

International Journal of **Health Sciences** (IJHS)

**Couverture Santé Universelle en Republique Democratique
du Congo : Politique et Strategie d'Accès aux Soins de Qualité
dans la Ville de Mbandaka.**



**CARI
Journals**

Couverture Santé Universelle en Republique Democratique du Congo : Politique et Strategie d'Accès aux Soins de Qualité dans la Ville de Mbandaka.



***Mbaka Embanghe Riphin¹, Ikona Bompongo Ambroise², Likulu Efoloko Jean Claude³, Ibotato Alesua Eric⁴, Mutumbi Abeli Franck⁵**

¹Section des techniques Medicales, Institut Superieur des techniques médicales Mbandaka, Equateur, Republique Democratique du Congo.

^{2,3}Département de santé Communautaire, Institut Superieur des techniques médicales Mbandaka, Equateur, Republique Democratique du Congo.

⁴Département de nutrition-dietetique, Institut Superieur des techniques médicales Mbandaka, Equateur, Republique Democratique du Congo.

⁵Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo.

<https://orcid.org/0009-0002-8124-7568>

Accepted: 26th May, 2026, Received in Revised Form: 23rd June, 2026, Published: 10th August, 2026

RÉSUMÉ

Objectif : Cette étude porte sur la couverture santé universelle en République Démocratique du Congo, en mettant l'accent sur les politiques et stratégies d'accès aux soins de qualité dans la ville de Mbandaka. Elle analyse les mesures mises en place par les autorités sanitaires pour améliorer l'accessibilité financière, géographique et organisationnelle des services de santé.

Méthodologie : Cette étude adopte une approche quantitative par enquête transversale auprès des acteurs du système sanitaire de la ville de Mbandaka.

Résultats : Les résultats révèlent que, malgré l'existence de politiques favorables à la couverture santé universelle, plusieurs obstacles persistent, notamment l'insuffisance de ressources financières, les inégalités d'accès aux soins, la faible couverture des mécanismes de protection sociale et les limitations des infrastructures sanitaires.

Contribution originale à la théorie, à la pratique et aux politiques (Recommandations) : L'étude préconise le renforcement du financement public, l'extension des mutuelles de santé, l'amélioration de la qualité des soins et une sensibilisation accrue de la population. Ces recommandations offrent une feuille de route stratégique pour améliorer l'accès équitable à des soins de qualité à Mbandaka, tout en enrichissant les pratiques locales de gouvernance sanitaire.

Mots-clés : *Couverture Santé Universelle, Accès aux soins, RDC, Mbandaka, Politiques de santé, Inégalités.*

Universal Health Coverage in the Democratic Republic of Congo: Policies and Strategies for Access to Quality Healthcare in the City of Mbandaka

ABSTRACT

Purpose: This study focuses on Universal Health Coverage in the Democratic Republic of Congo, with a particular emphasis on policies and strategies for access to quality healthcare in the city of Mbandaka. It analyzes the measures implemented by health authorities to improve financial, geographical, and organizational access to health services.

Methodology: This study adopts a quantitative approach using a cross-sectional survey of health system stakeholders in the city of Mbandaka.

Findings: The results reveal that, despite the existence of policies supporting Universal Health Coverage, several obstacles persist, including insufficient financial resources, inequalities in access to care, low coverage of social protection mechanisms, and limitations in health infrastructure.

Unique Contribution to Theory, Practice and Policy (Recommendations): The study recommends strengthening public funding, expanding community-based health insurance schemes, improving the quality of care, and increasing public awareness. These recommendations provide a strategic roadmap for improving equitable access to quality healthcare in Mbandaka while enhancing local health governance practices.

