

COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE ET DROIT D'ACCES AUX SOINS
EN R. D. CONGO : ENTRE VOLONTE DE FAIRE ET CAPACITE A AGIR

UNIVERSAL HEALTH COVERAGE AND THE RIGHT TO ACCESS
CARE IN THE D. R. CONGO: BETWEEN WILLINGNESS
AND ABILITY TO ACT

Odile Bapolisi Ndjovu^{*ID}, Valéry Iragi Ntwali^{**ID}

DOI: 10.24193/subbeuropaea.2025.1.05

Published Online: 2025-06-30

Published Print: 2025-06-30

Abstract

Universal Health Coverage (UHC) can only be achieved through strong political will, which translates into a commitment to finance, with the state budget, the majority of UHC costs rather than allowing it to rely on the fruits of international cooperation. As

* Assistante de recherche et d'enseignement à la Faculté de droit de l'Université Catholique de Bukavu et chercheuse au Centre régional des droits de l'homme et de droit international humanitaire (CERDHO-UCB). Email: odile.bapolisi@ucbukavu.ac.cd

**Juriste et Politiste, étudiant international de l'Ecole Universitaire de Recherche – Francophonies et Plurilinguismes : Politique des langues (EUR FRAPP), chercheur attaché au Laboratoire Interdisciplinaire d'étude du politique Hannah Arendt (Lipha-UPEC et UGE) et au Centre d'études africaines (CESTAF) de l'UBB. Email: valery.iragi-ntwali@u-pec.fr



UHC is implemented, it is noticeable that the DRC is making more effort in seeking external partnership than in mobilizing substantial internal resources. The financing of UHC must be based both on household contributions (social insurance, mutual health insurance) and on substantial national and provincial public subsidies to cover all segments and categories of the population. To achieve this, the DRC must continue the political reforms currently underway and carry out courageous tax reforms in search of significant funding.

Keywords: Universal Health Coverage (UHC), Right of Access to Care, DR Congo

Introduction

État des lieux de l'accès à la santé en République démocratique du Congo

Le droit au « meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre » a été érigé au rang de droit fondamental de l'être humain par les instruments juridiques internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'Homme ratifiés par la République Démocratique du Congo.¹ Le droit à la santé, loin d'être le droit d'être en bonne santé, renvoie plutôt au droit de bénéficier au moment opportun de la diversité des biens, des infrastructures, des services

¹ -Art. 25 paragraphe 1 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948, JORDC, numéro spécial du 05 décembre 2002.

-Art. 12 du PIDESC du 16 décembre 1966, JORDC, numéro spécial, 5 décembre 2002.

-Art. 5 e) iv) de la convention internationale de 1965 sur l'élimination de toutes formes de discrimination raciale ; Art 11 1) f).

-Art. 12 et 14 2) b de la convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes ; -Art 24 de la convention de 1989 relative aux droits de l'enfant.

-Art. 28, 43 e) et 45 c) convention internationale de 1990 sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur familles.

-Art. 25 la convention de 2006 relative aux droits des personnes handicapées.

-Art. 16 de la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples du 27 juin 1981.

- Art.14 du protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique.

et des conditions nécessaires de jouissance que sont la disponibilité, l'accessibilité, la non-discrimination, l'acceptabilité, et la qualité.²

En cas de maladie, l'attitude normale est de recourir aux structures des soins de santé. Cependant, à l'hôpital, service public par essence de mise en œuvre du droit à la santé, la jouissance de ce droit ne semble pas trouver sa pleine réalisation en R.D.C. Le modèle classique et conventionnel d'administration des soins de santé demeure inaccessible aux populations congolaises. Le problème majeur qui se pose à l'ensemble du système des soins est le faible accès des populations aux soins de santé de qualité à cause de l'insuffisance des ressources allouées à la protection de la santé et au taux élevé des dépenses à la charge des patients. Ce problème à double facette renvoie aussi bien à l'accessibilité physique que financière et constitue un frein à l'avènement de la CSU tant voulu par le gouvernement congolais.

Aussi, le faible niveau de revenus de la majeure partie de la population congolaise la place dans une situation d'extrême pauvreté qui ne permet pas d'accéder aux soins de santé et aux médicaments appropriés³. Hormis ces obstacles, les patients sont constamment confrontés à la quasi-inexistence d'un système accessible d'assurance-maladie, au faible niveau de scolarisation qui emporte un déficit remarquable en termes d'accès aux informations relatives au droit à la santé, au coût extrêmement élevé des médicaments. La forte dépendance de la population vis-à-vis de l'économie informelle la confronte à une précarité qui accentue la pauvreté, la misère et

² Haut-Commissariat des Nations-Unies aux Droits de l'Homme, Organisation Mondiale de la Santé, *Le droit à la santé*, Genève : éditions du HCDH, 2009, p.6.

³ La Banque mondiale a fixé le seuil international de pauvreté à 1,90 dollar par jour et par personne mais en RDC 8 personnes sur 10 vivent dans le seuil de pauvreté absolue, soit 1, 25 dollar par jour et par personne.

Lire à ce sujet Banque mondiale, *Rapport mondial sur la pauvreté*, juin 2016 et Rapport du PNUD sur le taux de pauvreté en RDC du 22 septembre 2017.

l'iniquité dans l'accès et l'utilisation de services sociaux de base⁴, sans compter le chômage qui touche la majorité de la population avec une pression double sur les grandes villes de la RDC. Les ménages et les bailleurs de fonds assurent la plus grande partie des dépenses totale de santé en RDC.

Les données des comptes nationaux de la santé réalisés pour l'année 2016 montraient que les ménages constituent la première source de financement de la santé (42 %), suivis par les bailleurs de fonds (40 %). L'État n'est que la troisième source de financement, loin derrière, avec seulement 14 % des dépenses totales de santé (niveaux central et provincial confondus).⁵ La part du budget de l'État allouée à la santé révèle la faible priorité accordée au secteur en RDC. En 2023, le budget du ministère de la Santé ne représente que 10% du budget global contrairement à l'objectif d'Abuja de 15%.⁶ Plus de 90% des dépenses en besoins de santé sont financées par des paiements directs des ménages.

Le 23 septembre 2019, les Etats membres des Nations-Unies ont adopté à New York une déclaration politique sur la santé pour tous. Elle constitue l'ensemble le plus complet d'engagements en matière de santé jamais adopté à ce niveau, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En adoptant cette déclaration, les Etats membres de l'ONU se sont engagés à progresser rapidement vers la Couverture santé Universelle (CSU) par des mesures visant à garantir que personne n'éprouve des difficultés financières pour avoir à

⁴ V. Sergiu Mișcoiu, Oana Crăciun et Nicoleta Colopelnic, *Radicalism, Populism, Interventionism. Three Approaches Based on Discourse Theory*, Cluj-Napoca, Editura Fundației pentru Studii Europene, 2008, pp. 12-19 ; Dominique Kenge Mukinayi et Sergiu Mișcoiu, « Rétroactes du conflit congolais (RDC) et regard sur ses causes », in *Studia Universitatis Babes-Bolyai. Studia Europaea* vol. 65, no. 2, 2020, pp. 105-131.

⁵ Jean-Bosco Kahindo Mbeva et al., « Enjeux et défis de couverture santé universelle en République Démocratique du Congo : Synthèse critique interprétative de la littérature », in *International Journal of Innovation and Scientific Research*, vol. 66, n° 1, 2023, pp. 42-56.

