées et parfois non alignées avec les priorités nationales** (1). Les régimes de financement domestiques sont multiples, fragmentés et insuffisants (l'État étant la troisième source de financement après les fonds externes et les OOPs). De plus, la complexité des flux financiers entre les niveaux opérationnel, provincial et central favorise un risque accru de confusion, de retards de paiement, voire de corruption.

Le taux d'exécution du budget de la santé est faible et varie d'une année à l'autre. **Le secteur de la santé devient donc, aux yeux de l'État, un secteur peu fiable et peu efficient.**

Selon le carré de White (1961), les besoins sanitaires de la population se services de santé primaires (comme les soins ambulatoires ou de première ligne) que les soins hospitaliers : moins de dix personnes sur mille ont recours aux soins hospitaliers (75). Il est aussi reconnu que les soins de santé primaires sont plus efficaces que les soins curatifs et spécialisés (76). Or, **le SyS congolais est très hospitalo-centré**, et la majeure partie des dépenses publiques du niveau central comme provincial sont destinés aux soins curatifs et hospitaliers (56).

Enfin, **les mécanismes d'achats de services et de paiements des prestataires sont nombreux, passifs, incohérents entre eux et souvent illisibles** (1,37).

TRANSPARENCE ET REDEVABILITÉ

Kutzin et al. (74) déclinent cet objectif intermédiaire en deux : la redevabilité institutionnelle et la redevabilité envers la population.

En théorie, il existe de nombreux mécanismes de redevabilité institutionnelle, que ce soit à travers de nombreux rapports d'activité, de réunions régulières... Ils sont codifiés dans les nombreux textes législatifs ou plans stratégiques qui décrivent le fonctionnement de ces institutions. Cependant, comme mentionné précédemment, ces normes théoriques ne sont pas toujours opérationnalisées, ni documentées, notamment dû à la multiplicité des institutions et à l'absence de mécanismes de coordination efficaces (1). Selon nos informations, il est déjà arrivé que le personnel technique ne soit pas informé des discussions de coordination interinstitutionnelle qui se tenaient à un échelon supérieur.

Il y a peu de visibilité ou de documentation sur les contributions des PTF (1). Ceci se manifeste par le non-alignement des interventions des bailleurs externes avec les priorités et l'agenda national.

Au niveau provincial, le contrat unique a permis de mettre en place quelques mécanismes de redevabilité entre les PTF, les structures de santé et la population. Bien que ces mécanismes aient encore des résultats mitigés, ils ont quand même mis en exergue les problèmes du non-respect des engagements de la part de différents acteurs, de l'irrégularité dans les évaluations, de la fragmentation du financement des DPSPH (1), notamment à travers le non alignement des PTF avec les priorités provinciales (42). Au niveau opérationnel, la contre vérification dans le cadre du FBR a permis une amélioration timide de la redevabilité (1,37).

En ce qui concerne la population, il existe peu (voire pas) de mécanismes institutionnalisés de redevabilité ou de transparence pour le public.

Cette faible transparence peut être observée dans le rapport sur les comptes nationaux de la santé 2021 (56) : les dépenses effectuées par les ménages sont effectuées pour « d'autres dépenses » à hauteur de 45% (les autres catégories étant l'achat de produits pharmaceutiques ou d'autres produits de santé, les services non sanitaires, la rémunération des employés et les services de laboratoires et d'imagerie). Il n'est pas clair si cette catégorie est le fruit d'une faible transparence des comptes ou d'une faiblesse du système d'information sanitaire en RDC.

OBJECTIFS ULTIMES DE LA CSU

A travers ces objectifs intermédiaires de la CSU, les politiques de santé en RDC devraient ultimement tendre vers une amélioration de l'accessibilité aux services de qualité, et une amélioration de la protection financière de la population (74).

Concernant l'accessibilité aux soins de qualité, le récent rapport de suivi de la CSU publié par l'OMS et la Banque mondiale estime qu'en 2023, seuls 41% de la population congolaise avaient accès à des services essentiels de santé de qualité (indicateur ODD 3.8.1) (64), et seuls 38% à des services de santé maternels et infantiles de qualité (8). La situation est stagnante depuis 2013 (Figure 11).

