



Analyse des modalités de financement des soins de santé en République démocratique du Congo :
une revue systématique

*Analysis of financing arrangements for health care in the Democratic Republic of Congo:
a systematic review*

Jeff Maotela Kabinda^{1,2}, Patrick Mulopo
Mitashi³, Faustin Mukalenge Chenge^{1,4}

Correspondance

jkabinda@ccsc-rdc.net ou kabindaalu@yahoo.fr

Summary

Context and objective. The universal health coverage (UHC) requires an urgent rethinking of the health financing system in low-income countries as DR Congo. This study aimed to provide an overview of the current methods of funding health care to help implement an adapted UHC policy. **Methods.** A systematic analysis of published papers on health care financing in the DRC, between 1980 and 2018 was conducted, according to PRISMA guidelines, using the Medline/PubMed and Google Scholar search. **Results.** Twenty-seven articles were selected out of 1,429 consulted, for the thematic analysis. Direct payment is the most common mode either in the form of a fee-for-service payment or a flat rate fee generally subsidized. Whatever its form, direct payment excludes a great amount of people, constituting a real barrier to care accessibility. People consider the prepayment as a pass or travel order giving access to cheaper health care. Adhesion to mutual health insurance remains low because of the precarity of the population and the marginal quality of health services provided. The care payment subsidy policy is available as a free healthcare form or as financial incentives including cash transfer and results-based financing. Whatever the form of subsidy, there is an improvement in the use of services. But this performance is not sustainable. **Conclusion.** Despite the current large use of direct payment, the prepayment could better improve the care accessibility. This needs to be evidenced in further larger studies.

Keywords: Health financing, prepayment, grant, direct payment, DRC

Article information

Received : December 17th, 2018

Accepted : February 2nd, 2019

1 Centre de Connaissances en Santé en République Démocratique du Congo (RDC) ; Kinshasa

2 Université Pédagogique Nationale Kinshasa,

3 Université de Kinshasa, RDC

4 Université de Lubumbashi, RDC

Résumé

Contexte et objectif. Dans l'optique de la couverture universelle de la santé (CUS), il est urgent de repenser le système de financement de la santé dans les pays à faibles revenus, y compris en RDC. La présente étude avait pour objectif de faire un état de lieux de différentes modalités de financement des soins de santé en vue d'une mise en œuvre d'une politique adaptée de la CUS. **Méthodes.** Analyse narrative et systématique des travaux publiés sur le financement des soins en RDC, entre 1980 et 2018, selon les directives PRISMA, en utilisant les moteurs de recherche Medline/Pubmed et Google Scholar. **Résultats.** Au total 27 articles ont été sélectionnés sur 1.429 et ont permis de faire une analyse thématique. Le paiement direct des soins est le mode le plus répandu, soit sous forme de paiement à l'acte, soit sous forme de paiement forfaitaire généralement subventionné en partie. Quelle que soit sa forme, le paiement direct exclut un grand nombre de personnes et constitue une barrière considérable à l'accès aux soins. Le prépaiement est considéré par la population comme un mandat de voyage donnant accès à des soins de santé moins chers. Mais, l'adhésion aux mutuelles de santé demeure faible à cause du très faible pouvoir d'achat et de la qualité des services de santé qui ne suit pas. La politique de subvention de paiement des soins existe sous la forme de gratuité de soins et d'incitations financières dont notamment le cash transfert et le financement basé sur les résultats. Quelle que soit la forme de subvention, il y a une amélioration de l'utilisation de services. Mais cette performance n'est pas pérenne. **Conclusion.** Le paiement direct demeure encore le plus répandu, mais le prépaiement semble être le mode qui favorise le mieux l'accès aux soins. Plus de données probantes sont encore nécessaires pour soutenir telle ou telle autre approche.

Mots clés : Financement de santé, prépaiement, subvention, paiement direct, RD Congo

Historique de l'article

Reçu le 17 décembre 2018

Accepté le 2 février 2019

Introduction

L'atteinte de la couverture sanitaire universelle (CSU) passe notamment par le développement des mécanismes de financement de soins de santé équitables et efficaces (1). Diane *et al.* (2) déterminent 3 grands groupes de sources de financement : le gouvernement, les assurances maladies (volontaires ou obligatoires) et le paiement direct par les ménages. La collecte de fonds se fait à travers les taxes, les cotisations, le paiement direct de soins, les dons, etc. (1). Les évidences montrent que les modalités de financement qui suppriment les barrières à l'accès aux soins de base de qualité pour l'ensemble de la population mutualisent mieux le risque maladie que celles qui reposent sur un paiement direct (1). La mise en commun des ressources, à travers un système de santé robuste, permet non seulement une meilleure répartition des risques mais aussi la réduction des dépenses catastrophiques et parfois une subvention à l'accès aux soins des plus vulnérables (1,3). La République Démocratique du Congo (RDC) est le plus grand pays d'Afrique subsaharienne et s'étend sur 2,345 millions de Km² avec une population de près de 80 millions d'habitants, dont moins de 40% vivent en milieu urbain. Sur le plan économique, le tableau de la RDC n'est guère attrayant. Après une forte accélération à près de 9% entre 2013 et 2014, le taux de croissance du Produit Intérieur Brut a ralenti à 6,9% en 2015 puis à 2,4% en 2016, son plus bas niveau depuis 2001. La situation des finances publiques s'est également dégradée en 2016, avec un déficit budgétaire en hausse à -1,6% du PIB contre -0,2% en 2015. Pour y faire face, le gouvernement de la RDC a dû drastiquement réduire les dépenses publiques. Sur le plan social, malgré un recul substantiel du taux de pauvreté de 71% à 64% entre 2005 et 2012, la RDC compte encore parmi les pays les plus pauvres du monde et se situe au 176^e rang (sur 187 pays) du dernier indice de développement humain calculé par l'ONU (4).

La mise en place adéquate d'une stratégie de financement doit être adaptée au contexte de chaque pays et à son système de santé. Actuellement, pour y arriver, le recours aux données probantes, produites par les travaux locaux et/ou internationaux, semble être inéluctable (5).

En Afrique et ailleurs, les données de littérature scientifique sur les assurances maladies (6), les mutuelles de santé (7), le paiement direct (8) ou l'exemption du paiement (9) peuvent guider le choix des décideurs politiques. Les synthèses des évidences à travers les notes de politiques et/des revues de littérature rapides représentent des documents essentiels pouvant être utilisés comme référence dans la prise de décisions des politiques de santé. En dépit des nombreuses expériences réalisées en RDC très peu de synthèses d'évidences sur les modalités de financement de santé ont été réalisées. Cependant, la nécessité d'adapter les politiques de santé sur base des évidences scientifiques est de plus en plus invoquée à travers les agences de coopération internationale. Par ailleurs, pour la mise en œuvre de son Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2016-2020, le gouvernement de la RDC s'est engagé à réaliser quelques réformes visant, à terme, à améliorer l'accès aux soins de santé de qualité de l'ensemble de la population (10). C'est dans ce cadre que la loi sur la CSU et la stratégie de financement de la santé ont été élaborées. Il est donc nécessaire, afin de mieux guider leur choix, de pourvoir aux décideurs politiques des synthèses des données probantes sur les modalités de financement (1,5). Dans cette perspective, une revue systématique apparaît en termes de durée de travail et de qualité d'information, un outil nécessaire. Cette revue a pour objectif d'inventorier les différentes modalités de financement existantes en RDC, et à les comparer quant à leur potentialité : à contribuer à l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services de santé, à promouvoir la solidarité ainsi que l'équité et à influencer l'organisation du système de santé.

Méthodes

Clarification des concepts

Paiement direct

Le paiement direct appelé en anglais out-of-pocket payment, est un paiement qui se fait directement par un patient à un prestataire de santé lors d'utilisation de services de santé (1,3).