⁶ Ministère du Budget, Résumé du budget 2023, < https://www.budget.gouv.cd/wp-content/uploads/budget2023/budget_citoyen/budget_citoyen_projet_2023.pdf>

payer soi-même les soins de santé⁷. Bien avant, la Déclaration d'Astana de 2018, lors de la célébration du 40ème anniversaire de la Conférence d'Alma Ata de 1978 sur les soins de santé primaires, a réaffirmé l'importance des soins de santé primaires et le rôle central de la communauté dans l'atteinte de la CSU et la contribution à la réalisation des ODD.

Le 12 décembre 2012, l'Assemblée Générale de l'ONU avait aussi adopté à l'unanimité une résolution invitant les pays à accélérer les progrès vers la couverture santé universelle (CSU) – l'idée que tout le monde, partout, doit avoir accès à des soins de santé de qualité, à un coût abordable – ce qui est une priorité essentielle pour le développement international. La couverture sanitaire universelle (CSU) signifie que chaque personne peut avoir recours aux services de santé dont elle a besoin, où et quand elle en a besoin, sans être exposée à des difficultés financières. Cela concerne l'ensemble des services de santé essentiels tout au long de la vie, de la promotion de la santé à la prévention, au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs.⁸ En outre, selon la recommandation 202 sur les socles de protection sociale issue de la 101ème session de la Conférence générale de l'OIT, la CSU fait partie de 4 dimensions du socle de protection sociale aux côtés de l'éducation, l'alimentation et la santé pour tous les enfants, le revenu minimum pour les vulnérables et indigents, le revenu minimum pour les personnes âgées. La couverture sanitaire universelle (CSU) pour 2030 est aujourd'hui un objectif de santé reconnu et poursuivi par la communauté internationale et les pays membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Selon l'OMS, son objectif est « de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières »⁹.

⁷ Organisation mondiale de la Santé (OMS), L'OMS salue la déclaration historique de l'ONU sur la couverture sanitaire universelle, <<https://www.who.int/fr/news/item/23-09-2019-who-welcomes-landmark-un-declaration-on-universal-health-coverage>>, consulté le 23/04/2025.

⁸ OMS, « Couverture santé universelle », in OMS, 20 mars 2025, <[https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))>, consulté le 30/04/2025.

⁹ *Ibidem*.

Cadre juridique de la CSU RDC

A. Un cadre juridique aussi riche qu'actualisé

La volonté de la RDC de progresser vers la couverture santé universelle est fortement affirmée depuis plusieurs années. Outre la Constitution qui consacre la santé comme un droit fondamental pour tous les citoyens en ses articles 47 et 53¹⁰, on peut citer la loi N°18/035 du 13 décembre 2018, fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé Publique en RDC (dite Loi-cadre de la santé publique), spécialement en son article 41¹¹ ainsi que l'Ordonnance-Loi N°23/006 du 03 Mars 2023 modifiant et complétant la loi-cadre de la santé publique; qui contient une réelle révolution en approfondissant la dimension de la CSU. Aux côtés de ces textes de base, il sied de citer la loi organique n° 17/002 du 08 Février 2017 déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité, la loi N°16/009 du 16 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de sécurité sociale, le Décret N° 15/031 du 14 décembre 2015, portant création, organisation et fonctionnement d'un établissement public dénommé caisse nationale de sécurité sociale des agents publics (CNSSAP), Le Décret n° 05/176 du 24 novembre 2005 portant création du Programme National d'Appui à la Protection Sociale.

Il faut également mentionner les instruments organiques et activités ci-après qui approfondissent la CSU en RDC :

- Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture santé universelle ;
- La Stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) de 2006 dont la vision offrait une belle perspective pour doter la RDC d'un système de santé robuste en phase avec le renouveau des soins

¹⁰ Art 47 et 53 de la Constitution de la RDC du 18 février 2006 telle que modifiée par la loi n° 11/002 du 20 janvier 2011 portant révision de certains articles de la Constitution de la RDC in JORDC, 50^{ème} année, Kinshasa, numéro spécial

¹¹ « Il est institué en République Démocratique du Congo un système de couverture sanitaire universelle fondé sur les principes d'équité, d'assurance qualité des soins et de protection financière pour tous »

de santé primaires et des services de santé de grande qualité. Ces services devraient être sûrs, complets, intégrés, accessibles, disponibles et abordables pour tous et partout en RDC.¹² Des plans de développement sanitaires ont, ainsi, été mis en route pour opérationnaliser cette stratégie, avec des financements domestiques et extérieurs ;

- Le plan stratégique national pour la couverture santé universelle 2020-2030 de janvier 2020 visant l'accroissement de la CSU de qualité, la réduction des catastrophes liées aux soins ;
- La Stratégie de financement de la santé de 2018 : Vers la couverture sanitaire universelle ;
- Le Plan national stratégique multisectoriel de nutrition (2016-2020) articulé en dix programmes d'intervention qui intègrent les actions sensibles à développer avec les autres Ministères dans le cadre du Mouvement Scaling Up Nutrition (SUN) auquel la RDC a adhéré depuis mai 2013 ;
- La conférence internationale sur la couverture santé universelle qui a servi de cadre pour permettre à la RDC d'apprendre et de capitaliser certaines expériences sur la CSU au niveau global (cas du Gabon, du Sénégal) et au niveau de certaines provinces de la RDC (Nord Kivu, Lualaba, Kongo Central et Sud-Ubangi).¹³

Aux côtés de ces différentes manifestations de volonté, l'engagement politique en RDC en faveur de la CSU a été complété par la nomination par le Chef de l'Etat du Conseiller Spécial en charge de la Couverture Maladie Universelle, chargé de veiller à la marche du pays vers la CSU au bénéfice de tous.

¹² Ministère de la santé de la RDC, *Stratégie de renforcement du système de santé en RDC*, Kinshasa : ministère de la Santé de la RDC, 2006, pp. 3-38.

¹³ Présidence de la RDC, Conseil national de la Couverture santé universelle CN-CSU, Plan stratégique national pour la couverture santé universelle 2021-2030, République démocratique du Congo, Kinshasa, janvier 2020, pp. 4-65.

B. Assurance maladie à caractère volontaire

Il existe en RDC plusieurs mécanismes d'assurance de santé contre les risques liés à la maladie, seulement leur couverture est très faible et leur taille très restreinte au point d'entraîner leur inefficacité. Les comptes nationaux de la santé ont relevé, en 2015, que seuls 7% des financements des dépenses des ménages en santé passent par une assurance communautaire, essentiellement les mutuelles de santé.¹⁴ Le système de fonds sur affiliation volontaire existe en RDC depuis les années 1980 mais demeurent, plus de quarante ans après, moins efficaces. En 2015, notamment, on inventorie seulement 109 mutuelles de santé qui couvraient 1 089 265 personnes.¹⁵ La loi de 2017 sur la mutualité constituait la base légale d'organisation du système d'assurance maladie basée sur la micro-assurance communautaire pour la majorité des populations de RDC.

Ce cadre préconisait un régime volontaire d'adhésion aux mutuelles de santé pour toute personne hors du secteur formel. C'est dire que pour la grande majorité de la population congolaise (environ 80% avec plus de 70% vivant sous le seuil de pauvreté¹⁶) l'assurance maladie était laissée à la libre appréciation des concernés eux-mêmes. Les mutuelles de santé ont, certes, l'avantage d'atteindre les zones rurales et le secteur informel mais avec leur caractère volontaire, il était totalement illusoire d'atteindre la couverture santé universelle car seule une faible partie de la population (moins de 10%) est couverte par ce genre d'assurance, les 70% restants sont soit très pauvres pour affecter les ressources déjà insignifiantes à un risque de tomber malade plus tard pendant que d'autres besoins urgents et déclarés sont insatisfaits, soit moins satisfaits par le paquet offert par les hôpitaux qui collaborent avec

¹⁴ Ministère de la Santé/RDC, Plan stratégique national pour la couverture santé universelle 2020-2030, janvier 2020.