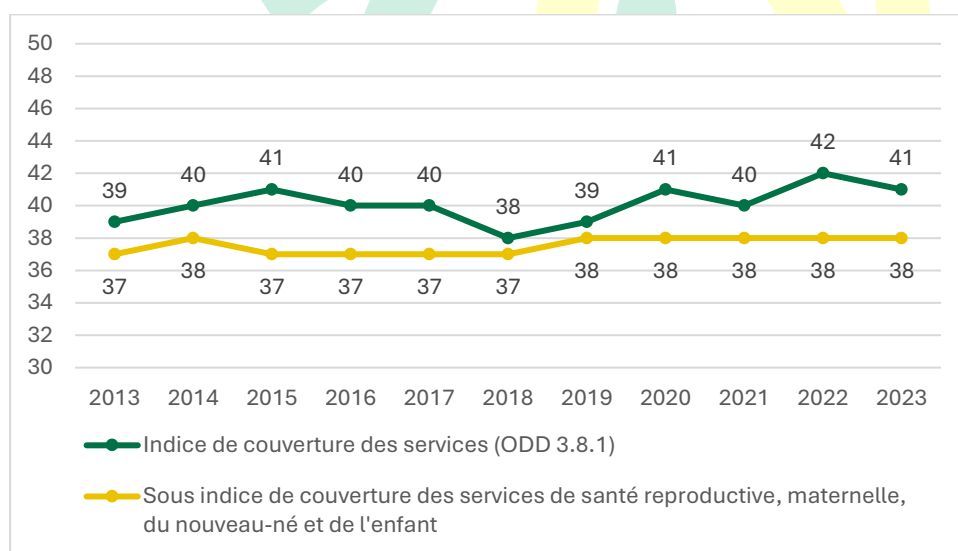


Figure 11 Accessibilité aux soins de qualité en RDC (ODD 3.8.1) (2013-2023)

Lorsque l'accessibilité est ajustée à la qualité, l'indice de couverture effective globale s'élève à 45 en 2020. Toutefois, l'analyse des données désagrégées par famille de services montre que les indices relatifs aux

services de maternité et au traitement des cancers sont particulièrement bas. Cela indique que, bien que les services de maternité soient théoriquement accessibles, leur qualité reste insuffisante. A l'inverse, l'indice de couverture effective des traitements des infections respiratoires des voies inférieures et du VIH/SIDA sont plus encourageants (Tableau 8) (77).

Tableau 8 Indice de couverture effective des différents services en RDC (2020) (77)

	Indice global	Besoin satisfait en planification familiale par des méthodes modernes de contraception	Les soins prénatals, péri partum et postnatals pour les nouveau-nés	Les soins prénatals, post-partum et postnatals pour les mères	Traitement des infections respiratoires inférieures	Couverture par un traitement antirétroviral	Traitement du cancer du sein	Traitement du cancer du col de l'utérus	Traitement du cancer de l'utérus	Traitement du cancer du côlon et du rectum
Indice de couverture effective en RDC	45	23	19	7	75	78	15	13	15	8

Concernant la protection financière, comme mentionné précédemment, 60% des ménages expérimentent des difficultés financières dues aux dépenses en santé en 2012 (64), dans un pays où on estime que 63% des ménages sont en situation de pauvreté la même année (10). On observe d'abord un manque de données récentes sur la pauvreté et la situation financière de la RDC. Cette proportion reste cependant très élevée, et de nombreux efforts restent nécessaires pour y remédier.

CONCLUSION

La RDC fait face à de nombreux défis pour assurer à sa population un accès aux services de qualité tout en garantissant que leur utilisation n'expose pas les ménages à des difficultés financières, et donc à tendre vers la CSU.

Pour y faire face, l'État congolais a élaboré de nombreuses stratégies et réformes du secteur de la santé, et ce tant au niveau institutionnel que financier, y compris à travers des mécanismes d'assurance maladie.