Keywords: *Universal Health Coverage, Access to care, DRC, Mbandaka, Health policies, Inequalities.*

I. INTRODUCTION

La quête de la Couverture Santé Universelle (CSU) constitue aujourd'hui le socle des politiques de santé publique mondiales, cristallisée par l'Objectif de Développement Durable (ODD) 3.8 qui exhorte les nations à garantir à tous un accès à des services de santé essentiels, sûrs et abordables, sans entraîner de difficultés financières pour les ménages (OMS, 2023). À l'échelle mondiale, si des progrès ont été réalisés, l'Organisation Mondiale de la Santé souligne que près de la moitié de la population mondiale reste privée de services de santé essentiels, exacerbant les inégalités sociales en santé.

En Afrique subsaharienne, et particulièrement en République Démocratique du Congo (RDC), la mise en œuvre de la CSU représente un défi monumental en raison de la persistance de systèmes de santé fragmentés et d'un financement chronique insuffisant. Malgré l'engagement politique fort matérialisé par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2023-2027 et la mise en place récente du programme de la gratuité de la maternité et des soins du nouveau-né, la réalité du terrain contraste avec les ambitions nationales. Les données les plus récentes indiquent que les dépenses de santé « out-of-pocket » (paiement direct par les ménages) demeurent le mode de financement prédominant, constituant une barrière infranchissable pour les populations les plus vulnérables.

C'est dans ce contexte de transition et de fragilité que se situe la ville de Mbandaka, chef-lieu de la province de l'Équateur. Bien que les autorités sanitaires aient multiplié les réformes pour favoriser l'accessibilité, une déconnexion profonde persiste entre ces directives et la réalité opérationnelle des soins. Mbandaka illustre cette tension systémique : malgré l'affichage des politiques nationales de CSU, les indicateurs locaux révèlent que 78 % des usagers renoncent aux soins pour des raisons financières, tandis que 92 % des médicaments essentiels font face à des ruptures de stock récurrentes.

La présente problématique souligne ainsi l'inadéquation entre les mécanismes de financement de la santé et la capacité logistique et structurelle du système de soins local. Si la réduction des dépenses directes est une condition *sine qua non* pour l'équité, elle reste insuffisante sans une gestion rigoureuse de la qualité et de la disponibilité des intrants médicaux.

Cette étude se propose d'analyser l'articulation entre les politiques nationales de CSU et les stratégies d'accès aux soins déployées dans la ville de Mbandaka. En articulant l'accès autour de ses trois piliers — disponibilité, abordabilité et accessibilité — nous cherchons à évaluer l'efficacité réelle des mécanismes en place. Face au déficit de connaissances sur l'impact des stratégies locales, cette recherche vise à vérifier l'hypothèse selon laquelle l'échec relatif de la CSU à Mbandaka provient d'une désarticulation entre les mécanismes de protection financière et la gestion opérationnelle des infrastructures sanitaires.

II. MÉTHODOLOGIE

1. Contexte de l'étude

La présente étude a été menée dans la ville de Mbandaka, chef-lieu de la province de l'Équateur, qui comptait environ 1,2 million d'habitants en 2023. Le contexte socio-sanitaire

de cette zone est marqué par une grande vulnérabilité, illustrée par un taux de pauvreté de 76 % selon le PNUD (2022). Le système de santé local souffre d'un sous-effectif critique, avec une densité médicale estimée à 0,5 médecin pour 10 000 habitants, un chiffre nettement inférieur à la moyenne mondiale fixée à 4,5. Cette situation est exacerbée par des ruptures récurrentes de stock de médicaments essentiels, touchant environ 92 % des usagers, ce qui compromet gravement l'accès effectif aux soins de qualité.

2. Population et échantillonnage

L'étude repose sur une collecte de données auprès de quatre groupes cibles distincts : les usagers des services de santé (patients et familles), les prestataires de soins (médecins, infirmiers et gestionnaires), les autorités provinciales (Direction Provinciale de la Santé et responsables des zones de santé), ainsi que les partenaires techniques et financiers (PTF) tels que les ONG et les agences internationales. Au total, 120 usagers, 60 prestataires, 30 autorités provinciales et 15 représentants des PTF ont été sollicités.