¹⁵ Olivier, Louis dit Guerin, « Etude IMT Anvers sur la faisabilité de la mise en œuvre de mutuelles de santé en RDC (Septembre - Octobre 2004) », 2004, pp. 2-16, < <https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=7710> >, consulté le 22/04/2025.

¹⁶ Irene Akua Agyepong *et al.*, « The path to longer and healthier lives for all Africans by 2030 : the Lancet Commission on the future of Health in Sub-Saharan Africa », *The Lancet*, vol. 390, n° 10114, 2017, pp. 2803-2859.

ces mutuelles, soit dubitatifs de la crédibilité des mutuelles de santé.¹⁷ Plusieurs études montrent que le caractère volontaire de l'adhésion, la prise en compte inégale des besoins des bénéficiaires et la gestion amateuriste des mutuelles de santé, rendent le système basé sur les mutuelles de santé communautaires et volontaires, hasardeux en termes de couverture et de levier pour progresser vers la CSU.¹⁸ Un tel système, loin de concrétiser l'équité dans le droit d'accès aux soins de santé, vient creuser les inégalités déjà existantes en profitant davantage aux ménages les plus aisés¹⁹.

En 2007, le Rwanda a abandonné complètement ce système d'assurance maladie volontaire et s'est plutôt tourné vers un régime obligatoire, accompagnant la mesure par la mise en place d'un système de levée de financements pour suppléer les problèmes de faible capacité contributive des populations à faible revenu. Avec ce revirement prompt, le Rwanda a rapidement atteint un taux de plus de 80% de la population rwandaise couverte par le système d'assurance maladie²⁰. Si les mutuelles ont joué un rôle à l'échelle locale, notamment pour la promotion d'une solidarité extra-familiale ou communautaire, à cause de ces quatre principaux facteurs (caractère volontaire, faible niveau de revenu, prélèvements sur des rémunérations généralement basses et mauvaise consistance du paquet des soins) la CSU par les mutuelles de santé est restée hypothétique pendant

¹⁷ Ministère de la santé publique de la RDC, *Rapport sur les comptes de la santé de la RDC 2020*, Ministère de la Santé publique de la RDC, 2021.

¹⁸ Joseph Kutzin, « Anything goes on the path to universal health coverage? », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 90, no. 11, 2012, pp. 867-868. Voir aussi Maria-Pia Waelkens, *et al.*, « An in-depth investigation of the causes of persistent low membership of community-based health insurance: A case study of the mutual health organisation of Dar Naïm, Mauritania », *BMC Health Services Research*, vol. 17, no. 535, 2017, pp. 2-18.

¹⁹ Alexis Nyamugira *et al.* « Towards the achievement of universal health coverage in the Democratic Republic of Congo: does the Country walk its talk? », *BMC Health Services Research*, vol. 22, no. 860, 2022, pp. 2-13.

²⁰ Médard Nyandekwe, Manassé Nzayirambaho, Jean-Baptiste Kakoma, « Universal health insurance in Rwanda: major challenges and solutions for financial sustainability case study of Rwanda community-based health insurance part I », *Pan African Medical Journal*, vol. 37, no. 55, 2020, pp. 1-11.

plusieurs années au point que jusqu'en 2020 le niveau de CSU était évalué à 8% seulement²¹.

L'économie de la RDC demeure largement tributaire du secteur informel et en particulier en milieu rural où habite environ 70 % de la population. La RDC fait partie des cinq pays les plus pauvres du monde. 73,5 % des Congolais environ ont vécu avec moins de 2,15 dollars par jour en 2024. Environ une personne sur six vivant dans l'extrême pauvreté en Afrique subsaharienne vit en RDC.²², une pauvreté généralisée au sein de cette majorité qui ne bénéficiait d'aucune protection sociale en général et d'aucune couverture santé en particulier mais qui est contrainte de financer les soins de santé par des paiements directs des factures. Ainsi, il est courant de recourir aux traitements de la médecine traditionnelle, à l'automédication voire à ne prendre aucun traitement. Les malades ne vont à l'hôpital que lorsque la situation a atteint un niveau de gravité difficile à contenir, situation qui exacerbe le taux de mortalité en RDC.

C. CSU à caractère Obligatoire et diversifié

C'est l'Ordonnance-Loi n°23/006 du 3 mars 2023 qui, en plus de dispositions novatrices sur la CSU vient briser le régime d'assurance maladie volontaire en imposant à toute personne résidant sur le territoire congolais à avoir une couverture sanitaire selon son statut. En plus de consacrer le caractère obligatoire de la couverture sanitaire concourant à atteindre toutes les catégories sociales, le nouvel instrument juridique vient poser le principe d'accréditation préalable des structures sanitaires et pharmaceutiques ainsi que des organismes d'assurance maladie comme garanties de la qualité des soins. C'est précisément l'art 42 de l'O-L qui est venue consacrer le caractère obligatoire tant attendu de la couverture santé universelle pour

²¹ Ministère de la santé publique de la RDC, *Rapport sur les comptes de la santé de la RDC 2020*, publié en 2021. Voir aussi Ministère de la Santé de la RDC, *Plan stratégique national pour la couverture santé universelle 2020-2030*, Janvier 2020

²² Banque Mondiale, « La République démocratique du Congo : Vue d'ensemble, Avril 2025 », <<https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview>>, consulté le 26/04/2025.

toute personne résidant sur le territoire congolais, en fonction de son statut socio-professionnel.²³ Ainsi, toute personne résidant en RDC doit s'affilier au régime d'assurance maladie obligatoire quel que soit son statut et s'acquitter des cotisations y afférentes. Ce régime se base sur les principes contributifs, de mutualisation des risques et d'équité et de solidarité nationale. Il comprend 4 sous-régimes :

1. L'assurance maladie obligatoire des agents publics de l'État

Cette assurance couvre les agents publics de l'État ainsi que leurs conjoint et les enfants en âge préscolaire ainsi que ceux encore aux études jusqu'à 24 ans. Il couvre les risques professionnels en cas de maladie ou d'accident professionnels. C'est le ministre en charge du budget qui est le répondant de l'Etat auprès de l'organisme de gestion des assurances maladies ; il se charge de faire une déclaration périodique par les services compétents dès l'acquisition de la qualité d'agent public de l'Etat. Il faut relever que la Caisse nationale de sécurité sociale des agents publics de l'Etat (CNSSAP) qui organise cette assurance ne couvre pas le risque de maladie ou d'accident non professionnel tout au long de la carrière de l'agent. En cas de maladie ou d'accident de nature autre que professionnelle, il sera alors soumis au régime de tarification des ayants droit de l'Etat qui sont censés être soignés gratuitement dans les hôpitaux publics, quitte à l'État de rembourser les factures dues.²⁴ L'Etat congolais étant insolvable dans les remboursements, les hôpitaux taxent directement ces patients dans la catégorie des indépendants peu fortunés et ils sont contraints de payer supporter seuls les coûts des soins.

²³ « Le système de couverture santé universel garantit à tout résidant sur le territoire national le bénéfice de santé. Il impose à toute personne résidant sur le territoire national de s'affilier à un régime d'assurance maladie correspondant à son statut socioprofessionnel »

²⁴ Art 1er al 2 de l'arrêté départemental D. SASS S/ 1250/0003/82 du 20 Juin 1982 portant catégorisation des malades, des praticiens et des formations médicales

2. L'assurance maladie obligatoire des travailleurs régis par le code du travail

Retraités ou actifs, c'est l'employeur qui est le redevable légal vis-à-vis de l'organisme de gestion des assurances maladies. ainsi que leurs conjoint et les enfants en âge préscolaire ainsi que ceux encore aux études jusqu'à 24 ans. En effet, le code du travail fait obligation aux employeurs de prendre en charge les soins de santé des employés et leurs dépendants²⁵ S'il s'agit d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail, les prestations des soins incombent à la Caisse nationale de sécurité sociale. Pour couvrir les besoins de ces employés, 3 modèles sont mis à contribution : Les ressources issues de la Caisse nationale de sécurité sociale (relatives aux prestations liées aux maladies professionnelles ou accidents de travail), les contrats d'assurances maladies entre des structures d'assurances privées et les employés, l'offre des soins organisées par certaines entreprises elles-mêmes.