Malgré cette ambition politique, ces réformes restent insuffisantes et présentent des faiblesses importantes dans leur conception :

- La profusion de textes législatifs régissant la gouvernance et le cadre institutionnel de la santé en RDC crée une confusion pour les différents acteurs quant au rôle de chacun. De plus, ces textes législatifs sont rarement accompagnés d'une feuille de route ou d'un plan opérationnel clair pour la mise en œuvre de ces réformes.
- La confusion entre le concept de la CSU tel que défini par l'OMS et la vision institutionnalisée de la CSU en RDC a abouti en la création d'un « système de la CSU » parallèle au système de santé congolais existant. Ceci crée beaucoup de confusion et de chevauchements quant au fonctionnement du système de santé, ce qui le rend illisible et inefficace.
- Le financement de la santé reste très dépendant des OOPs des ménages et du financement par les PTF. Ceci expose les ménages au danger d'appauvrissement. Des réformes pour augmenter la part du financement domestique public sont mentionnées, mais il n'existe aucune piste tangible à ce jour.
- La protection sociale (pourtant complémentaire à la CSU) est reléguée au second plan, et ne bénéficie pas d'une attention particulière comparé au secteur de la santé. Bien qu'il existe peu de mécanismes de coordination entre ces deux secteurs, cela semble s'améliorer avec l'intégration de la compétence « prévoyance sociale » au sein du ministère de la santé.

Il reste donc beaucoup d'efforts à faire pour l'État congolais pour tendre vers la CSU et répondre aux besoins sanitaires et sociaux de sa population. Une réorientation stratégique des réformes en santé est vraisemblablement nécessaire.

RÉFÉRENCES

1. Plan national de développement sanitaire et de prévoyance sociale (PNDS-PS 2024-2033) [Internet]. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale; 2023 Jul. p. 92. Report No. Available from: <https://fr.scribd.com/document/811213076/PNDS-PS-2024-2033-Version-Fin-17-Sept-2024-2>
2. World Bank Open Data Country Profile DRC [Internet]. [cited 2025 Dec 4]. Available from: https://databank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=COD
3. Loi N° 18/035 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé publique. Loi n° 18/035 [Internet]. 2018 Dec 13. Available from: <https://www.leganet.cd/Legislation/Droit%20Public/SANTE/Loi.18.035.13.12.2018.html#:~:text=To%20personne%20malade%20en%20d%C3%A9tention,un%20%C3%A9tablissement%20de%20sant%C3%A9%20public.>
4. Global Burden of Disease (GBD) [Internet]. [cited 2024 Aug 6]. Available from: <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>
5. Plan Stratégique National pour la Couverture Santé Universelle 2020-2030 [Internet]. Conseil National de la Couverture Santé Universelle; 2020 Jan. p. 69. Report No. Available from: https://santenews.info/wp-content/uploads/2020/04/PLAN-STRATEGIQUE-NATIONAL-CSU_FINANCEMENT.pdf
6. Troisième Enquête Démographique et de Santé EDS-RDC III 2023-2024 [Internet]. Kinshasa, RDC et Rockville, Maryland, USA: Institut National de la Statistique et École de Santé Publique de Kinshasa et ICF; 2025 Feb. Report No. Available from: <https://www.unicef.org/drcongo/rapports/troisieme-enquete-demographique-sante>
7. Zupan J, Åhman E. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. Geneva: World Health Organization; 2006. 69 p.
8. World Health Organization. The Global Health Observatory [Internet]. Available from: <https://www.who.int/data/gho>
9. International Monetary Fund. African Dept. Democratic Republic of the Congo: First Review Under the Extended Credit Facility Arrangement, Requests for Waivers of Nonobservance of Performance Criteria, Modification of Quantitative Performance Criteria, and Financing Assurances Review -Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for the Democratic Republic of the Congo. IMF Staff Ctry Rep. 2025 Jul;2025(195):1. doi:10.5089/9798229017817.002
10. Rapport quinquennal des statistiques du travail de 2019 à 2023 [Internet]. Ministère de l'Emploi, Travail et Prévoyance Sociale, Office National de l'Emploi; 2023 Dec. Report No. Available from: <https://www.onem.cd/fileadmin/content/PDF/RAPPORT-QUINQUENNAL-2019-2023.pdf>
11. World Social Protection Report 2024–26: Universal social protection for climate action and a just transition [Internet]. Geneva: International Labour Organisation; 2024. Report No. Available from: <https://www.social-protection.org/gimi/ShowWiki.action?id=52>
12. Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle [Internet]. Ministère de la Santé Publique de la République Démocratique du Congo; 2018 Sep. p. 86. Report No. Available from: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/plan-strategy/COD-CC-10-010-PLAN-STRATEGY-2012-fra-National-Health-Development-Plan-2019-2022.pdf>
13. Constitution de la République Démocratique du Congo. 2006 Feb.