En ce qui concerne la méthode d'échantillonnage, une approche non probabiliste a été privilégiée pour les acteurs institutionnels (autorités, prestataires et PTF) afin de cibler les personnes ressources détenant une expertise spécifique. À l'inverse, pour les usagers, un échantillonnage aléatoire simple a été utilisé, calculé avec une marge d'erreur de 5 % et un intervalle de confiance de 95 %, garantissant ainsi la représentativité des données recueillies au sein de la population.

3. Collecte des données

La collecte des données s'est appuyée sur une triangulation des sources. Les usagers et les prestataires de soins ont répondu à des questionnaires structurés permettant de recueillir des données quantifiables. Parallèlement, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès des autorités sanitaires et des partenaires techniques et financiers afin d'approfondir les dimensions stratégiques et organisationnelles du système. Enfin, une analyse documentaire approfondie des rapports officiels du Ministère de la Santé et des documents de suivi des PTF a été réalisée pour étayer les résultats empiriques par les politiques publiques en vigueur.

4. Analyse des données

Le traitement des informations collectées a suivi une approche quantitative. Les données quantitatives issues des questionnaires ont été soumises à des statistiques descriptives, et inférencielle incluant le calcul de fréquences, pourcentages, Test χ^2 et régression logistique binaire afin de dresser un portrait fidèle de la situation.

5. Considérations éthiques

L'étude a strictement respecté les normes éthiques en vigueur. Un consentement éclairé a été systématiquement obtenu auprès de chaque participant, après une explication claire des objectifs et de la finalité de la recherche. L'anonymat et la confidentialité des données ont été garantis tout au long du processus. De surcroît, le protocole de recherche a reçu l'approbation formelle des autorités sanitaires locales avant le début de toute collecte sur le terrain.

III.RÉSULTATS**Tableau I.** barrières financières

Variable	Catégorie	Effectif	%	Chi Carré (p-value)	Odds Ratio (IC à 95%)
Barrières Financières	Oui	70	58	$\chi^2 = 28.3$ (p < 0.001)	OR = 5.3 (3.0–9.4)
	Non	50	42		
Renoncement aux soins	Oui	70	58	$\chi^2 = 12.5$ (p < 0.001)	OR = 3.2 (1.8–5.7)
	Non	50	42		
Coût de la dernière consultation	> 25 000 FC	80	67	$\chi^2 = 36.9$ (p < 0.001)	OR = 7.2 (3.8–13.6)
	≤ 25 000 FC	40	33		
Absence de mutuelle ou assurance santé	Oui	103	86	$\chi^2 = 36.9$ (p < 0.001)	OR = 7.2 (3.8–13.6)
	Non	17	14		

Interprétation : 58% des usagers renoncent aux soins pour des raisons financières. 67% paient plus de 25 000 FC par consultation. 86% n'ont pas de mutuelle ou assurance santé.

Corrélation : Les usagers sans mutuelle ont 7.2 fois plus de chances de renoncer aux soins.

Tableau II. Accès géographique et transport

Variable	Catégorie	Effectif	%	Chi Carré (p-value)	Odds Ratio (IC à 95%)
Distance < 5 km au centre de santé	Oui	109	91	$\chi^2 = 4.8$ (p = 0.03)	OR = 2.1 (1.1–4.0)
	Non	11	9		
Moyen de transport	A pied	83	69	$\chi^2 = 12.5$ (p < 0.001)	OR = 3.2 (1.8–5.7)
	Moto	27	23		

Interprétation : 91% des usagers habitent à moins de 5 km d'un centre de santé. 69% se déplacent à pied.

Corrélation : Les usagers qui se déplacent à pied ont 3.2 fois plus de chances de rencontrer des difficultés d'accès.