3. Assurance maladie obligatoire scolaire et estudiantine

Ce sous-régime concerne les élèves inscrits dans un établissement d'enseignement de base en RDC qui ne sont pas couverts par la police d'assurance maladie de leurs parents ; les élèves inscrits à l'école secondaire ou dans un établissement d'enseignement technique public ou privé en RDC ainsi que les étudiants inscrits dans les établissements d'enseignement supérieur ou universitaire public ou privé. Ce sont les responsables de ces établissements qui répondent auprès de l'organisme de gestion des assurances maladies. En République Démocratique du Congo, plusieurs universités ont instauré, à travers le paiement des frais académiques, les frais d'adhésion obligatoire des étudiants aux mutuelles de santé. Sur base de ce modèle déjà existant, possible de recouvrer les paiements de l'assurance en même temps que les frais académiques. Par ailleurs, en ce qui concerne les élèves, ce régime soulève la question de l'incompatibilité de cette assurance

²⁵ Art 177 et 178 de la loi N°015/2002 du 16 Octobre 2002 portant Code du travail congolais.

scolaire d'avec le régime de la gratuité totale de l'enseignement primaire dans les établissements publics. Aussi, une tâche fastidieuse demeure celle d'identifier les élèves et étudiants qui bénéficient déjà d'une quelconque couverture de par le régime de leurs parents afin d'éviter un double paiement.

4. Assurance maladie obligatoire des travailleurs du secteur informel

Une des grandes innovations de la loi sur la CSU est de prendre en compte la population du secteur informel (qui n'est pas forcément indigente) pour qu'elle ait accès aux paquets standards d'accès aux soins de santé de qualité, quand le besoin se fait ressentir, avec sa participation financière. Cette assurance concerne toute autre personne vivant en RDC mais qui ne bénéficient d'aucun régime d'assurance maladie et qui exerce une activité économique génératrice de revenus. L'adhésion obligatoire à un service d'assurance maladie peut être envisagée par le biais de l'institutionnalisation d'une obligation *sine qua none* attachée à la nature même de l'activité exercée (obtention de l'immatriculation au registre de commerce et de crédit mobilier, obtention de l'identification nationale, permis d'exploitation, obtention de subventions, soumission aux marchés publics, accès aux crédits, distribution des semences, paiement de la patente, permis d'implantation, affiliation à une corporation, etc.) aussi bien pour les congolais du secteur informel qui interagissent avec l'administration publique que pour ceux qui exercent leurs activités hors contrôle de l'administration publique.

Cette approche favorise un assouplissement des lourdeurs jadis liées à l'adhésion volontaire, une précision dans le ciblage, efficacité dans le suivi de la mise en œuvre, une meilleure application de l'équité en tenant compte de la capacité contributive en fonction de l'activité exercée, et partant, une meilleure protection financière des ménages face aux charges des soins de santé. Il faut noter que ce modèle d'assurance n'oblige que l'individu qui exerce dans le secteur informel. Les membres de sa famille ou ses dépendants devront s'inscrire dans le système d'assurance maladie qui convient à leur

statut : élève, étudiant, personne vulnérable, etc. Une autre catégorie oubliée est celle des étrangers, il devrait obligatoirement souscrire à une assurance maladie privée couvrant leur séjour en RDC.

Diverses approches sectorielles existent déjà en RDC, plusieurs métiers tentent tant bien que mal de créer une forme de couverture santé. C'est le cas des chauffeurs de taxi-moto dits motards, une profession particulièrement vulnérable aux risques d'accident de circulation. Les membres de leur association "COTAM"²⁶ ont mis en place un système de solidarité au sein de la corporation où chacun cotise l'équivalent de 1 dollars américain par mois afin de générer une cagnotte utile en cas d'accident ou de soucis de santé.²⁷ D'autres regroupements tels que le syndicat de l'Union des travailleurs au Congo²⁸, de Tshikudeurs²⁹, les femmes commerçantes transfrontalières, etc., suivent ce modèle.³⁰ Ces systèmes sont construits avec des montants, certes, faibles pour couvrir tous les besoins de santé d'un malade ou d'un accidenté mais ce genre d'organisation peut servir de base dans la mise en œuvre d'une couverture santé efficace pour les Congolais du secteur informel. Il faut noter que ce modèle d'assurance n'oblige que l'individu qui exerce dans le secteur informel. Les membres de sa famille ou ses dépendants devront s'inscrire dans le système d'assurance maladie qui convient à leur statut : élève, étudiant,

²⁶ COTAM : Collectif des taximan à moto, présente dans 15 provinces de la RDC.

²⁷ Eric Tchouaket, Equipe d'ULB-coopération, Les financements innovants du système de santé au Nord-Kivu, Bruxelles : ULB-coopération, 2023, pp. 4-18, <<https://www.ulb-cooperation.org/wp-content/uploads/2024/03/ulb-cooperation-2023-les-financements-innovants-du-systeme-de-sante-au-nord-kivu.pdf>>, consulté le 27/04/2025; voir aussi Jeff Kabinda, Patrick Mitashi, Faustin Chenge, « Couverture Sanitaire Universelle (CSU) : comment financer l'inclusion du secteur informel en République Démocratique du Congo (RDC) ? » in *Centre de connaissance en Santé (CCSC), note politique n°1*, Octobre 2017, pp. 1-12. <<https://fr.scribd.com/document/743522993/CSU-Financement-du-SS>>, consulté le 28/04/2025.

²⁸ Les membres en ordre avec les cotisations des soins sont pris en charge à hauteur de 50% des coûts dans les hôpitaux partenaires

²⁹ Conducteurs d'engins en bois ressemblant au vélo et transportant de lourdes charges.

³⁰ Bernadette Vivuya, « En RD-Congo, la recherche de solutions face aux défaillances du système de protection sociale de santé », *Equal Times*, article de presse du 22 mai 2025, <<https://www.equaltimes.org/en-rd-congo-la-recherche-de?lang=fr>>, consulté le 23/04/2025.

personne vulnérable, etc. Une autre catégorie oubliée est celle des étrangers, il devrait obligatoirement souscrire à une assurance maladie couvrant leur séjour en RDC.

5. Assurance médicale de l'État aux les personnes économiquement faibles

Enfin, ce régime a vocation à assurer la prise en charge des indigents, des retraités non couverts, des chômeurs et des vulnérables économiques. Hormis les personnes couvertes par la CNSSAP et la CNSS, toutes les autres catégories sont gérées par le Fonds de solidarité de santé, établissement public chargé de collecter et gérer les cotisations du régime d'assurance maladie obligatoire, d'assurance médicale de l'État aux personnes économiquement faible et aux vulnérables, et tout autre fonds destiné à couvrir les dépenses de santé auxquelles sont confrontées les populations; de prendre les engagements et effectuer les paiement des factures des prestations avec les établissements des services et soins de santé et pharmaceutiques sous contrat. Ce fond sera alimenté par :

- Les cotisations du régime d'assurance maladie obligatoire et d'assistance médicale de l'Etat aux personnes économiquement faibles et vulnérables ;
- Une quotité des financements innovants de la santé ;
- Les subventions de l'État ;
- Les dons et legs.