14. Ordonnance-loi N°23/006 modifiant et complétant la loi N°18/035 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique. Ordonnance-loi N°23/006 [Internet]. 2023 Mar 3. Available from: https://anicns.gouv.cd/restapi/uploads/documents/loi_csu_23_006_du_03_mars_2023.pdf
15. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. 2007;44.
16. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report [Internet]. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2023. p. 160. Report No. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>
17. Rached P, Renmans D, Bourgeois M, Paul E. Note de synthèse sur la couverture santé universelle et la protection sociale [Internet]. IOB; 2025 Feb. Report No.: IOB Working Paper / 2025.02. Available from: <https://medialibrary.uantwerpen.be/files/2137/b9fa8aad-cbdc-4f4e-9d6b-4e73d85f8bc8.pdf>
18. Décret N°22/13 portant organisation et fonctionnement d'un établissement public dénommé Fonds de Solidarité de Santé 'FSS' en sigle. Décret N°22/13 [Internet]. 2022 Sep 4. Available from: <https://fr.scribd.com/document/851274798/Decret-N-22-14-du-09-avril-2022>
19. Décret N°22/14 portant création, organisation et fonctionnement de l'autorité de régulation et de contrôle de la couverture santé universelle 'ARC-CSU' en sigle. Décret N°22/14 [Internet]. 2022 Sep 4. Available from: <https://fr.scribd.com/document/851274798/Decret-N-22-14-du-09-avril-2022>
20. Décret N°22/15 portant organisation et fonctionnement d'un établissement public dénommé Fonds de Promotion de la Santé 'FPS' en sigle. Décret N°22/15 [Internet]. 2022 Sep 4. Available from: <https://fr.scribd.com/document/851274798/Decret-N-22-14-du-09-avril-2022>
21. Décret N°22/16 portant création, organisation et fonctionnement d'un établissement public dénommé Institut National de Santé Publique 'INSP' en sigle. Décret N°22/16 [Internet]. 2022 Sep 4. Available from: <https://fr.scribd.com/document/851274798/Decret-N-22-14-du-09-avril-2022>
22. Décret N°22/17 portant transformation d'un service public public dénommé Agence Nationale d'Ingénierie Clinique, de l'Information et d'Informatique en Santé, 'ANICIIS' en sigle, en un établissement public dénommé Agence Nationale d'Ingénierie Clinique et du Numérique de la Santé 'ANICNS' en sigle. Décret N°22/17 [Internet]. 2022 Sep 4. Available from: <https://fr.scribd.com/document/851274798/Decret-N-22-14-du-09-avril-2022>
23. Etude sur les mécanismes innovants de financement de la santé en faveur de la couverture santé universelle en RDC. Kinshasa: Conseil National de la Couverture Santé Universelle; 2022 Sep. Report No.
24. Revue analytique de l'équipe de l'OMS sur le Diagnostic dans le Plan Stratégique National pour la Couverture Sanitaire Universelle En République Démocratique Du Congo [Internet]. OMS; 2023 Jan. Report No. Available from: <https://fr.scribd.com/document/822435122/Revue-Analytique-Equipe-Oms-30443bf6c1>
25. World Social Protection Report 2020-22: Social protection at the crossroads - in pursuit of a better future [Internet]. Geneva: International Labour Office; 2021. Report No. Available from: <https://www.ilo.org/publications/flagship-reports/world-social-protection-report-2020-22-social-protection-crossroads-pursuit>
26. Social protection | International Labour Organization [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 17]. Available from: <https://www.ilo.org/topics-and-sectors/social-protection>
27. Décret N°05/176 portant création du programme national d'appui à la protection Sociale, en sigle « P.N.P.S. ». Décret N°05/176 [Internet]. 2005 Nov 24. Available from:

https://www.droitcongolais.info/files/830.11.05.-Decret-du-24-novembre-2005_Programme-national-d-appui-a-la-protection-sociale.pdf