Parmi les différentes modalités de mise en œuvre du recouvrement des coûts, il faut distinguer trois modes de paiement pour les soins par les utilisateurs : au moment de l'utilisation de service de santé, à savoir :

- le paiement à l'acte des différentes prestations, est appliqué dans les hopitaux privés et dans certains hopitaux généraux. Dans ce type de paiement direct, le patient paie pour la consultation au moment et au point de l'utilisation des services, mais aussi pour les différents actes (soins, examens de laboratoire, radiographie etc.) qui lui sont prescrits ainsi que pour les médicaments (2,11) ;
- le paiement forfaitaire par épisode de maladie et avant l'utilisation de service de santé; le principe repose que un prix unique pour chaque consultation ou hospitalisation, comprenant à la fois le prix de l'acte effectué par le personnel de soins et le prix des médicaments délivrés (3) ;
- le prépaiement d'une cotisation périodique via des contributions à des systèmes assurantiels mutualistes (3). Il s'agit d'une combinaison entre le paiement direct et une subvention sous certaines conditions. Le paiement se fait sous modes d'un tarif forfaitaire au niveau d'un hôpital (ticket modérateur) et la différence entre ce que le patient paie et le tarif forfaitaire est payé par un partenaire financier (tiers payant) (12-13).

Prépaiement

Les paiements sont réalisés par des individus via l'impôt ou la cotisation au régime d'assurance maladie avant qu'ils n'utilisent les services de santé : les cotisations prépayées sont mises en commun (2).

Subvention

Il s'agit d'un paiement direct aux prestataires ou par un remboursement aux soins fournis gratuitement (1-2).

Tiers payant

C'est l'organisme assureur, dans le cas de mutuelles de santé/assurance ou le partenaire financier en cas de tarification forfaitaire subventionné qui paie le prestataire directement, pour les soins consommés avec ou sans ticket modérateur (13-14).

Ticket modérateur et copayement

Dans ce cas, le paiement direct se fait partiellement par une assurance maladie pour les services de santé utilisés : son objectif est de faire prendre en charge une partie des coûts par les membres de l'assurance afin d'éviter l'utilisation excessive des services de santé (2).

Stratégie de recherche

Pour produire une synthèse de connaissances sur les modalités de financement de soins de santé, deux chercheurs ont colligé, synthétisé, expliqué et interprété toutes les preuves disponibles sur les modalités de financement de soins de santé en RDC.

La recherche documentaire s'est déroulée, premièrement en utilisant deux bases de données Medline et Google Scholar par la combinaison des mots les suivants : République Démocratique du Congo ou Zaïre, financement; gouvernement; services de santé; programmes de santé nationaux; l'accessibilité aux services de santé; livraison des soins de santé, politique de santé; assurances maladies, mutuelles de santé; réforme des soins de santé; frais d'utilisation, recouvrement des coûtsh, exemption ou abolition

de frais, équité en matière de santé; frais de service; frais fixes ou tarification forfaitaire ; frais fixes par épisode ou tarification à l'acte. Secondairement, la liste des références des articles trouvés était consultée pour repérer d'autres articles portant sur le sujet.

Les critères d'inclusion des articles dans la synthèse étaient les suivants :

- être publiés dans une revue avec comité de lecture, garantie de qualité de données;
- être publiés entre janvier 1980 et avril 2018 ;
- être publiés en Anglais ou en Français ;
- traiter des trois modalités de financement de soins de santé en RDC ;
- traiter des interventions de santé publique ou le système de santé ;
- traiter des données empiriques ou de synthèses sur les modalités de financement.

Les critères de non inclusion des articles étaient :

- traiter de financement d'une maladie ou d'un phénomène de santé spécifiques (e.g. VIH, tuberculose, césarienne, planification familiale) ;
- présenter des travaux théoriques, descriptifs ou méthodologiques.

Nous avons rapporté les différents effets des modalités de paiement sur l'accessibilité aux soins, à l'utilisation de services, la promotion de la solidarité, la promotion de l'équité et les effets sur le système de santé (renforcement de la coordination, système de référence et contre-référence, rationalisation des ressources, qualité de soins).

Le rapportage des effets de modalités de financement par les études est représenté dans les tableaux en termes de :

- un signe (-), signifie un effet moins efficace,
- le signe (+) : efficacité moyenne,
- (++) : efficacité bonne et
- (+++) : efficacité très bonne.

Résultats

Au total (figure 1), 1.429 titres ont été trouvés après la recherche. Après analyse, 35 résumés ont été considérés pour inclusion. Une évaluation des résumés a permis d'exclure 9 articles, l'analyse de full text a exclu une synthèse reprenant les données empiriques déjà sélectionnées. En définitive, 25 articles ont été retenus dans cette analyse. A ce nombre, deux documents de la littérature grise (15-16) ont été ajoutés, le premier document traite du cash transfer et le deuxième évalue le fonctionnement des mutuelles de santé en RDC.

Description des études sélectionnées sur les modalités de financement

La plupart des manuscrits inclus sont des études de cas (11,13, 17-31) décrivant les expériences de modalités de financement de soins dans une zone de santé. Néanmoins, il y avait également une étude longitudinale (32), trois études transversales (33-35), deux études quasi-expérimentales (12,36) et deux études qualitatives (21,37). A cela, il faut ajouter un avis d'experts (38) et deux analyses multicentriques liées ou non au compte national de santé en RDC (39-40). Ces études renseignent qu'en RDC, il y a quatre sources principales de financement de soins de santé (le gouvernement, la société civile, les ménages et l'aide extérieure) (28). Ces sources de financement de soins sont exprimées sous plusieurs modalités dont la subvention, le paiement direct et le prépaiement.

Quelles sont les sources de fonds de soins de santé en RDC ?

Comme le montre la figure 2, les comptes nationaux de santé en 2013 montrent que les ménages sont la plus grande source de financement de soins en RDC avec 39% (28) alors que l'État congolais contribue à hauteur de 31%.

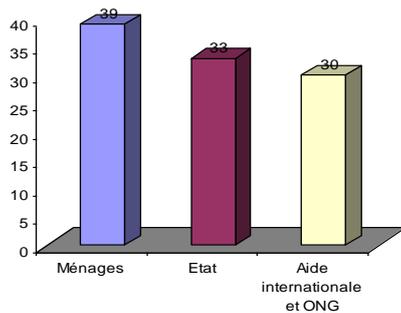


Figure 2. Sources de financement de soins de santé en République Démocratique du Congo

Que sait-on du paiement direct

Avant que l'initiative de Bamako soit adoptée en 1987, la RDC avait des riches expériences sur l'approche de recouvrement des coûts : dans la zone de santé de Nioki (32) et dans la ZS d'Idjwi en 1985 (18) où le recouvrement de coûts se résumait en la vente des médicaments. Une autre expérience a eu lieu en 1982 à Kasongo quand l'on installait l'approche « district » et « soins de santé primaires », le recouvrement de coûts était mis en place pour surmonter aux difficultés de financement des services de santé et en particulier celle de subvenir aux frais de fonctionnement suite au désengagement de l'état (3, 19, 24). En effet, le recouvrement de coûts ou paiement direct consistait au paiement des frais de consultations et à la vente des médicaments essentiels dans les pharmacies des centres de santé. Au moins sept études évoquent cette pratique sous différentes formes (tableau 2). La tarification à l'acte a été étudiée par Haddad *et al.* (32) qui montrent que les montants perçus permettent de payer une partie du salaire des infirmières: 35% des frais de consultation et 10% des sommes générées par la vente de médicaments vont directement aux infirmières (1).