L'État se garde la possibilité d'instituer d'autres taxes contributives au profit du Fonds de solidarité de santé. Le Paquet offert par le système de CSU comprend les services et soins de santé et pharmaceutiques de base comprenant les prestations suivantes :³¹

- consultation de médecine générale et spécialisée ;
- observations et hospitalisations dans les établissements des soins de santé ;

³¹ Art 43 bis de l'Ordonnance-Loi N°23/006 du 03 Mars 2023 modifiant et complétant l'Ordonnance-Loi N°18/035 du 13 décembre 2018, fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé Publique en RDC.

- médicaments et autres produits de santé y compris les vaccins sélectionnés par l'autorité de régulation de la CSU ;
- les actes médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux, infirmiers et autres ;
- les examens d'imagerie médicale et de biologie médicale ;
- appareillages et prothèses ;
- transfert des malades d'un établissement à un autre ;
- soins palliatifs ;
- soins liés à la grossesse et l'accouchement.

Cependant, dans le paquet des soins, il manque des services et soins de planification familiale et de santé sexuelle et reproductive, service nutritionnel, santé mentale, information, éducation et communication en matière de santé. Le paquet de base pris en charge par la CSU ne couvre pas les soins liés aux accidents de travail et maladie professionnelle, les dépenses de santé dans les établissements des services et soins de santé non conventionnés aux régimes d'assurance maladie obligatoire, les soins à l'étranger, les soins et chirurgies esthétiques, les soins de confort, les produits pharmaceutiques non sélectionnés à être remboursés par le régime d'assurance maladie obligatoire.³² Dans l'O-L de 2023, le législateur a manqué d'indiquer les mesures préventives des mauvaises pratiques dans la prestation des services de santé, le respect des paquets convenus, la conformité avec la liste des médicaments autorisés, la procédure de règlement des litiges liés à l'assurance.

Mise en œuvre effective de la CSU

1. La gratuité de la maternité et des soins du nouveau-né : un pas de géant vers la CSU

Longtemps confrontées à des problèmes de mauvais état voire l'inexistence de routes, de coût élevé de transport, de grossesses non désirées, précoces/tardives, trop nombreuses ou trop rapprochées, de dépendance

³² Art 43 ter de l'Ordonnance-Loi N°23/006 du 03 Mars 2023 modifiant et complétant l'Ordonnance-loi N°18/035 du 13 décembre 2018, fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé Publique en RDC.

économique quasi-totale, les femmes en RDC étaient contraintes à accoucher dans les maisons ou à la maternité la plus proche et parfois dans des structures insalubres et en carence de matériel, avec un personnel non formé, etc. Avec un ratio d'environ 500 décès pour 100 000 naissances, la RDC à l'un de taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde.³³ Le 5 septembre 2023 le chef d'Etat a lancé le programme de la gratuité des accouchements qui s'inscrit dans le cadre de la CSU. Ce programme comprend dans son paquet les consultations prénatales, l'échographie obstétricale, les vaccins, les tests de sérologie, les accouchements simples, les accouchements par césarienne, les soins du nouveau-né jusqu'à un mois, la vaccination, les consultations post-natales, les services de planification familiale et l'accès aux médicaments essentiels.³⁴ La gratuité des soins de la mère et du nouveau-né constitue une révolution dans un pays où la mortalité des moins de 5 ans est parmi les plus élevés du monde, avec un taux de 92 décès pour 1000 naissances.³⁵

Pour ce début, le projet de la gratuité des accouchements, financé par un prêt de la Banque Mondiale au gouvernement congolais³⁶, a coûté 41 millions de dollars uniquement pour la ville de Kinshasa dans neuf zones de santé sur les trente-cinq que comporte la capitale³⁷, plus de 300 centres de

³³ OMS, « Mortalité maternelle », OMS, article du 7 avril 2025, <<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:text=Le%20taux%20mondial%20de%20mortalit%C3%A9,%C3%A9t%C3%A9%20atteint%20au%20niveau%20national>>, consulté le 22/05/2025.

³⁴ UNFPA, « Lancement de la gratuité des accouchements en RDC », 27 septembre 2023, <<https://drc.unfpa.org/fr/news/lancement-de-la-gratuit%C3%A9-des-accouchements-en-rdc>>, consulté le 12/04/2025.

³⁵ Institut national de la statistique et l'Ecole de Santé publique de Kinshasa, Enquête démographique et de santé EDS-RDC III 2023-2024, rapport des indicateurs clés, Juin 2024, p. 21.

³⁶ Le financement de la Banque Mondiale est octroyé à travers le Programme Multisectoriel de Nutrition et Santé (PMNS) ancré au sein de l'Unité de Gestion du Programme de Développement du Système de Santé (UG-PDSS).

³⁷ Propos recueillis de Timothée Lunanga Mukendi, Directeur général adjoint de l'autorité de régulation de la couverture universelle.

santé et 50 hôpitaux de référence où les bénéficiaires peuvent se rendre.³⁸ Le gouvernement avait annoncé l'extension du programme à tout le pays d'ici 2024; à ce jour le programme est opérationnel dans 12 Provinces: Kinshasa, Sud-Kivu, Tshopo, Kasai oriental, Kongo central, Tshuapa, Sud-Ubangi, Kasai central Mongala, Mai-Ndombe, Kwango, Nord-Kivu et Haut-Lomami. UNFPA, à travers son programme de santé maternelle, appui également le programme en mettant à disposition des produits de la planification familiale ainsi que les médicaments qui sauvent la vie de la femme et du nouveau-né et l'amélioration des blocs opératoires pour une valeur de plus de 7 millions de dollars par an.³⁹

Le programme de gratuité est déjà en marche malgré les défis de son opérationnalisation qui nécessite la mobilisation des ressources financières, matérielles et humaines conséquentes pour accompagner le programme. Au rang de ce défi, il sied de relever que même dans les provinces où le programme a effectivement démarré, seuls quelques centres font partie du programme des soins gratuits ; plusieurs femmes dans le besoin de maternité sont obligées de parcourir de longues distances pour atteindre le centre. Beaucoup, parmi elles, se voient dans l'obligation de payer les frais demandés dans les maternités proches de leur milieu de vie ou celles qu'elles estiment fournir des soins de santé de qualité acceptable. En outre, le programme de gratuité de la maternité et des soins du nouveau-né présente une fragilité dans sa pérennisation car il est largement tributaire des ressources financières incertaines et fragiles (prêt de la banque mondiale, appui de l'UNFPA, etc.).

L'Etat congolais ayant lancé ce programme de gratuité avec des moyens qui sont hors de son contrôle n'offre pas suffisamment de garanties de continuité du service aux bénéficiaires de ces soins en cas de cessation des aides qui soutiennent le programme, ce qui plongerait à nouveau les femmes

³⁸ Pour avoir accès aux services du programme, les femmes bénéficiaires doivent préalablement se faire enregistrer en composant le *151# pour choisir les options correspondant à leurs milieux de vie.

³⁹ UNFPA, *op. cit.*

et enfants bénéficiaires dans la même situation de précarité décrite. Il sied de soulever également les plaintes enregistrées par les gestionnaires des centres sur le retard et l'incomplétude de remboursement des avances des frais lorsque les factures sont présentées au Fonds de solidarité de santé créé spécialement pour le dispositif, l'Etat ne s'en acquitte que du tiers ou de la moitié et avec beaucoup de retard de l'ordre de plusieurs mois.⁴⁰ Ce mode de fonctionnement est parmi les causes de dysfonctionnement car faute de ressources, outils, médicaments, etc., les femmes se retrouvent, faute de disponibilité dans les hôpitaux, à devoir payer pour recevoir les soins dans les meilleures conditions possible et accusent les gestionnaires des hôpitaux de détournement. Face à un tel amalgame, y a de sérieux risques que les hôpitaux soient obligés de rétro pédaler et revenir à l'ancien système si le gouvernement ne rectifie pas son mode de gestion.