28. « Notre » Protection Sociale, Politique Nationale de Protection Sociale [Internet]. Ministère des Affaires Sociales, Action Humanitaire et Solidarité Nationale; 2016 Dec. p. 55. Report No. Available from: https://socialprotection.org/discover/legal_policy_frameworks/r%C3%A9publique-d%C3%A9mocratique-du-congo-politique-nationale-de-protection#:~:text=La%20Politique%20Nationale%20de%20Protection%20Sociale%20de%20la%20RDC%2C%20adopt%C3%A9,une%20alimentation%20saine%20et%20%C3%A9quilibr%C3%A9%2C
29. Fournir des filets sociaux aux plus vulnérables en RDC : des avancées progressives pour une large couverture [Internet]. 2023 Oct 2 [cited 2024 May 14]. Available from: <https://projects.banquemondiale.org/fr/results/2023/02/10/providing-safety-nets-for-the-most-vulnerable-in-the-democratic-republic-of-congo-incremental-steps-with-a-large-footpri>
30. cnssap P. Le drapeau de la cnssap flotte plus que jamais dans le kasai oriental. Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Agents Publics de l'Etat [Internet]. 2025 Feb 28 [cited 2025 Nov 19]. Available from: <https://www.cnssap.cd/2025/02/28/le-drapeau-de-la-cnssap-flotte-plus-que-jamais-dans-le-kasai-oriental/>
31. Ordonnance N°22/003 fixant les attributions des ministères. Ordonnance N°22/003 [Internet]. 2022 Jul 1. Available from: https://www.droitcongolais.info/files/142.01.22.1-Ordonnance-du-7-janvier-2022_Attributions-des-ministeres.pdf
32. DEP Santé. Réformes en cours dans le secteur de la santé [Powerpoint]. Powerpoint presented at.
33. Recueil des normes de création, d'organisation et de fonctionnement des structures de la zone de santé en République Démocratique du Congo [Internet]. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale; 2019 Oct. Report No. Available from: <https://bv-assk.org/wp-content/uploads/2024/03/Recueil-des-normes-de-creation-dorganisation-de-fonctionnement-des-structures-de-la-ZS-en-RDC-MSP-2019.pdf>
34. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et prévoyance sociale [Internet]. [cited 2025 Nov 19]. Available from: <https://sante.gouv.cd/secretariat-general>
35. Ordonnance N°21/032 portant création, organisation et fonctionnement du conseil national de la couverture santé universelle en République Démocratique du Congo. Ordonnance N°21/032 [Internet]. 2021 Jan 6. Available from: https://cnscsurdc.com/assets/documents/ordonnance_cnscsu.pdf
36. Décret n° 22/13 du 09 avril 2022 portant organisation et fonctionnement d'un Etablissement public dénommé Fonds de Solidarité de Santé « FSS » en sigle [Internet]. [cited 2024 Apr 10]. Available from: <https://www.leganet.cd/Legislation/DroitSocial/Secu/Devret%2022.13%2009%2004%2022.html>
37. Rapport de l'Analyse du Financement de la Santé en RDC [Internet]. The Local Health System Sustainability Project (LHSS) under the USAID Integrated Health Systems IDIQ; 2023 Dec. Report No. Available from: https://p4h.world/app/uploads/2024/07/LHSS-DRC_-Rapport-de-lanalyse-du-financement-de-la-sante-en-RDC_-FR_508C.x23411.pdf
38. Mbeva JBK, Prudence MN, Nguemeleu ET, Nzanzu M, Nyavanda LK, Kambere JRS. Issues and challenges of universal health coverage in the Democratic Republic of Congo: A critical interpretative synthesis of the literature. *Int J Innov Sci Res.* 2023 Apr 2;66(1):1.
39. Tapsoba Y, Ndokabilya E, Wema JC, Engels T, Paul É. Cartographie et analyse du financement de la santé dans la province du Sud-Kivu (RDC). *Santé Publique.* 2023;35(3):315–28. doi:10.3917/spub.233.0315