La tarification forfaitaire subventionnée

Pour ce mode de paiement direct subsidié, il y a deux études, celle de Stasse *et al.* à Kisantu (13) et Maini *et al.* dans 20 zones de santé (12). Stasse *et al.* montrent qu'à travers une rationalisation des ressources et une réglementation du financement des services de

santé couplée à une subvention, on peut améliorer la qualité des soins. La tarification forfaitaire, est le mode le plus fréquemment retrouvé dans la majorité de centres de santé et hôpitaux généraux de référence. Mais pour les hôpitaux, ce mode laisse un gap dans les revenus. C'est pour cette raison, comme pour l'expérience de Kasongo que les ménages devraient contribuer pour les soins au niveau du centre de santé tandis qu'un mécanisme de subvention était effectué pour les soins au niveau des hôpitaux de référence (19).

L'expérience de Kisantu fait état d'une amélioration de la transparence dans le système des paiements, d'une amélioration de la disponibilité des médicaments, d'une meilleure prévisibilité des coûts pour le patient, et d'une amélioration de l'accès financier aux services de santé (tableau 1). Les résultats indiquent par ailleurs une utilisation plus rationnelle des ressources (90% de médicaments essentiels prescrits selon les directives), avec un meilleur filtrage au premier échelon des services de santé (taux de référence a évolué de 21,7% en 2008 à 53,3% en 2011) et un recours plus efficace aux services offerts par l'hôpital (13). Malgré l'amélioration des finances des hôpitaux à travers les subventions accordées, il existe un manque à gagner car environ 10% des patients ne pouvaient pas payer leurs factures de soins de santé. Cependant, il a été mentionné la vente des billets de référence aux patients par certains centres de santé situés à proximité de l'hôpital général de référence. Ce qui s'est révélé comme une fraude au système mis en place.

Paiement direct et l'utilisation de service

Toutes les études concluent que le recouvrement de coûts dissuade la population de se rendre aux centres de santé pour y être soignée. Ce système de paiement exclut les pauvres des soins de santé (tableau 2) (11,18-19, 23, 31-33,40). Haddad *et al.* (32), à Nioki, ont montré que l'utilisation des services de santé diminuait de près de 40% sur 5 ans (1987-1991) et que 18 à 32% de cette baisse s'expliquait par le coût de soins malgré

l'amélioration de la disponibilité des médicaments, des compétences du personnel et de meilleurs équipements médicaux. Ponsar *et al.* (31) ont constaté qu'en dépit d'un rabattement de recouvrement de coûts, et du nombre croissant de personnes demandant un traitement médical mais cela ne conduit pas nécessairement à une utilisation appropriée ou utile des services de santé. Ce constat était fait à Idjwi par la réduction de prix de médicaments qui n'a pas malheureusement entraîné une augmentation de l'utilisation de service (18).

Paiement direct et la qualité de soins

Une étude a conclu que la vente de médicaments permettait d'avoir des revenus pour leur recyclage régulier, l'amélioration de la qualité technique des services, le paiement régulier du personnel, la rénovation des infrastructures ou l'attribution de microscopes (32), gage d'une bonne qualité de soins. Par contre Ponsar *et al.*, a trouvé que le recouvrement de coûts peut avoir un impact négatif sur la qualité des soins fournis (31). L'étude qualitative sur la perception de la communauté vis-à-vis des soins, informe que les participants au focus groupe considéraient que la qualité des soins de santé était directement proportionnelle au paiement direct de soins. Ils estiment qu'ils ne sont pas en mesure d'accéder à ce qu'ils considèrent comme des soins de santé de qualité car il est perçu comme trop coûteux (37).

Paiement direct et l'équité

Toutes les études sont unanimes que le paiement direct renforce l'exclusion des pauvres (11, 23, 31-33,40). Toutes choses étant égales par ailleurs, le principe du paiement par les usagers est contraire à l'équité, surtout que l'on observe que ce paiement est instauré en général pour les populations les plus pauvres dans les zones reculées (rurales) et que, simultanément, les populations moins pauvres (par exemple les fonctionnaires ou les militaires) continuent à bénéficier de la gratuité totale ou partielle des soins (24).

Dépenses des soins de santé des ménages

En RDC, seuls 2,4% de la population active jouissent d'une couverture de sécurité sociale, par ailleurs, partielle et 82% de la population déclarent ne pas être à mesure de prendre en charge leurs soins de santé (26). Les ménages adoptent certaines attitudes face aux maladies : emprunter de l'argent à un tiers pour faire face au paiement direct de soins, soit réduire le nombre de visites au centre de santé ou hôpital (juste la consultation en urgences), sinon pratiquer l'automédication, consulter la médecine traditionnelle ou recourir à la prière.

Que sait-on du mode de prépaiement

Sur ce mode, il existe une gamme d'instruments de financement de la santé, ayant les caractéristiques communes : la participation active de la collectivité à la collecte des recettes, à la mise en commun, à l'affectation des ressources et, souvent, à la prestation des services (41). C'est le cas de la micro-assurance, les mutuelles de santé et l'assurance santé rurale. En RDC, le système mutualiste a vu le jour vers les années 50 (30) puis d'autres expériences se sont succédées, c'est le cas de Bwamanda depuis 1984 (20-22, 25, 29), de la tentative faite en 1986 dans l'aire de santé de Kongolo dans la zone de santé de Kasongo qui s'est soldée par un échec (24). Actuellement, les mutuelles de santé sont éparpillées ; dans plusieurs provinces comme la ville de Kinshasa, l'ancienne province de Bas-Congo, Nord-Kivu, Sud-Kivu, les anciennes provinces de Bandundu et Katanga (30). Il existe, des mutuelles communautaires et les mutuelles corporatives (mutuelles des enseignants, mutuelles des infirmiers).

Organisation de la collecte de fonds et mise en commun

Dans le format actuel, les mutuelles de santé sont des organisations non lucratives autonomes, administrées librement par leurs membres dans le respect des principes de démocratie et de liberté. Leurs organes de gouvernance sont une assemblée générale des membres dotée du

pouvoir décisionnel, un conseil d'administration qui traduit les décisions en politique de gestion et en supervise l'exécution, et un comité de contrôle dont le rôle consiste à certifier les comptes de la mutuelle. Elles déterminent leurs paquets (plateau technique des services de soins) de bénéfiques, les primes et la périodicité des cotisations. Elles établissent des conventions de soins et services de santé avec les prestataires et les remboursent selon les termes du contrat (30). Mais les expériences de Bwamanda, de Masisi renseignent que le modèle mis en place était une cogestion par les prestataires et/ou les équipes cadres de zones de santé d'une part, et les représentants des bénéficiaires d'autre part (17, 20-22, 25, 29-30).

L'unité d'adhésion est soit le ménage de 2 à 10 membres ou individuel. La cotisation (paiement en espèces) a varié de 0,3\$ (Bwamanda), 1\$ à Masisi, aujourd'hui elle se situe entre 6 à 60 dollars américains/ par an selon la base d'adhésion (ménage ou individuel). A Bwamanda, la période d'adhésion coïncidait avec l'achat des cultures de café et de soja (mois de mars et avril) ;

Il est à noter que quelle que soit la base d'adhésion, la cotisation était payée d'une manière identique pour tous, indépendamment de l'âge, du sexe, du domicile, et de l'état de santé. L'adhésion est volontaire pour toutes les mutuelles sauf au Kivu par proximité du Rwanda voisin, où il est obligatoire d'adhérer à une mutuelle de santé, certaines églises commencent à rendre l'adhésion obligatoire à leurs employés et aux enseignants de leurs écoles (16, 30).

La sensibilisation pour les mutuelles est intensive et variée, mais l'adhésion progresse très lentement. Cette faiblesse d'adhésion est causée par un très faible pouvoir d'achat de la grande majorité des RD Congolais, et les multiples besoins auxquels ils font face (30) et la mauvaise qualité des services de santé (11, 39). Manzambi *et al.* (11) dans une étude à Kinshasa, concluent que le taux d'adhésion était de 6,3% en 2015 alors que Mutabunga *et al.* constatent que le taux de pénétration a varié pendant 17 ans

d'existence, des mutuelles de certaines provinces entre 3 et 7% (30). Selon une enquête auprès des ménages, 13% de ménages n'adhèrent pas par la faible capacité de payer les cotisations et 14% manquent de confiance aux gestionnaires (30).