Déjà en 2023, le syndicat national des médecins (SYNAMED) avait mis en garde contre le risque du fiasco du programme pour défaut de concertation, sous-dimensionnement du budget et exclusion de certains actes comme l'échographie et la biologie dans les remboursements.⁴¹ Même dans les provinces où le programme est déjà lancé, il ne concerne que quelques rares zones de santé, les femmes dans le besoin de maternité sont obligées de parcourir encore des dizaines des km pour atteindre une structure de soins enregistrée dans le système. En composant le *150# pour se faire enregistrer, les informations sur les centres offrant les soins gratuits ne sont pas actualisées. Par conséquent, l'on se retrouve à la case de départ, les femmes se retrouvent dans une situation où elles sont contraintes de payer les frais liés à la maternité dans les structures proches de leurs habitations. La RDC, déjà avec ce premier pas de gratuité de la maternité et des soins du nouveau-né, est sur une pente glissante car elle livre son

⁴⁰ Propos de Dr Pierre Buleli, administrateur du Centre Celpa Luyindu dans la province de Kinshasa, recueillis par Sandrine Bertrhaud-Clair, envoyée spéciale du Journal le Monde à Kinshasa, 20 mai 2024.

⁴¹ *Ibidem*.

programme de CSU à la merci de l'aide internationale et à la météo des relations internationales.

2. Optimisation de la santé digitale en RDC

En février 2024, avec l'appui de UBA (United Bank for Africa) et VISA, l'agence nationale de l'ingénierie clinique et du numérique de la santé (ANICNS) a procédé au lancement de la carte nationale biométrique de l'effectivité de la mise en œuvre de la CSU qui combine les fonctionnalités bancaires et de santé pour faciliter l'accès aux services de la CSU, l'amélioration du circuit des patients dans les établissements des soins de santé et assure une gestion efficace des données de santé en offrant notamment un système d'identification unique des patients, la portabilité du dossier du patient, et le concept d'hôpitaux sans papiers et sans taches.⁴²

3. CSU en RDC : un modèle soutenable ?

Entre un déficit criant de financement et un retard dans la mise en œuvre, les défis de la mise en exécution de la CSU en RDC restent immenses. Pour donner sa chance à la réussite de la CSU en RD Congo, il faut absolument repenser le système d'opérationnalisation, de cet accès aux soins et améliorer la qualité des services retoucher le cadre légal basé et le système d'opérationnalisation de la CSU tout en se rassurant de la qualité des services offerts. Le basculement vers un régime obligatoire pour tous les Congolais ou un système assorti des mesures indirectes d'obligation, impose une forte volonté politique et des actions d'accompagnement. Parmi ces actions figurent celles relatives à la levée des fonds nécessaires pour suppléer les contributions des ménages les plus démunis. Selon l'Unicef, les dépenses sanitaires en RDC sont aujourd'hui financées par les ménages et par les

⁴² Djesany Sundi, « RDC : lancement de la carte nationale d'assurance maladie », *Info.cd*, article du 29 février 2024, <<https://infos.cd/actualite/sante/rdc-lancement-de-la-carte-nationale-dassurance-maladie/41612/>>, consulté le 31/05/2025.

partenaires extérieurs, l'Etat congolais ne couvrant que 13% des dépenses de santé des familles. En 2023, dans la loi budgétaire, le budget des dépenses de santé ne représente que 9,6% du budget de l'Etat.⁴³

Une étude menée dans la zone de santé rurale du Vuhovi, dans la province du Nord Kivu à l'Est de la RDC, situé à environ 2 US dollars par personne par an, le niveau de contribution que les ménages estiment supportables⁴⁴. Une autre étude réalisée dans la zone de santé de Katakokombe dans la province du Sankuru, estimait le niveau de cotisation acceptable pour les ménages à 0,71 US dollars par personne par an ⁴⁵. Une autre étude a, en 2019, évalué à un minimum de 20 dollars américains par personne par an, le niveau de cotisation pour couvrir les soins de première ligne et ceux de référence primaire et secondaire de la province du Nord-Kivu.⁴⁶ La dépense totale de santé par habitant/ an est de 28,4 \$ US (elle est inférieure à 86 \$ / habitant /an fixé par le groupe de Haut Niveau sur le Financement de la santé).⁴⁷ Or d'après l'OMS, pour financer la CSU il faudra des paiements de l'ordre de 60 US dollars par personne, par an.⁴⁸

⁴³ UNICEF, Country Annual Report. Congo update on the context and situation of children, 2023, <<https://www.unicef.org/reports/country-regional-divisional-annual-reports-2023/Congo>>, consulté le 31/05/2025.

⁴⁴ Arsene Lufungula, Rapport synthèse d'étude des coûts en vue de la mise en place d'un système d'inscription des ménages sur la base du dossier familial dans la perspective de l'assurance maladie universelle dans la zone de santé pilote de l'ULB-Coopération, Goma, 2021, pp. 1-28.

⁴⁵ Modeste Ngongo Shako, Jack Kakolomami, Yves Kluyskens, « Mise en place d'une micro-assurance santé à Katako-Kombe, RDC: contraintes et défis », in *Santé publique*, vol.30, n° 6, 2018, pp. 887-898.

⁴⁶ Michel Vigneul, Rapport de l'étude actuarielle relative à la mise en place d'une couverture maladie universelle (CSU) dans la Province du Nord Kivu, ULB Coopération, Goma, PADISS. pp. 1-87, 2019.

⁴⁷ Eloko Eya Matenga *et al.*, « Analyse des dépenses publiques de santé de nutrition dans les perspectives de la malnutrition en République Démocratique du Congo » in *International Journal of Social Sciences and Scientific Studies*, vol. 4, n° 1, 2024, pp. 3628-3641.

⁴⁸ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2010 : Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers la couverture santé universelle*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

En clair, l'assurance maladie ne peut, dans ces conditions écrasantes, reposer en grande partie sur les contributions des ménages, dans un contexte où près 75% d'entre eux vivent en dessous du seuil de pauvreté, ceci posera sûrement des problèmes d'acceptabilité au niveau de la population qui attend de la CSU plutôt un allègement du coût des soins de santé et un accès aux services de qualité. Des financements complémentaires s'imposent. Une des pistes de levée de ces financements complémentaires est constituée principalement des allocations budgétaires plus conséquentes, au regard des 15% du budget décidés dans le cadre des engagements d'Abuja en faveur du financement du secteur de la santé⁴⁹. L'autre piste que le législateur propose est celle des impôts et taxes et des financements innovants vers lesquels plusieurs pays recourent à cause de la faible capacité contributive des populations. Il pourra s'agir des taxes issues des recettes des opérateurs de téléphonie mobile ou des taxes sur le commerce de certains produits préjudiciables à la santé tels que le tabac, le kérosène, etc. A ces sources innovantes s'ajoutent les sources traditionnelles tels que le budget de l'Etat, les cotisations sociales des affiliés, les apports des partenaires au développement, les subventions des organisations caritatives, les dons et legs. La tâche reste immense pour ce pays qui n'investit qu'en moyenne 4% de son produit intérieur brut dans la santé de ses 103 millions d'habitants et dépend pour 38% des financements extérieurs, selon la Banque mondiale.⁵⁰

4. L'expérience du Rwanda

Au Rwanda, toute la population doit être couverte par l'assurance maladie selon la loi. La RAMA (Rwandaise d'Assurance Maladie), le MMI (Military Medical Insurance) et les mutuelles de santé sont les principaux systèmes d'assurance maladie. Les mutuelles de santé sont le type d'assurance prédominant car prisée par les personnes vivant de l'économie informelle soit

⁴⁹ World Health Organization, The Abuja declaration : ten years on, 2010.