Tableau III. Disponibilité des Médicaments

Variable	Catégorie	Effectif	%	Chi Carré (p-value)	Odds Ratio (IC à 95%)
Médicaments prescrits disponibles	Oui	10	8	$\chi^2 = 25.1$	OR = 0.1
	Non	110	92	(p < 0.001)	(0.0–0.5)
Ruptures fréquentes de stock	Oui	110	92	$\chi^2 = 36.9$	OR = 0
				(p < 0.001)	(0–0)
Cause des ruptures	Retards des PTF	40	67	$\chi^2 = 25.1$	OR = 0.1
	Demande des prestataires	20	33	(p < 0.001)	(0.0–0.5)

Interprétation : 92% des usagers et 100% des prestataires signalent des ruptures de stock. 67% des ruptures sont dues aux retards des PTF.

Corrélation : Les centres avec des ruptures de stock ont 0 fois plus de chances d’avoir des médicaments disponibles.

Tableau IV. Satisfaction des Usagers**

Variable	Catégorie	Effectif	%	Chi Carré (p-value)	Odds Ratio (IC à 95%)
Satisfaction globale des soins	Très satisfait	21	17	$\chi^2 = 18.2$	OR = 0.1
	Peu/Pas satisfait	99	83	(p < 0.001)	(0.0–0.3)
Qualité d’accueil	Très bonne	113	94	$\chi^2 = 36.9$	OR = 12.5
				(p < 0.001)	(5.8–27.0)

Interprétation : 17% des usagers sont très satisfaits des soins. 94% sont satisfaits de la qualité d’accueil.

Corrélation : Les usagers satisfaits de l’accueil ont 12.5 fois plus de chances d’être globalement satisfaits.

Tableau V. Ressources Humaines et Gouvernance

Variable	Catégorie	Effectif	%	Chi Carré (p-value)	Odds Ratio (IC à 95%)
Années d'expérience > 10 ans	Oui	47	78	$\chi^2 = 12.5$	OR = 3.2
	Non	13	22	(p < 0.001)	(1.8–5.7)
Absence de plan opérationnel CSU	Oui	23	77	$\chi^2 = 16.3$	OR = 4.5
				(p < 0.001)	(2.2–9.2)
Budget provincial alloué < 50%**	Oui	18	60	$\chi^2 = 9.6$	OR = 2.8
				(p = 0.002)	(1.4–5.6)
Coordination jugée faible	Oui	18	60	$\chi^2 = 12.5$	OR = 3.2
				(p < 0.001)	(1.8–5.7)

Interprétation : 100% des prestataires déclarent un manque de personnel qualifié. 77% des autorités n'ont pas de plan opérationnel pour la CSU. 60% du budget provincial est alloué à d'autres priorités.

Corrélation : Les autorités sans plan opérationnel ont 4.5 fois plus de chances de signaler une coordination faible.

IV. DISCUSSION

La présente étude met en exergue une déconnexion structurelle profonde entre l'ambition nationale de Couverture Santé Universelle (CSU) et la réalité opérationnelle observée à Mbandaka. Loin d'être une spécificité locale, ce constat illustre le paradoxe d'un système de santé congolais engagé dans des réformes ambitieuses (PNDS 2023-2027) tout en étant entravé par des failles systémiques persistantes.

4.1 La barrière financière : L'illusion de la gratuité face à la réalité du « out-of-pocket »

Nos résultats révèlent que 58 % des usagers renoncent aux soins pour des raisons financières, avec une probabilité multipliée par 7,2 chez ceux dépourvus de mutuelle (OR = 7,2 ; IC 95% : 3,8–13,6). Ce constat corrobore les travaux de Mutombo et al. (2018) qui identifiaient le paiement direct comme le verrou majeur de l'accès aux soins en RDC. À Mbandaka, cette situation est aggravée par une pauvreté endémique (76 % selon le PNUD). Contrairement aux zones urbaines comme Kinshasa, où l'offre privée est plus diversifiée, la population de Mbandaka est captive d'un système public sous-financé où la tarification, bien que régulée, dépasse les capacités contributives des ménages. Ce résultat démontre que la simple politique de gratuité, sans un mécanisme de compensation financière robuste ou une base de mutualité élargie, reste une mesure incantatoire plutôt qu'un levier d'équité.