Toutes les mutuelles ont fait le choix de couvrir les dépenses pour les soins par les cotisations des membres. Certaines mutuelles ont prévu que les cotisations couvrent aussi, une partie du fonctionnement de la mutuelle et projettent dans leur budget; 75% des cotisations pour le remboursement des soins et pour les 25% restants, une distribution entre fonctionnement et réserves (16).

Organisation des prestations de service

La plupart des mutuelles font bénéficier leurs membres un paquet de soins ambulatoires, soins hospitaliers (l'hospitalisation ne dépassant pas entre 10 et 14 jours selon les mutuelles) et examens généraux. D'autres offrent en plus les médicaments, les soins spécialisés et quelques examens spéciaux moyennant un copayement des adhérents entre 10 à 50% des coûts (16).

Comme dit plus haut, dans les conventions entre les mutuelles et les prestataires, les conditions de paiement sont négociées. La majorité des mutuelles utilisent le système classique de tiers payant dans lequel l'assureur paie le prestataire directement pour les soins consommés par ses membres, avec ou sans ticket modérateur (il varie entre 10 à 50% selon les mutuelles et le type de soins) et/ou plafond. Des prix forfaitaires par type de soins sont fixés dans les conventions avec chaque prestataire (16-18, 20-22, 30). Ceci signifie que les adhérents non seulement effectuent le copayement mais aussi payent la différence entre le forfait plafonné et le prix réel.

Perception des communautés face au prépaiement (mutuelles de santé)

Une enquête qualitative réalisée en 1998 (21), sur la perception de la communauté face au prépaiement ou l'assurance révèle que le prépaiement ou l'assurance est perçue comme une passe ou un mandat de voyage donnant

accès à des soins de santé moins chers. Mais les critiques étaient adressées sur des arrangements de souscription et du paiement de cotisation au taux forfaitaire en ces termes : *pourquoi devrait-on payer la même somme de cotisation, lorsqu'il existe des frais différents pour les adultes et les enfants au centre de santé et à l'hôpital*. La couverture des risques uniquement au deuxième niveau de soins (l'hôpital) et non au niveau primaire (le centre de santé) est perçue comme arbitraire, en fait comme une injustice, le copayement lors de l'hospitalisation peut entraîner un découragement, souvent les malades paient plus que la mutuelle et commencent à douter de l'utilité de l'adhésion. Une autre étude évoque un mécontentement de la population résultant des augmentations successives ; dues plus au moins à l'inflation, des tarifs hospitaliers. Les acteurs impliqués justifient ces augmentations par la nécessité de pallier aux besoins de ressources financières stables pour réduire un déficit d'exploitation et garantir son fonctionnement (25).

Défis des mutuelles de santé

Il ressort dans plusieurs études que le mode de financement basé sur les mutuelles quoique prometteur, présente des défis énormes liés notamment à la mise en œuvre, la faible capacité managériale, l'absence de mécanisme de contrôle du risque moral, la faible adhésion et la faible mobilisation des ressources financières (16, 30, 39). Parmi les éléments de la faible capacité managériale: l'absence d'outils de gestion, l'insuffisance de campagnes de sensibilisation et d'information, faible recouvrement de cotisation et la faiblesse de négociation de convention avec les prestataires de soins (30, 39). La faiblesse des mécanismes de contrôle, entraînant les pratiques frauduleuses (16). La faible adhésion des populations limite la trésorerie et met à mal le fonctionnement du système et sa viabilité financière (1, 16, 30, 39).

Prépaiement et l'utilisation de soins

Le plus grand effet positif du système de prépaiement est bien entendu l'accès et l'utilisation des services de santé (tableau 3). Notermann *et al.* montrent qu'en 13 mois d'application du système de prépaiement dans un hôpital, un taux annuel d'admission hospitalière est passé de 46‰ à 157‰ pour les adhérents (17). Une étude réalisée dans les mêmes milieux montre que le taux d'admission pour les assurés est presque 3 fois supérieur à celui des non-assurés et que dans toutes les zones de santé où il existe le prépaiement, l'utilisation est plus élevée pour les assurés que pour les non-assurés (22). Mais une analyse approfondie montre que l'utilisation était plus élevée chez les assurés qui vivaient les milieux immédiats de l'aire du centre de santé et dans un rayon d'environ 35 km de l'hôpital. Plus récent, Manzambi *et al.* (11) soulignent qu'il existe un lien significatif entre le paiement régulier des cotisations à la caisse d'assurance maladie et l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé. Ceux qui paient régulièrement leurs cotisations à la caisse d'assurance-maladie recourent vingt-cinq fois plus à une structure de santé que les autres (11).

Prépaiement et équité

Le prépaiement constitue un bon programme de partage des risques (tableau 3), et est intéressant en raison de leurs effets redistributifs potentiels : les risques de la maladie sont partagés entre les malades et les biens portants (17,25). Toutefois, les plus pauvres sont exclus car la plupart déclarent ne pas pouvoir payer la cotisation au régime d'assurance (16-18, 20-22, 30).

Prépaiement et qualité de soins

Les prestataires qui reçoivent un grand nombre de mutualistes trouvent que les paiements réguliers et fiables aident à maintenir une certaine qualité des soins (16, 22). Waelkens *et al.* (16), ont constaté que les acteurs de mutuelles de santé sont conscients que les mutuelles devraient prendre, les mesures afin de promouvoir la rationalisation des soins de santé,

c'est-à-dire limiter les dépenses pour les soins tout en sauvegardant ou améliorant leur qualité. Les mesures fars qui pourront contribuer à l'atteinte de la qualité de soins étaient d'inclure dans les conventions l'exigence d'utilisation de médicaments génériques, de l'utilisation de guides thérapeutiques et le respect des règles de référence. Cette thèse était déjà testée par Ndiaye *et al.* (39) qui ont conclu que la quasi-totalité des mutuelles de santé disposaient de contrats écrits qui prennent en compte des notions relatives à la qualité de soins. Malgré les conventions, il a été rapporté surtout dans les milieux urbains que la qualité des soins aux centres de santé publics n'était pas optimale (16).

Que sait-on de la subvention

Cette partie présente les expériences de l'approche de subvention de paiement de soins (la gratuité de soins) et des incitations financières. Ces dernières sont classées en deux catégories : celles qui visent à augmenter la demande de services (communauté), comme le « transfert monétaire conditionnel », et celles qui visent à augmenter l'offre de services (du côté des prestataires de soins), comme la « rémunération à l'acte médical conditionnel » ou le financement basé sur les résultats.

Gratuité de soins

Deux articles exposent sur la gratuité de soins (12, 33). La politique de la gratuité de soins a été et est appliquée pour la prise en charge des grandes maladies comme la TBC, la trypanosomiase, le VIH et dans certaines zones de santé; la globalité de soins ou certains services comme la césarienne, la prise en charge de la malnutrition, les moustiquaires imprégnées d'insecticide, la vaccination. Les patients ou la communauté ne dépensent aucun frais pour bénéficier de services. Ceci implique évidemment que quelqu'un d'autre paye pour couvrir les frais et dans la plupart des cas, ce sont les bailleurs des fonds qui payent. L'état congolais, s'il le fait, est souvent appuyé par un ou plusieurs bailleurs de fonds (33).

Une étude menée entre 2008 et 2012 (12) dans 20 zones de santé réparties dans les province Orientale, Maniema, Kasai Occidental (ancienne dénomination), Sud-Kivu montre qu'avec les fonds de britanniques, il a été permis de fournir gratuitement tous les services de soins de santé primaires (c'est-à-dire entièrement subventionnés) pour les groupes vulnérables, notamment : les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans, les survivants des violences sexuelles et les indigents. Pour les autres soins, un coût jugé abordable (tarif forfaitaire) était demandé aux patients.