40. Arrêté Ministériel N°1250/CAB/MIN/SPHPS/SEM/ARR/CJG/OWE/18/2025 fixant l'organisation et le fonctionnement des provinces sanitaires en République Démocratique du Congo. Arrêté Ministériel N°1250/CAB/MIN/SPHPS/SEM/ARR/CJG/OWE/18/2025 [Internet]. 2025 Mar 15. Available from: <https://fr.scribd.com/document/849649943/Arrete-Provinces-Sanitaires>
41. Louis Mopene J, Molima C, Kahindo JBM, Makali S, Karemere H. Réforme et performance de l'Inspection de la santé et de la Division de la santé au Sud-Kivu en République Démocratique du Congo. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2020 Dec 15;12(1):2534. doi:10.4102/phcfm.v12i1.2534 PubMed PMID: 33354981; PubMed Central PMCID: PMC8552297.
42. Bisimwa G, Makali SL, Karemere H, Molima C, Nunga R, Iyeti A, et al. 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 Prim Health Care Fam Med*. 2021 Dec 6;13(1):2869. doi:10.4102/phcfm.v13i1.2869 PubMed PMID: 34879695; PubMed Central PMCID: PMC8689365.
43. Décret N°13/011 portant création, organisation et fonctionnement des Groupes Thématiques Sectoriels. Décret N°13/011 [Internet]. 2013 Sep 4. Available from: https://medd.gouv.cd/wp-content/uploads/2022/03/Decret-n-13-011-2013_GTS_VF.pdf
44. Ordonnance N°15/014 portant organisation et fonctionnement du gouvernement, modalités pratiques de collaboration entre le Président de la République et le gouvernement ainsi qu'entre les membres du gouvernement. Ordonnance N°15/014 [Internet]. 2015 Mar 21. Available from: <https://www.leganet.cd/Legislation/JO/2015/Numeros/JOS.27.03.2015.pdf>
45. Décret N°09/53 fixant les statuts d'un établissement public dénommé Institut national de sécurité sociale en sigle « INSS ». Décret N°09/53 [Internet]. 2009 Mar 12. Available from: https://www.droitcongolais.info/files/830.12.09-Decret-du-3-decembre-2009_INSS.pdf
46. Loi N°16/009 fixant les regles relatives au régime général de la sécurité sociale. Loi N°16/009 [Internet]. 2016 Jul 15. Available from: <https://faolex.fao.org/docs/pdf/Cng187508.pdf>
47. Loi N°015/2002 portant code de travail. Loi N°015/2002 [Internet]. 2002 Oct 16. Available from: <https://www.leganet.cd/Legislation/DroitSocial/Code%20du%20travail.%20loi.2002.htm>
48. Loi N°22/031 portant régime spécial de sécurité sociale des agents publics de l'Etat. Loi N°22/031 [Internet]. 2022 Jul 15. Available from: <https://www.cnssap.cd/download/loi-portant-regime-special-de-securite-sociale-des-agents-publics-de-letat/>
49. Décret-Loi N°017/2002 portant code de conduite de l'agent public de l'Etat. Décret-Loi N°017/2002 [Internet]. 2002 Mar 10. Available from: https://medd.gouv.cd/wp-content/uploads/2020/07/Congo-Dem.Rep._Public-Officials-Conduct-Code_17_2002_fr.pdf
50. Bapolisi Ndjovu O, Iragi Ntwali V. Couverture santé universelle et droit d'accès aux soins en R. D. Congo : entre volonté de faire et capacité à agir [Internet]. *Studia Europaea*; 2025. Report No.: Vol. 1, n° 70, 2025, pp. 145–175. Available from: <https://hal.science/hal-05165273v1/file/Couverture%20sant%C3%A9%20universelle%20et%20droit%20d'acc%C3%A8s%20aux%20soins%20en%20RD%20Congo%20entre%20volont%C3%A9%20de%20faire%20et%20capacit%C3%A9%20%C3%A0%20agir%20Studia%202025.pdf>
51. Arrêté départemental D. SAS S / 1250/0003/8 portant catégorisation des malades, des praticiens et des formations médicales. ARRÊTÉ DÉPARTEMENTAL D. SAS S / 1250/0003/8 [Internet]. 1982 Jun 20. Available from: <https://www.leganet.cd/Legislation/Droit%20Public/SANTE/AD.1250.0003.20.06.1982.htm>