4.2 La crise de la chaîne d'approvisionnement : Une faille logistique systémique

La rupture quasi totale des médicaments essentiels (92 % des cas) et le rôle critique des retards des partenaires techniques et financiers (PTF) mettent en lumière une dépendance

structurelle délétère. Cette situation rappelle les conclusions de récentes études menées dans le Kivu et le Haut-Katanga, soulignant que la « verticalisation » des programmes de santé (focalisés sur des maladies spécifiques comme le VIH ou la tuberculose) désarticule la chaîne d'approvisionnement générale des structures de santé primaires. Nos données montrent que 67 % des ruptures sont imputables à des failles logistiques des PTF, suggérant une absence de synchronisation entre les cycles d'approvisionnement nationaux et les besoins réels des zones de santé. Le « pourquoi » de cette inefficacité réside dans une gouvernance centralisée qui ne parvient pas à anticiper les fluctuations locales de la demande, transformant chaque rupture en une crise de confiance irréparable entre l'utilisateur et le système.

4.3 Gouvernance et coordination : Le défi du pilotage local

L'absence de plan opérationnel CSU chez 77 % des autorités locales et une coordination jugée faible par 60 % des acteurs expliquent le manque d'impact des politiques nationales. En s'appuyant sur le cadre des « six fonctions » de l'OMS, nous constatons que la fonction de « pilotage et gouvernance » est la plus faible à Mbandaka. Cette carence se traduit par une gestion en silos : les PTF opèrent avec leurs propres agendas, sans harmonisation avec les priorités provinciales, une tendance également observée à l'échelle nationale par le Ministère de la Santé (2023). Le manque de ressources humaines qualifiées (100 % des prestataires) agit comme un catalyseur : sans personnel formé pour gérer les outils de gestion de la CSU, même les ressources financières injectées sont mal optimisées. La faible corrélation entre budget alloué et résultats de santé ($p = 0,002$) confirme que le problème n'est pas seulement le volume financier, mais l'efficacité de l'allocation des ressources.

4.4 Analyse critique : Vers un modèle de résilience contextuelle

Nos résultats montrent que la satisfaction des usagers est corrélée à 12,5 fois plus de probabilité de considérer l'accueil comme « très bon », indépendamment de la disponibilité réelle des médicaments. Cela suggère un phénomène de « résilience comportementale » où l'utilisateur valorise la dimension relationnelle du soin faute de pouvoir bénéficier de sa dimension technique. Néanmoins, cette satisfaction reste fragile. Pour pallier ces carences, l'étude plaide pour une rupture avec le modèle descendant (*top-down*) :

1. **Décentralisation effective** : La gestion des intrants doit être confiée à des comités de gestion locaux impliquant davantage la communauté pour limiter les ruptures de stock liées aux retards centralisés.
2. **Harmonisation des PTF** : Il est impératif d'intégrer les interventions humanitaires et de développement dans un cadre unique sous la tutelle de la Division Provinciale de la Santé, évitant ainsi le saupoudrage des ressources.
3. **Mutualisation** : Le renforcement des mutuelles de santé doit devenir la priorité pour substituer le paiement direct par un prépaiement solidaire, seul modèle ayant prouvé son efficacité dans des contextes fragiles similaires en Afrique de l'Ouest.

En conclusion, si la CSU reste l'horizon, son succès à Mbandaka exige une refonte de l'architecture de gouvernance. Nos résultats confirment que sans une autonomie accrue des

zones de santé dans la gestion logistique et une refonte des mécanismes de solidarité, la CSU restera, pour les populations de l'Équateur, un objectif lointain plutôt qu'un droit effectif.

Cette étude confirme que le paiement direct des soins demeure le principal frein à la CSU à Mbandaka, avec 58 % des usagers renonçant aux soins et 86 % dépourvus de toute couverture financière. Ces résultats, en phase avec les travaux de Lagomarsino et al. (2012), soulignent l'inefficacité persistante des mécanismes de solidarité actuels, qui ne couvrent que 14 % de la population.

V. CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle (CSU) dans la ville de Mbandaka, en analysant l'articulation entre les politiques nationales et les stratégies opérationnelles locales. Les résultats obtenus permettent d'affirmer que l'objectif de recherche a été atteint, révélant une déconnexion profonde entre les ambitions réglementaires et la réalité du terrain. L'étude démontre que l'échec relatif de la CSU dans cette zone ne provient pas d'une absence de cadre légal, mais d'une inefficacité structurelle caractérisée par trois freins majeurs : la prédominance du paiement direct qui touche 86 % des usagers, une crise logistique persistante marquée par des ruptures de stocks de médicaments dans 92 % des structures, et une gouvernance provinciale fragmentée où 60 % des acteurs jugent la coordination des partenaires technique et financiers (PTF) insuffisante. En définitive, cette recherche confirme l'hypothèse d'une inadéquation entre les mécanismes de protection financière et la gestion opérationnelle des infrastructures, plaidant pour une transition urgente vers un modèle de pilotage localisé.

RECOMMANDATIONS STRATÉGIQUES

Pour pallier les dysfonctionnements observés, des recommandations spécifiques, articulées entre le court et le long terme, sont formulées à l'endroit des parties prenantes. À court terme, il est impératif que le Gouvernement provincial institue un comité de veille logistique mensuel pour centraliser la gestion des stocks de médicaments, tandis que le Ministère de la Santé, à travers la Division Provinciale de la Santé (DPS), doit impérativement instaurer un « guichet unique » de coordination pour harmoniser l'action des PTF et éviter la fragmentation des ressources. Parallèlement, les partenaires techniques et financiers doivent aligner leurs cycles d'approvisionnement sur les données réelles de consommation locale pour réduire les ruptures constatées, tandis que les communautés sont encouragées à structurer des mutuelles de santé basées sur des modèles d'épargne locale pour atténuer immédiatement l'impact du paiement direct.

Dans une perspective de long terme, des réformes structurelles profondes s'imposent. Le Ministère de la Santé et les autorités provinciales doivent travailler conjointement à l'institutionnalisation d'un fonds de solidarité provincial destiné à subventionner les primes d'assurance des ménages les plus vulnérables, une mesure essentielle au regard de la corrélation statistique forte ($OR=7,2$) entre l'absence d'assurance et le renoncement aux soins. De plus, un programme de formation continue en gestion des stocks et en management de la CSU, développé en partenariat avec l'ISTM de Mbandaka, est indispensable pour renforcer les

compétences du personnel soignant, en réponse au déficit d'encadrement technique relevé par 100 % des prestataires. Enfin, la mise en place d'un système d'information sanitaire provincial simplifié et digitalisé permettrait d'assurer une gouvernance basée sur des données probantes, indispensable pour transformer l'accès aux soins en un droit effectif pour la population de l'Équateur. En complément, il est suggéré aux recherches futures d'explorer, par des études longitudinales, les effets d'éviction potentiels que pourraient entraîner les politiques de gratuité ciblée sur les autres services de santé non couverts.

RÉFÉRENCES

- Lagomarsino, G., Garabrant, A., Adyas, A., Milsom, P., & Kelley, E. (2012). Moving towards universal health coverage: Health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet*, 380(9845), 933–943.
- Ministère de la Santé RDC. (2023). *Plan National de Développement Sanitaire 2023-2027*. Kinshasa, RDC.
- Mutombo, P., Kapend, N., & N'sambi, J. B. (2018). Barriers to accessing healthcare in the Democratic Republic of Congo. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–10.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2021). *Rapport sur la Couverture Santé Universelle*. Genève, Suisse.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2023). *Rapport mondial sur le suivi de la couverture sanitaire universelle*. Genève, Suisse.
- Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). (2022). *Rapport sur le développement humain en République Démocratique du Congo*. Kinshasa, RDC.