Gratuité de soins et utilisation de services

Les auteurs de l'étude précitée (12) concluent qu'il est clair, que la suppression des frais d'utilisation ou la gratuité de soins peut entraîner une augmentation de l'utilisation des soins de santé à court terme, mais à long termes on peut même constater les effets inverses sur l'utilisation de soins (12,39): augmentation de la charge de travail, la réduction des recettes et une augmentation de la pratique de paiements informels effectués aux agents de santé (12).

Financement basé sur les performances (FBP) ou Performance-based financing

Les systèmes de financement basé sur les performances s'appuient sur la conclusion de contrats entre les bénéficiaires et le payeur. Ces financements nécessitent des accords avec les fournisseurs et les organismes de régulation afin d'assurer la qualité de soins, et avec les organisations non gouvernementales locales en vue de mesurer la satisfaction des patients et de mener des vérifications au niveau des ménages (36, 42). En somme, la subvention paie les performances des prestataires, mais pour avoir accès aux soins, la population utilise les autres modalités de financement vues plus haut (paiement direct, prépaiement ...) (36).

En RDC, c'est depuis 2000 que le Ministère de la santé publique avait inclus des contrats basés sur la performance dans sa politique de santé. Certains projets pilotes non publiés ont été

lancés avec le soutien financier de l'Union européenne, de la Banque mondiale et de la coopération technique allemande (36).

FBP, qualité de soins et utilisation de services de santé

Une étude a comparé les zones ayant bénéficié du FBP financé par Cordaid et d'autres zones contrôles (36). Les auteurs concluent que la qualité des soins était meilleure dans les établissements de santé participants au PBF que ceux de contrôle, ce qui entraînait par conséquent une utilisation fréquente et une augmentation de revenus pour les établissements de santé (tableau 4). Mais cette performance n'est pas garantie jusqu'à la fin du financement du PBF (42). Les auteurs ont rapporté, néanmoins que les dépenses catastrophiques en santé des ménages avaient augmenté et ils ont alors suggéré que les dépenses de santé directes (paiements directs) dans le contexte de la RDC devraient être équilibrées à environ 7 à 10% du revenu du ménage. Une proportion plus faible réduirait les revenus des établissements de santé à un niveau qui pourrait compromettre la qualité du service, la motivation du personnel et la stabilité financière (36).

Incitations financières pour la demande de soins de santé

Les incitations financières sont des stratégies largement utilisées pour atténuer la pauvreté, favoriser le développement et améliorer la santé. Les six types de programmes d'incitation financière sont : i) les transferts monétaires inconditionnels, ii) les transferts monétaires conditionnels, iii) le microcrédit, iv) le microcrédit conditionnel, (v) les régimes de bons ou voucher et (vi) le retrait des frais d'utilisation sur l'adoption et la couverture des interventions de santé ciblant les enfants de moins de cinq ans (43).

Le modèle basé sur le microcrédit et la microassurance a été étudié, dans la zone de santé de Bandalungwa à Kinshasa (26). Manzambi *et al.* mentionnent que ce modèle

permet aux ménages d'améliorer non seulement leur accès aux soins de santé mais aussi à la scolarisation des enfants, à l'approvisionnement en nourritures, au remboursement de dettes contractées auprès de tiers et au paiement de loyer (26-27).

Le modèle basé sur le Cash Transfer (transfert monétaire), ne s'applique pas seulement à la santé. La théorie sur laquelle se base l'approche considère que les familles touchées par les conflits en RDC font face à différents besoins selon les événements spécifiques auxquels elles ont été confrontées, l'emplacement géographique de leur refuge ou de leur région d'origine, l'utilisation de mécanismes de survie et les situations familiales individuelles. Une réponse financière flexible représente une alternative viable aux programmes d'aide humanitaire en nature. Ainsi les organisations humanitaires, ici l'expérience documentée de l'UNICEF, se basent sur l'hypothèse selon laquelle les familles qui reçoivent des coupons et une aide financière inconditionnelle pourront effectuer des achats, leur permettant ainsi de bénéficier d'un meilleur accès aux produits de première nécessité, aux services et autres moyens de subsistance, et à terme d'améliorer leur bien-être et leur résilience. En 2015, l'UNICEF, par ses partenaires locaux en Province orientale, Sud-Kivu et Nord Kivu, aidait une famille avec un montant entre 110 \$ et 135 \$ sous forme de transfert monétaire ou de coupons à valeur monétaire. Les résultats des enquêtes menées après le cash transfert montrent qu'environ la moitié des ménages consacrent 23% des dépenses à l'accès des soins de santé (consultations et transport, hospitalisation, tests en laboratoire, médicaments, etc.) (15).

Le tableau 5 retrace les réflexions réalisées lors de la mise en place du programme de prépaiement dans la zone de santé de Bwamanda. Il montre, en effet en fonction de l'équité et de l'accessibilité de la population aux services de santé, que le prépaiement est la modalité la mieux indiquée dans un système de santé précaire (29).

Discussion

Nous avons mené une étude exploratoire sur les différentes modalités de financement de soins de santé en RDC. Les études analysées ont concerné seulement celles publiées en français et anglais, y compris deux documents venant de la littérature grise pour leur pertinence. Les études étaient publiées dans une revue à comité de lecture, ceci pour garantir la qualité de données. L'étude est narrative et non une méta-analyse. En dépit de cette faiblesse, la présente étude a atteint son objectif car elle donne un aperçu de modalités de financement de soins durant près de 40 dernières années en RDC.

Sources de financement

Les dépenses de la santé en RDC sont minimes et la part de ménages représente la plus importante de toutes les sources de fonds pour le financement. C'est ainsi que le budget de l'État de la RDC a consacré 4,2% à la santé, soit 0,7% du PIB en 2013. Le budget du Ministère de la Santé Publique (MSP) représentait 4% du budget de l'Etat en moyenne entre 2007 et 2013 et une tendance plutôt à la baisse (10). Les dépenses consacrées aux soins de santé sont passées en 8,4 % du PIB mondial en 1996 à 9,9% en 2014 avec un pic de 10,4% en 2009 (44). Mais tous les pays ne connaissent pas la même progression. Les inégalités existent, c'est ainsi que la plupart des pays africains se retrouvent dans la marge de moins de 6,10%. Certains cas d'exceptions comme l'Afrique du Sud 8,8%, le Soudan 8,4% et la Namibie 8,9% en 2014 ont franchi la barre de 8% de PIB dans les dépenses consacrées à la santé. Selon les données du cadre macro-économique actuelles, la contribution de différentes sources au budget de la santé en RDC au cours de 5 prochaines années (2019-2022) sera respectivement de 38% pour les ménages, 37% pour le Gouvernement et 25% pour l'aide extérieure.

Paiement direct

Les frais d'utilisation ont entraîné une faible utilisation des établissements de santé publique, l'exclusion des soins de santé et l'exacerbation de l'appauvrissement, obligeant beaucoup à rechercher des soins alternatifs. Les obstacles financiers ont touché 30 à 60% des personnes nécessitant des soins de santé. Malheureusement, les systèmes d'exemption visant les personnes vulnérables se sont révélés inefficaces, ce qui ne représente que 1 à 5% des populations. Les autres systèmes de paiement, qui exigent des honoraires des utilisateurs (par exemple, des frais forfaitaires), n'ont pas amélioré de manière adéquate la couverture des besoins essentiels en matière de santé, en particulier pour les plus pauvres et les plus vulnérables (31, 45-48). Les frais d'utilisation ou le recouvrement de coûts ne constituent pas la seule barrière aux soins de santé. D'autres barrières existent notamment : le coût qui comprend les frais d'utilisation et les autres frais (frais informels, coût des médicaments, tests de laboratoire et de radiologie non fournis dans les établissements de santé publique) (47-49). Ces quatre barrières aux coûts constituent les types de dépenses directes que les patients se confrontent sans oublier les coûts de transport/voyage et les autres coûts non liés à la santé. Ensuite il existe des barrières qui ne sont pas liées aux coûts comme les obstacles de qualité notamment les ressources humaines insuffisantes et/ou de faible qualité, médicaments, équipements médicaux et autres pénuries d'intrants. Les obstacles à l'information comme le manque de sensibilisation aux prestations médicales des soins de santé formels, informations imparfaites sur les droits et les barrières culturelles (stigmatisation, incompatibilité des services avec les normes culturelles) n'améliorent pas l'accès aux soins de santé de qualité.