⁵⁰ Jean-Bosco Kahindo Mbeva *et al.*, *op.cit.*, pp. 42-56.

85% de la population⁵¹. En plus de ces institutions, les compagnies d'assurances privées offrent aussi des produits d'assurance maladie. La diversité de cet ensemble de structures permet d'offrir l'accès quasi universel aux soins de santé à la population⁵². À ce jour, près de 98% des Rwandais bénéficient d'une assurance maladie publique, un taux bien plus élevé qu'aux Etats-Unis. Le système comprend 3 catégories :

- les employés de l'État ;
- les assurances privées pour les employés du secteur formel ne travaillant pas pour l'Etat ;
- Une assurance qui cible le secteur informel cad 95% et qui permet de couvrir, au niveau local, la très grande majorité des Rwandais.

Aujourd'hui le Rwanda est un véritable modèle en termes d'assurance maladie dans un contexte où l'accès à la santé demeure un sérieux problème même pour les pays développés au point que certains auteurs qualifient le système de soins de santé de « miracle Rwandais ». L'espérance de vie est passée, en quelques années, de 45 à 63 ans, la mortalité maternelle a chuté de 40%, l'immunisation des enfants a atteint 100%, le recours à la contraception a triplé en 10 ans. Pour un pays qui était encore en 2012 le 17^e pays le plus pauvre en termes de PIB/habitant, cela tient presque d'un miracle.⁵³ Le système rwandais a, cependant, des limites et risque de s'écrouler; le problème est à la fois politique et économique: Selon une étude du Tropical Medicine & International Health, sur les 307 milliards de dollars dépensé chaque année pour maintenir à flot ce système, plus de la moitié est financée par des

⁵¹ Alexandra Panis, « Le Rwanda : Cas particulier d'une assurance pour tous obligatoire », Programme BIT/STEP, Kigali, 2007, pp. 1-2, <<https://www.social-protection.org/gimi/gess/Media.action?id=7641>>, consulté le 30/05/2025.

⁵² Voir le site du BIT, Plate-forme protection sociale (<social-protection.org>).

⁵³ Laurent Musango, Ole Doetinchem, Guy Carrin, « De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle : expérience du Rwanda » in *Health Systems Financing, Discussion Paper*, n° 1, 2009, pp. 1-52. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85692/HSS_HSF_DP.F.09.1_fre.pdf?sequence=1>, consulté le 30/05/2025.

donateurs étrangers, que ce soit des ONG comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ou bien des États, comme les États-Unis. Cette situation risque de conduire à une non-indépendance financière mais aussi au risque d'un grand déficit en cas de retrait soudain de ces financements. Des désaccords politiques entre Kigali et Washington pourraient bien mettre en difficulté un système de santé fortement dépendant⁵⁴.

L'art 2 du PIDESC invite, certes, les Etats à combiner leurs efforts propres et l'assistance et la coopération internationale pour garantir la jouissance des droits économiques, sociaux et culturels y compris le droit à la santé, mais invite aussi les Etats à engager le maximum de leurs ressources disponibles. De par les actions déjà entreprises. La RDC court également le risque de bâtir sa couverture santé sur la même faiblesse qu'est la dépendance quasi-totale à des financements extérieurs, la CSU étant totalement laissée à la merci de l'aide internationale et à la météo des relations internationales. Les efforts semblent être plus orienter vers les appuis extérieurs que vers la mobilisation financière interne qui, du reste, demeure une option fortement viable. À la difficulté de lever des fonds, s'ajoute le manque de confiance dans les institutions du gouvernement qui risque de paralyser le processus.

Conclusion

Cette étude sur la CSU comme meilleur moyen de mise en œuvre du droit d'accès à la santé met en lumière l'engagement de la RDC à offrir à la population de meilleures conditions d'accès et de jouissance du droit à la santé mais qui est confronté à plusieurs obstacles, les plus importants étant relatifs à la capacité financière de basculer d'un système volontaire à un système obligatoire de couverture sanitaire. L'allocation d'un budget important au secteur de santé et des mesures efficaces d'opérationnalisation représentent à ce jour le moyen le plus efficace pour accélérer la couverture

⁵⁴ Valentin Schmite, « Le Rwanda, un système d'assurance maladie plus performant que les Etats-Unis. Mais à quel prix ? » in *Slate*, 05 avril 2014, <<https://www.slate.fr/story/85073/rwanda-assurance-maladie>>, consulté le 30/05/2025.

santé pour chaque congolais car, paralysée par le faible niveau de revenus, la population congolaise ne pourra faire face au poids de la CSU. Même dans la meilleure des hypothèses où des financements importants seraient levés, un réel progrès vers la CSU ne peut être envisagé qu'à travers des services de santé complets, de bonne qualité et immédiatement disponibles pour qu'ils soient attractifs pour la population.

La CSU ne peut être envisageable qu'à travers une volonté politique forte qui se traduit par un engagement à financer, avec le budget de l'Etat, la majorité des coûts de la CSU plutôt que de la laisser se reposer sur les fruits de la coopération internationale. Au fur et à mesure de l'implantation de la CSU, il se remarque que la RDC fournit plus d'effort dans la recherche des partenariats externes que dans la mobilisation des ressources internes conséquentes. Le financement de la CSU doit se baser à la fois sur les contributions de ménages (assurances sociales, mutuelles de santé) et sur des subventions publiques nationales et provinciales conséquentes pour couvrir toutes les couches et catégories de la population. Pour cela, il faut que la RDC poursuive les réformes politiques en cours et mène des réformes fiscales courageuses à la recherche des financements importants comme les recettes non fiscales issues des certaines redevances versées par l'industrie extractive, minières, compagnie aérienne, téléphonie mobile, transfert bancaire des fonds, imposition sur le tabac et les alcools, Ces financements innovants demeurent une option hautement viable.

La réussite de la CSU dépend aussi de l'augmentation progressive et considérable du budget de l'Etat et de la part allouée à la santé en inscrivant cette dernière comme une priorité de l'action gouvernementale aussi bien au niveau national que provincial, la santé étant une compétence constitutionnellement partagée entre les provinces et l'administration centrale. La RDC manifeste, à n'en point douter, une ferme volonté d'offrir une couverture maladie de qualité à sa population mais sa capacité à en assumer les coûts demeure très faible à ce jour et paralyse sa mise en œuvre.

Bibliographie :

Instruments juridiques

1. Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948, JORDC, numéro spécial du 05 décembre 2002.
2. PIDESC du 16 décembre 1966, JORDC, numéro spécial, 5 décembre 2002.
3. Convention internationale de 1965 sur l'élimination de toutes formes de discrimination raciale.
4. Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979.
5. Convention de 1989 relative aux droits de l'enfant.
6. Convention internationale de 1990 sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur familles.
7. Convention de 2006 relative aux droits des personnes handicapées.
8. Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples du 27 juin 1981.
9. Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique du 11 juillet 2003.
10. Constitution de la RDC du 18 février 2006 telle que modifiée par la loi n° 11/002 du 20 janvier 2011 portant révision de certains articles de la Constitution de la RDC in JORDC, 50ème année, Kinshasa, numéro spécial.
11. Loi N°015/2002 du 16 Octobre 2002 portant Code du travail congolais telle que modifiée en 2016.
12. Ordonnance-Loi N°23/006 du 03 Mars 2023 modifiant et complétant l'Ordonnance-Loi N°18/035 du 13 décembre 2018, fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé Publique en RDC.