52. Loi organique N° 17/002 déterminant les principes fondamentaux relatifs a la mutualité. Loi Organique N° 17/002 [Internet]. 2017 Aug 2. Available from: <https://www.droit-afrique.com/uploads/RDC-Loi-2017-02-sur-la-mutualite.pdf>
53. Waelkens MP, Shomba S, Kwilu Nappa F, Kelly-Grace MN, Criel B. Etude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Institut de Médecine Tropicale; 2016 Oct. p. 80. Report No.
54. Bebe DN, Kwilu FN, Mavila A, Mafuta EM, Mangalu JM, Jessani NS, et al. Making health insurance responsive to citizens: the management of members' complaints by mutual health organisations in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *BMJ Glob Health*. 2023 Sep 1;7(Suppl 6):e011438. doi:10.1136/bmjgh-2022-011438 PubMed PMID: 37666577.
55. Kafumbi J, Mumvudi MF, Lufwa MN, Mabakutuvangilanga NSD. Effects of free maternity care on beneficiary satisfaction: Multicentre study conducted in the Binza Météo Health Zone, Kinshasa, Democratic Republic of the Congo | *Orapuh Journal* [Internet]. 2025 Jul 14 [cited 2025 Aug 14]. Available from: <https://orapuh.org/ojs/index.php/orapj/article/view/e1263>
56. Rapport sur les comptes de la santé 2021 [Internet]. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention; 2023 Jan. Report No. Available from: https://p4h.world/app/uploads/2024/05/Rapport-sur-les-CNS-2021-RDC-ok.x23411.pdf?utm_source=chatgpt.com
57. Kasongo SE, Remo IJC, Ndongo AD, Matengelo GEE, Kunzi BN. Opinions des femmes bénéficiaires de la gratuité de la maternité dans le cadre de la couverture santé universelle en République Démocratique du Congo: Cas du Centre Hospitalier du Mont-Amba dans la Zone de Santé de Lemba, Kinshasa. *Rev Congo Sci Technol*. 2024;3(4):364–77. doi:10.59228/rcst.024.v3.i4.103
58. Grâce. Gratuité de la maternité : à Kinshasa, le centre Monkole suspend ses activités à la suite du non-paiement des frais par le gouvernement. *Actualite.cd* [Internet]. 2025 Jun 10 [cited 2025 Nov 25]. Available from: <https://actualite.cd/2025/06/10/gratuite-de-la-maternite-kinshasa-le-centre-monkole-suspend-ses-activites-la-suite-du>
59. Kinshasa : suspension de la gratuité de la maternité dans certaines structures médicales. *Radio Okapi* [Internet]. 2025 Jun 9 [cited 2025 Nov 25]. Available from: <https://www.radiookapi.net/2025/06/09/actualite/sante/kinshasa-suspension-de-la-gratuite-de-la-maternite-dans-certaines>
60. McIntyre D, Meheus F, Røttingen JA. What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage? *Health Econ Policy Law*. 2017 Apr;12(2):125–37. doi:10.1017/S1744133116000414
61. Laokri S, Soelaeman R, Hotchkiss DR. 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*. 2018 Jun 15;18(1):451. doi:10.1186/s12913-018-3211-x
62. Global Health Expenditure Database [Internet]. WHO. Available from: <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
63. Issa M. The Pathway to Achieving Universal Health Coverage in the Democratic Republic of Congo: Obstacles and Prospects. *Cureus*. 15(7):e41935. doi:10.7759/cureus.41935 PubMed PMID: 37583749; PubMed Central PMCID: PMC10425163.
64. Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report [Internet]. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2025 May. Report No. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240117815>