Prépaiement

Comme dans beaucoup de pays : Rwanda (50), Ghana (51), Burkina Faso (52), les mutuelles de santé font face à une pénétration extrêmement

faible (16, 30). Les études effectuées en Afrique (subsaharienne et magrébine) montrent non seulement une faible adhésion des mutuelles de santé et aussi une faiblesse de paquet de prestations de soins, qui reste souvent limité aux soins curatifs ambulatoires, ce qui rend la protection contre les dépenses de santé élevées (hospitalisation) relativement faible (39).

Une étude sur l'adhésion aux mutuelles de santé réalisée au Nigeria montre que moins de 40% des répondants étaient disposés à payer pour l'adhésion aux mutuelles de santé. Le statut économique et le lieu de résidence déterminent la volonté des personnes à payer pour l'adhésion. En effet, moins de 7% des personnes vivant dans les communautés étaient disposés à payer les contributions pour les mutuelles de santé (53). Au Burkina-Faso et en RD Congo, l'acceptation d'adhérer à une mutuelle était influencée par la capacité financière des ménages et des individus ainsi que par les paramètres socio-démographiques (30, 39, 54). Compte tenu des faibles primes que les personnes sont disposées à payer pour l'adhésion, les cotisations devraient être augmentées par d'autres moyens de financement et la prime devrait être ajustée en fonction du revenu avec des exonérations et des subventions pour les pauvres afin d'accroître leur participation au régime assurantiel (14, 16, 30, 39, 55).

Subvention

L'abolition des frais d'utilisation pour les grands groupes de population peut influencer positivement sur l'augmentation rapide de l'utilisation des services de santé et la couverture des besoins essentiels en soins de santé. Le défi pour les autorités sanitaires et les bailleurs des fonds est de travailler de manière créative pour éliminer les frais tout en abordant les conséquences financières d'un meilleur accès et en fournissant des soins de qualité (31, 39, 49). Cependant, l'abolition soudaine des frais d'utilisation peut avoir des effets perturbateurs sur le système de santé et peut ne pas être abordable ou durable dans des pays à ressources limitées, comme la

RDC (13). Les politiques d'exemption de paiement aux points de prestation de services peuvent conduire à des effets pervers sur le financement de la santé, si elles ne sont pas planifiées correctement (2,56).

Conclusion

La RDC a connu plusieurs expériences, sur les modalités de financements des soins de santé intégrant, le paiement direct à tarification forfaitaire subventionnée; pour les groupes vulnérables. Les travaux scientifiques réalisés dans le domaine ont pu épinglez les effets de chacune de modalités pouvant être utilisés par les décideurs politiques. Cette synthèse des travaux, montre qu'il demeure des lacunes à combler avec des nouvelles connaissances notamment sur la stratégie de financement pour la couverture sanitaire universelle du secteur informel. Cependant, l'état de connaissance en ce secteur semble être parcellaire et limité pour orienter les décisions. Il est donc nécessaire que les principales parties concernées puissent déployer plus d'efforts pour que les systèmes de prépaiement pour tous puissent devenir efficaces en RDC tout en résolvant, la question de la prise en charge des indigents (qui sont irréfutablement dans l'incapacité de participer à un tel système) mais qui doivent, pour des raisons de justice sociale et d'équité, être pris en compte.

Conflit d'intérêt :

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Financement : Cet article a été rédigé dans le cadre de la mise en place du Centre de Connaissances en Santé en République Démocratique du Congo (CCSC-asbl) une agence d'analyse d'évidence en santé résultat du Projet de Renforcement de Politiques de santé basées sur les évidences (RIPSEC) financé par l'Union Européenne. Cette source de financement n'a joué aucun rôle, dans la conception, le déroulement de ce travail, l'interprétation des résultats et les conclusions.

Contribution des auteurs

Conception, recherche documentaire, analyse de données et rédaction du manuscrit : Jeff Maotela Kabinda & Patrick Mulopo Mitashi. Supervision, interprétation, correction de l'article Faustin Mukalenge Chenge

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale et révisée de l'article

Références

1. Ridde V, Belaid L, Samb OM, Faye A: Health system revenue collection in Burkina Faso from 1980 to 2012. *Sante Publique* 2014, **26**: 715-725.
2. McIntyre D: Enseignements tirés de l'Expérience : le financement des soins de santé dans les pays à faibles et moyens revenus, Global Forum for Health research, Génève, 2007: 0-76, consulté le 6-11-2017.
3. Richard V. Funding for healthcare in sub-Saharan Africa-cost recovery. *Med Trop* 2004, **64**: 337-340.
4. Banque Mondiale. Banque Mondiale: La République Démocratique du Congo - Vue d'ensemble. Disponible sur <http://www.banque mondiale.org/fr/country/drc/overview>, consulté le 6-11-2017.
5. Orton L, Lloyd-Williams F, Taylor-Robinson D, O'Flaherty M, Capewell S: The use of research evidence in public health decision making processes: systematic review. *PLoS One* 2011, **6**: e21704.
6. Kutzin J: A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* 2001, **56**: 171-204.
7. De AM, Sauerborn R, Kouyate B, Flessa S: Community health insurance in sub-Saharan Africa: what operational difficulties hamper its successful development? *Trop Med Int Health* 2009 ; **14**: 586-596.
8. Lagarde M, Palmer N: The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, CD009094.
9. Ridde V, Morestin F: A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health Policy Plan* 2011 ; **26**: 1-11.
10. Ministère de la Santé Publique. Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle. Disponible sur http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/democratic_republic_of_congo/pnds_2016-2020_version_finale_29_avril_2016.pdf. consulté le 10-11-2017.
11. Manzambi KJ, Gosset C, Guillaume M, Balula Semutsari MP, Tshiana KE, Bruyere O *et al.*: Combining microcredit, microinsurance, and the provision of health care can improve access to quality care in urban areas of Africa: Results of an experiment in the Bandalungwa health zone in Kinshasa, the Congo. *Med Sante Trop* 2015 ; **25**: 381-385.
12. Maini R, Van den Bergh R, van GJ, Tayler-Smith K, Ousley J, Carter D *et al.*: Picking up the bill - improving health-care utilisation in the Democratic Republic of Congo through user fee subsidisation: a before and after study. *BMC Health Serv Res* 2014 ; **14**: 504.
13. Stasse S, Vita D, Kimfuta J, da Silveira VC, Bossyns P, Criel B: Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting upon complexity. *Glob Health Action* 2015 ; **8**: 25480.
14. Waelkens MP, Soors W, Criel B: Community Health Insurance in Low- and Middle-Income Countries., In: Quah, S.R. and Cockerham, W.C. (eds.) *The International Encyclopedia of Public Health*, 2nd edition edn. Oxford: Academic Press; 2017.
15. American Institutes for Research. Humanitarian Cash Transfers in the Democratic Republic of the Congo: Evidence from UNICEF's ARCC II Programme. Washington, DC: Author. 2017.
16. Waelkens M, Shomba S, Kwilu F, Mulinganya K, Criel B. Etude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Anvers, Belgique. 2016. Disponible sur https://www.solidaritemondiale.be/IMG/pdf/solidarite_mondial_protection_sociale_masmut_etude_rdcongo.pdf consulté le 10-11-2017
17. Noterman JP, Criel B, Kegels G, Isu K: A prepayment scheme for hospital care in the Masisi district in Zaire: a critical evaluation. *Soc Sci Med* 1995 ; **40**: 919-930.
18. Courtois X, Dumoulin J: Sale of drugs and health care utilization in a health care district in Zaire. *Health Policy Plan* 1995, **10**: 181-186.
19. Criel B, Van Balen EH: Paying for the Kasongo hospital in Zaire: a conceptual framework. *Health Policy Plan* 1993, **8**: 61-71.
20. Criel B, Kegels G: A health insurance scheme for hospital care in Bwamanda District, Zaire: lessons and questions after 10 years of functioning. *Trop Med Int Health* 1997 ; **2**: 654-672.