13. Arrêté départemental D. SASS S/ 1250/0003/82 du 20 Juin 1982 portant catégorisation des malades, des praticiens et des formations médicales.

Doctrine

14. Agyepong, Akua *et al.* (2017), « The path to longer and healthier lives for all Africans by 2030 : the Lancet Commission on the future of Health in Sub-Saharan Africa », *The Lancet*, Vol. 390, n0 10114, 2803-2859.
15. Kahindo Mbeva, Jean-Bosco, *et al.* (2023), « Enjeux et défis de couverture santé universelle en République Démocratique du Congo : Synthèse critique interprétative de la littérature », *International Journal of Innovation and Scientific Research*, Vol. 66, n0 1, 42-56.
16. Kabinda, Jeff ; Mitashi, Patrick ; Chenge, Faustin (2017), « Couverture Sanitaire Universelle (CSU) : comment financer l'inclusion du secteur informel en République Démocratique du Congo (RDC) ? », *Centre de connaissance en Santé (CCSC)*, note politique n°1, 1-12. <https://fr.scribd.com/document/743522993/CSU-Financement-du-SS>.
17. Kutzin, Joseph (2012), « Anything goes on the path to universal health coverage? », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 90, no. 11, 867-868.
18. Matenga, Eloko Eya *et al.* (2024), « Analyse des dépenses publiques de santé de nutrition dans les perspectives de la malnutrition en République Démocratique du Congo », *International journal of Social Sciences and Scientific Studies*, vol. 4, no. 1, 3628-3641.
19. Mișcoiu, Sergiu ; Craciun, Oana ; Colopelnic, Nicoleta (2008), *Radicalism, Populism, Interventionism. Three Approaches Based on Discourse Theory*, Cluj-Napoca, Editura Fundației pentru Studii Europene.
20. Mukinayi, Dominique Kenge ; Mișcoiu, Sergiu (2020), « Rétroactes du conflit congolais (RDC) et regard sur ses causes », *Studia UBB. Europaea*, vol. 65, no. 2, pp. 105-131.

21. Musango, Laurent ; Doetinchem, Ole ; Carrin, Guy (2009), « De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle : expérience du Rwanda », *Health Systems Financing, Discussion Paper*, no. 1, 1-52.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85692/HSS_HSF_DP.F.09.1_fre.pdf?sequence=1
22. Ngongo, Modeste ; Kakolomami, Shako ; Kluyskens, Yves (2018), « Mise en place d'une micro-assurance santé à Katako-Kombe, RDC: contraintes et défis », *Santé publique*, vol.30, no. 6, 887-898.
23. Nyamugira, Alexis *et al.* (2022), « Towards the achievement of universal health coverage in the Democratic Republic of Congo: does the Country walk its talk? », *BMC Health Services Research*, vol. 22, no. 860, 2-13.
24. Nyandekwe, Médard ; Nzayirambaho, Manassé ; Kakoma, Jean-Baptiste (2020) « Universal health insurance in Rwanda: major challenges and solutions for financial sustainability case study of Rwanda community-based health insurance part I », *Pan African Medical Journal*, vol. 37, no. 55, 1-11.
25. Waelkens, Maria-Pia *et al.* (2017), « An in- depth investigation of the causes of persistent low membership of community-based health insurance: A case study of the mutual health organisation of Dar Naïm, Mauritania », *BMC Health Services Research*, vol.17, no. 535, 2-18.

Articles de presse, Rapports et autres documents

26. Banque mondiale (2016), *Rapport mondial sur la pauvreté*, Banque Mondiale.
27. Banque Mondiale (2025), « La République démocratique du Congo : Vue d'ensemble, Avril 2025 ».
<https://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/overview>.

28. Haut-Commissariat des Nations-Unies aux Droits de l'Homme, Organisation Mondiale de la Santé (2009), *Le droit à la santé*, Genève, Editions du HCDH.
29. Institut national de la statistique et l'Ecole de Santé publique de Kinshasa (2024), *Enquête démographique et de santé EDS-RDC III 2023-2024*, Rapport des indicateurs clés.
30. Louis dit Guerin, Olivier (2004), « Etude IMT Anvers sur la faisabilité de la mise en œuvre de mutuelles de santé en RDC (Septembre – Octobre 2004) », 2-16. <https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=7710>.
31. Lufungula, Arsene (2021), *Rapport synthèse d'étude des coûts en vue de la mise en place d'un système d'inscription des ménages sur la base du dossier familial dans la perspective de l'assurance maladie universelle dans la zone de santé pilote de l'ULB-Coopération*, Goma, 2021, pp. 1-28.
32. Ministère du Budget (2022), *Résumé du budget 2023*, Kinshasa, Septembre.
33. Ministère de la santé de la RDC (2006), *Stratégie de renforcement du système de santé en RDC*, Kinshasa, Ministère de la Santé de la RDC, 3-38.
34. Ministère de la Santé/RDC (2020), *Plan stratégique national pour la couverture santé universelle 2020-2030*, janvier.
35. Ministère de la santé publique de la RDC (2021), *Rapport sur les comptes de la santé de la RDC 2020*, ministère de la Santé publique de la RDC.
36. OMS (2025), « Mortalité maternelle », OMS, article du 7 avril. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:text=Le%20taux%20mondial%20de%20mortalit%C3%A9,%C3%A9t%C3%A9%20atteint%20au%20niveau%20national>.

37. OMS (2025), « Couverture santé universelle », in OMS, 20 mars. [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
38. OMS (2010), *Rapport sur la santé dans le monde 2010 : Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers la couverture santé universelle*, Genève : Organisation mondiale de la Santé.
39. PNUD (2017), *Rapport sur le taux de pauvreté en RDC*, PNUD.
40. Présidence de la RDC, Conseil national de la Couverture santé universelle CN-CSU (2020), *Plan stratégique national pour la couverture santé universelle 2021-2030*, République démocratique du Congo, Kinshasa Janvier, 4-65.
41. Panis, Alexandra (2007), « Le Rwanda : Cas particulier d’une assurance pour tous obligatoire », *Programme BIT/STEP*, Kigali. <https://www.social-protection.org/gimi/gess/Media.action?id=7641>.
42. Schmite, Valentin (2014), « Le Rwanda, un système d’assurance maladie plus performant que les Etats-Unis. Mais à quel prix ? », *Slate*, 05 avril. <https://www.slate.fr/story/85073/rwanda-assurance-maladie>.
43. Sundi, Djesany (2024), « RDC : lancement de la carte nationale d’assurance maladie », *Info.cd*, article du 29 février. <https://infos.cd/actualite/sante/rdc-lancement-de-la-carte-nationale-dassurance-maladie/41612/>.
44. Tchouaket, Eric ; Equipe d’ULB-coopération (2023), *Les financements innovants du système de santé au Nord-Kivu*, ULB-coopération, 4-18. <https://www.ulb-cooperation.org/wp-content/uploads/2024/03/ulb-cooperation-2023-les-financements-innovants-du-systeme-de-sante-au-nord-kivu.pdf>.
45. UNICEF (2023), *Country annual report, Congo update on the context and situation of children*. <https://www.unicef.org/reports/country-regional-divisional-annual-reports-2023/Congo>.
46. UNFPA (2023), « Lancement de la gratuité des accouchements en RDC », 23 septembre 2023.

47. Vivuya, Bernadette (2025), « En RD-Congo, la recherche de solutions face aux défaillances du système de protection sociale de santé », *Equal Times*, article de presse du 22 mai.
<https://www.equaltimes.org/en-rd-congo-la-recherche-de?lang=fr>.
48. Vigneul, Michel (2019), Rapport de l'étude actuarielle relative à la mise en place d'une couverture maladie universelle (CSU) dans la Province du Nord Kivu, Goma, ULB Coopération, PADISS.