65. Vangu AM, Kambu MN, Mbuangi JM, Leather AJM, Tissingh EH. Health systems strengthening in the Democratic Republic of Congo: the importance of surgical data. *BMJ Glob Health*. 2025 Sep 4;10(9). doi:10.1136/bmjgh-2024-017759 PubMed PMID: 10.1136/bmjgh-2024-017759.
66. Loi de finances rectificative N°25/044 du 28 juin 2025. Loi de finances rectificative N°25/044 [Internet]. 2025 Jun 28. Available from: <https://budget.gouv.cd/budget-2025/>
67. Evaluation de la performance de la gestion des finances publiques en republique democratique du congo selon la methodologie pefa 2016 [Internet]. The Public Expenditure and Financial Accountability (PEFA); 2020 Sep. Report No. Available from: <https://www.pefa.org/node/3851>
68. Congo, Democratic Republic of - Country Partnership Framework for the Period FY22-26 [Internet]. The World Bank; 2022 Feb. p. 172. Report No. Available from: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/214221646062568502/congo-democratic-republic-of-country-partnership-framework-for-the-period-fy22-26>
69. Zeng W, Cros M, Muvudi M, Mobula L, Baabo D, Samaha H, et al. The impact of the single contract on health service delivery in the Democratic Republic of the Congo (DRC): findings from a quasi-experimental study. *Npj Health Syst*. 2025 Dec 16;2(1):50. doi:10.1038/s44401-025-00053-0
70. Shapira G, Clarke-Deelder E, Booto BM, Samaha H, Fritsche GB, Muvudi M, et al. Impacts of performance-based financing on health system performance: evidence from the Democratic Republic of Congo. *BMC Med*. 2023 Oct 4;21(1):381. doi:10.1186/s12916-023-03062-8
71. Witter S, Bertone MP, Namakula J, Chandiwana P, Chirwa Y, Ssenyonjo A, et al. (How) does RBF strengthen strategic purchasing of health care? Comparing the experience of Uganda, Zimbabwe and the Democratic Republic of the Congo. *Glob Health Res Policy*. 2019;4:3. doi:10.1186/s41256-019-0094-2 PubMed PMID: 30734000; PubMed Central PMCID: PMC6354347.
72. UG-PDSS Revue Annuelle 2022 Vers la réussite de la Couverture Santé Universelle [Internet]. UDSS - Banque mondiale; 2022 [cited 2024 Apr 9]. Report No. Available from: <https://www.pdss.cd/wp-content/uploads/2023/05/REVUE-ANNUEL-2022.pdf>
73. Zeng W, Shapira G, Gao T, Muvudi M, Li G, Bouey J, et al. Economic evaluation of financial incentives for maternal and child health in the Democratic Republic of the Congo (DRC): a decision-tree modelling based on a cluster randomized controlled trial. *Glob Health Res Policy*. 2025 Sep 1;10(1):41. doi:10.1186/s41256-025-00435-9
74. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ*. 2013 Aug 1;91(8):602–11. doi:10.2471/BLT.12.113985 PubMed PMID: 23940408; PubMed Central PMCID: PMC3738310.
75. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. *N Engl J Med*. 2001 Jun 28;344(26):2021–5. doi:10.1056/NEJM200106283442611
76. Rajan D, Rouleau K, Winkelmann J, Kringos D, Jakab M, Khalid F, editors. Implementing the primary health care approach: a primer. Geneva: World Health Organization; 2024. 444 p. (Global report on primary health care).
77. Lozano R, Fullman N, Mumford JE, Knight M, Barthelemy CM, Abbafati C, et al. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020 Oct 17;396(10258):1250–84. doi:10.1016/S0140-6736(20)30750-9 PubMed PMID: 32861314.