21. Criel B, Van DM, Lefevre P, Menase U, Van LW: Voluntary health insurance in Bwamanda, Democratic Republic of Congo. An exploration of its meanings to the community. *Trop Med Int Health* 1998 ; **3**: 640-653.
22. Criel B, Van der Stuyft P, Van LW: The Bwamanda hospital insurance scheme: effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns. *Soc Sci Med* 1999 ; **48**: 897-911.
23. Dijkzeul D, Lynch CA: NGO management and health care financing approaches in the Eastern Democratic Republic of the Congo. *Glob Public Health* 2006 ; **1**: 157-172.
24. Dumoulin J, Kaddar M: Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique subsaharienne : rationalité économique et autres questions subséquentes. *Sciences Sociales et Santé* 1993 ; **11**: 81-119.
25. Ilunga TB, Contandriopoulos AP, Fournier P. How was a prepayment plan for health care in Bwamanda (Zaire) established?. *Soc Sci Med* 1995 ; **40**: 1041-1052.
26. Manzambi Kuwekita J, Guillaume M, Balula Tshemutshari MP, Tshama Kabongo E, Mayamba Kilela J, Bruyère O *et al.*: Etude des conditions de vie et d'accessibilité aux soins de santé de qualité des populations en situation de précarité, dans la zone de santé de Bandalungwa à Kinshasa (Congo) grâce à la micro-assurance sante en 2008. *Journal d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2013; **12**: 47-61
27. Manzambi Kuwekita J, Gosset C, Guillaume M, Nsita Zava-Nsita B, Tshefu Pongo G, Eloko Eya Matangelo G *et al.*: Micro-crédit, Augmentation du pouvoir d'achat et Amélioration des conditions de vie des populations précaires en milieu urbain africain : Résultats d'une expérience menée dans la zone de santé de Bandalungwa à Kinshasa, Congo. *Psychologie et Société Nouvelle* 2013 ; **XII**: 3-14.
28. Manzambi Kuwekita J, Bruyère O, Guillaume M, Gosset C, Reginster JY: Comment optimiser l'efficacité de l'aide internationale, dans le domaine de la santé, en République Démocratique du Congo. *Santé Publique* 2015 ; **27**: 129-134.
29. Moens F: Design, implementation, and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries: a pre-paid health plan in the Bwamanda health zone, Zaire. *Soc Sci Med* 1990 ; **30**: 1319-1327.
30. Mutabunga bin Lubula F, Chengé F, Criel B, Mukalay A, Luboya O, Mundongo HT: Micro assurance santé comme levier financier à L'accès aux services de santé de qualité En RD Congo: Défis, Pistes des Solutions et Perspectives. *International Journal of Multidisciplinary and Current Research* 2017 ; **5**: 618-633.
31. Ponsar F, Tayler-Smith K, Philips M, Gerard S, Van HM, Reid T *et al.*: No cash, no care: how user fees endanger health-lessons learnt regarding financial barriers to healthcare services in Burundi, Sierra Leone, Democratic Republic of Congo, Chad, Haiti and Mali. *Int Health* 2011 ; **3**: 91-100.
32. Haddad S, Fournier P: Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaire. *Soc Sci Med* 1995 ; **40**: 743-753.
33. Gerstl S, Sauter J, Kasanda J, Kinzelbach A: Who can afford health care? Evaluating the socio-economic conditions and the ability to contribute to health care in a post-conflict area in DR Congo. *PLoS One* 2013 ; **8**: e77382.
34. Manzambi Kuwekita J, Eloko Eya Matangelo G, Bruyère O, Gosset C, Guillaume M, Reginster JY: Financement de la santé et recouvrement des coûts : le lourd fardeau des ménages congolais. Résultats des comptes nationaux de la santé. *Journal d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2015 ; **15**: 15-27.
35. Manzambi JK, Tellier V, Bertrand F, Albert A, Reginster JY, Van Balen EH: [The behavioral determinants for health centers in health districts of urban Africa: results of a survey of households in Kinshasa, Congo]. *Trop Med Int Health* 2000 ; **5**: 563-570.
36. Soeters R, Peerenboom PB, Mushagalusa P, Kimanuka C: Performance-based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of the Congo. *Health Aff (Millwood)* 2011 ; **30**: 1518-1527.
37. Maketa V, Vuna M, Baloji S, Lubanza S, Hendrickx D, Inocencio da Luz RA *et al.*: Perceptions of health, health care and community-oriented health interventions in poor urban communities of Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *PLoS One* 2013 ; **8**: e84314.
38. Muvudi M, Coppieters Y, Mayaka S, Okenge L, Umuhire G, Quenum F *et al.*: Analysis of the implementation of the Paris Declaration in the health sector in the Democratic Republic of Congo. *Med Trop (Mars)* 2011 ; **71**: 229-231.
39. Ndiaye P, Vanlerberghe V, Lefevre P, Criel B: Mutuelles de sante en Afrique : caracteristiques et relations contractuelles avec les prestataires de soins pour la prise en charge de la qualite des soins. *Glob Health Promot* 2018; **25**(2): 99-113. doi:10.1177/175797914545385
40. Sambo LG, Kirigia JM, Orem JN: Health financing in the African Region: 2000-2009 data analysis. *Int Arch Med* 2013 ; **6**: 10.

41. Preker AS, Carrin G, Dror D, Jakab M, Hsiao W, Arhin-Tenkorang D: Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. *Bull World Health Organ* 2002 ; **80**: 143-150.
42. Yuan B, He L, Meng Q, Jia L: Payment methods for outpatient care facilities. *Cochrane Database Syst Rev* 2017 ; **3**: CD011153.
43. Bassani DG, Arora P, Wazny K, Gaffey MF, Lenters L, Bhutta ZA: Financial incentives and coverage of child health interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2013 ; **13** Suppl 3: S30.
44. Banque Mondiale. République Démocratique du Congo. Disponible sur <https://www.donnees.banquemondiale.org/pays/congo-republique-democratique-du>. 2016. consulté le 10-11-2017.
45. Masiye F, Chitah BM, McIntyre D: From targeted exemptions to user fee abolition in health care: experience from rural Zambia. *Soc Sci Med* 2010 ; **71**: 743-750.
46. Ousseini A, Kafando Y: « La santé financière des dispositifs de soin face à la politique de gratuité. Les comités de gestion au Niger ». *Afrique contemporaine* 2012 ; **3**: 65-76.
47. Richard F, Witter S, de B, V: Innovative approaches to reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries. *Am J Public Health* 2010 ; **100**: 1845-1852.
48. Ridde V, Robert E, Meessen B: A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public Health* 2012 ; **12**: 289.
49. James CD, Hanson K, McPake B, Balabanova D, Gwatkin D, Hopwood I *et al.*: To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Appl Health Econ Health Policy* 2006 ; **5**: 137-153.
50. Schneider P, Hanson K: The impact of micro health insurance on Rwandan health centre costs. *Health Policy Plan* 2007 ; **22**: 40-48.
51. Atim C: Social movements and health insurance: a critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon. *Soc Sci Med* 1999 ; **48**: 881-896.
52. De AM, Sanon M, Sauerborn R: "To enrol or not to enrol?": A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa. *Soc Sci Med* 2006 ; **62**: 1520-1527.
53. Onwujekwe O, Okereke E, Onoka C, Uzochukwu B, Kirigia J, Petu A: Willingness to pay for community-based health insurance in Nigeria: do economic status and place of residence matter? *Health Policy Plan* 2010 ; **25**: 155-161.
54. Dong H, Kouyate B, Cairns J, Mugisha F, Sauerborn R: Willingness-to-pay for community-based insurance in Burkina Faso. *Health Econ* 2003 ; **12**: 849-862.
55. Robyn PJ, Sauerborn R, Barnighausen T: Provider payment in community-based health insurance schemes in developing countries: a systematic review. *Health Policy Plan* 2013 ; **28**: 111-122.
56. Gilson L, McIntyre D: Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. *BMJ* 2005 ; **331**: 762-765.

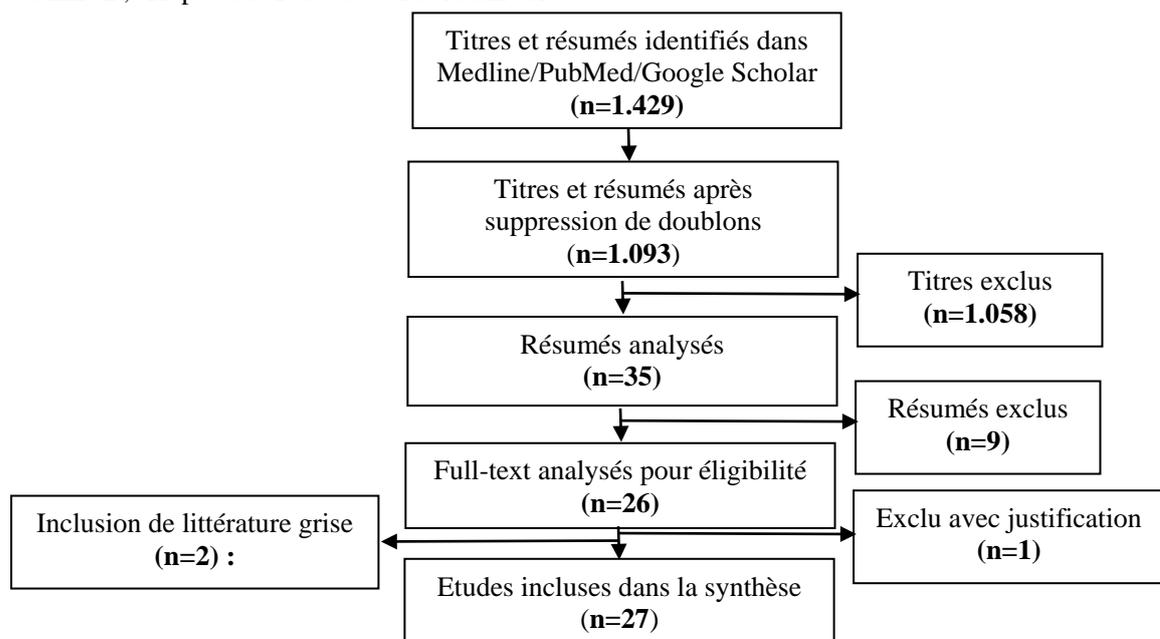


Figure 1. Processus de sélection des articles (selon les directives Preferred Reporting items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, PRISMA)

Tableau 1 : Les différents effets de la combinaison entre le paiement direct et subvention de soins de santé

Références	Localisation	Modalité de financement étudiée	Effet sur l'accessibilité	Effet sur l'utilisation de service	Promotion de la solidarité	Promotion de l'équité	Effet sur le système
Maini <i>et al.</i> (12)	Province Orientale, Maniema, Kasai Occidental, Sud-Kivu	Frais d'utilisations subventionnés (paiement direct et subvention)	++	++	-	+	+++
Stasse <i>et al.</i> (13)	Kisantu	Paiement direct et subvention de frais forfaitaires	+++	+++	+	+	+++

Tableau 2 : Les différents effets du paiement direct

Références	Localisation	Modalité de financement étudiée	Effet sur l'accessibilité	Effet sur l'utilisation de service	Promotion de la solidarité	Promotion de l'équité	Effet sur le système
Criel <i>et al.</i> (9)	Kasongo/Maniema	Paiement direct de soins	++	++	-	-	++
Courtois <i>et al.</i> (18)	Idjwi /Sud-Kivu	Recouvrement de couts	-	-	-	-	-
Dumoulin <i>et al.</i> (24)		Recouvrement des coûts	+	+	-	+	+
Haddad <i>et al.</i> (32)	Nioki	Recouvrement de coûts de soins	-	-	-	-	++
Dijkzeul <i>et al.</i> (23)	Katana, Walungu, Nyangezi/ Sud-kivu	Recouvrement de coûts	+	+	-	-	+
Ponsar <i>et al.</i> (31)	Mweso/ Nord-Kivu	Paiement direct / recouvrement de coûts	-	-	-	-	-
Manzambi <i>et al.</i> (11)	Bandalungwa/ Kinshasa	Paiement direct/recouvrement de coûts de soins sur les ménages	-	-	-	-	-

Tableau 3 : Les différents effets du prépaiement

Références	Localisation	Modalité de financement étudiée	Effet sur l'accessibilité	Effet sur l'utilisation de service	Promotion de la solidarité	Promotion de l'équité	Effet sur le système
Moens <i>et al.</i> (29)	Bamwanda	Prépaiement de soins	+++	+++	+++	+++	+++
Ilunga <i>et al.</i> (25)	Bamwanda	Prépaiement de soins	+++	+++	+++	+++	+++
Noterman <i>et al.</i> (17)	Masisi/Nord-Kivu	Prépaiement de soins	+	+	+	+	++
Criel <i>et al.</i> (20)	Bamwanda	Prépaiement	+++	+++	+++	+++	+++
Criel <i>et al.</i> (22)	Bamwanda	Prépaiement	+++	+++	+++	+++	+++
Manzambi <i>et al.</i> (27)	Etude de cas	Micro-crédit associé à la micro- assurance	+++	+++	++	+	+++
Manzambi <i>et al.</i> (11)	Etude de cas	Microcrédit/ assurance	+++	+++	++	+	+++
Ndiaye <i>et al.</i> (39)	Multicentrique	Mutuelles de santé en Afrique-RDC	NA	+++	NA	NA	+++
Mutabunga <i>et al.</i> (30)	Tout le pays	Micro- assurance santé	++	+++	++	++	++
Waelkens <i>et al.</i> (16)	Tout le pays	Mutuelles de santé	+++	+++	++	++	+++

NA= non applicable

Tableau 4 : Les différents effets de l'aide de partenaires financiers

Références	Localisation	Modalité de financement étudiée	Effet sur l'accessibilité	Effet sur l'utilisation	Promotion de la solidarité	Promotion de l'équité	Effet sur le système
Muvudi <i>et al.</i> (38)	NA	Aide internationale	+	+	-	+	+
Soeters <i>et al.</i> (36)	Katana, Kalehe/ Sud-Kivu	Financement basé sur les performances (PBF)	++	++	-	-	++
Manzambi <i>et al.</i> (28)	NA	Aide internationale	+	+	-	+	+

NA : non applicable

Tableau 5 : L'analyse des effets des différentes modalités de financement de soins de santé

Modalités de financement	Equité	Accessibilité	Durabilité financière
Tarif forfaitaire	0	0	0
Tarif à acte	-	+/-	+
Tarif par épisode plus frais supplémentaires	-	+/-	+
Prépaiement	+	+	+
Subvention	+	+	-

Source : Moens 1990 (29) : + : plus efficace, - moins efficace