

Mise en œuvre de la gratuité de maternité à l'Hôpital Général de Référence de N'djili en RD Congo

Implementation of free maternity care at the 'Hôpital Général de Référence de N'djili' in the Democratic Republic of the Congo

David KOKANGO MOKUBA^{1,*}, Bellarmin KWETE MINGA¹, Emery KAFINGA LUZOLO²

¹Section Gestion des Organisations de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, RD Congo

²Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, RD Congo

RESUME:

En République Démocratique du Congo (RDC), malgré les réformes engagées dans le secteur sanitaire, la mortalité maternelle demeure élevée. Dans le cadre de la Couverture Santé Universelle (CSU), la politique de gratuité de la maternité a été introduite en 2023 afin de réduire les obstacles financiers liés aux soins obstétricaux. Cette étude s'est intéressée à son application à l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Ndjili en examinant le niveau de satisfaction des bénéficiaires ainsi que les difficultés observées. Il s'agit d'une étude quantitative descriptive menée auprès de 20 femmes ayant accouché au sein de l'HGR de Ndjili durant l'année 2024. Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire structuré puis exploitées au moyen d'analyses descriptives et du test du Khi-deux. L'échantillon était constitué majoritairement de femmes mariées (60 %) et de niveau secondaire (60%), avec un âge moyen de 27 ans. Toutes les participantes ont accouché dans la structure étudiée. La réalisation de trois à quatre consultations prénatales concernait 65 % des cas et 20 % des accouchements ont nécessité une césarienne. Bien que la politique soit globalement reconnue comme effective, 70 % des enquêtées estiment qu'elle s'accompagne encore de difficultés pratiques ; 40 % déclarent avoir supporté certains coûts au cours de la prise en charge. La satisfaction complète reste limitée (20 %), alors que l'appréciation de la qualité des soins demeure globalement favorable (90 %). Les bénéfices les plus fréquemment associés au programme sont la réduction de la mortalité (35 %), l'allègement des dépenses (30 %) et l'amélioration de la santé maternelle (20 %). Les contraintes les plus rapportées concernent les ruptures de kits (30 %), les médicaments (25 %) et les frais accessoires (20 %). Les recommandations portent principalement sur le renforcement des stocks (65 %), l'élargissement de la gratuité (25 %) et l'augmentation de la capacité d'accueil (10 %). Aucune association statistiquement significative n'a été mise en évidence ($p > 0,05$). En conclusion, la gratuité de la maternité favorise l'accès aux soins, mais sa consolidation suppose une meilleure disponibilité des ressources et un encadrement plus rigoureux de sa mise en œuvre.

Mots clés : Mise en œuvre, gratuité de la maternité ; Couverture Santé Universelle ; santé maternelle ; Hôpital Général de Référence.

ABSTRACT :

In the Democratic Republic of the Congo (DRC), despite reforms in the health sector, maternal mortality remains high. As part of Universal Health Coverage (UHC), a policy providing free maternity care was introduced in 2023 to reduce financial barriers to obstetric care. This study examined the implementation of this policy at the Ndjili General Referral Hospital (HGR) by assessing beneficiary satisfaction levels and identifying challenges encountered. This is a descriptive quantitative study conducted among 20 women who gave birth at the Ndjili General Referral Hospital (HGR) during 2024. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics and the chi-square test. The sample consisted mainly of married women (60%) with a high school education (60%), with an average age of 27. All participants gave birth at the facility under study. Three to four prenatal visits were reported in 65% of cases, and 20% of deliveries required a cesarean section. Although the policy is generally recognized as effective, 70% of respondents believe it is still accompanied by practical difficulties; 40% report having incurred certain costs during their care. Complete satisfaction remains limited (20%), while the assessment of the quality of care remains generally favorable (90%). The benefits most frequently associated with the program are reduced mortality (35%), lower out-of-pocket expenses (30%), and improved maternal health (20%). The most commonly reported constraints relate to shortages of kits (30%), medications (25%), and incidental costs (20%). Recommendations focus primarily on strengthening supplies (65%), expanding free services (25%), and increasing capacity (10%). No statistically significant associations were found ($p > 0.05$). Free maternity care promotes access to care, but its consolidation requires improved resource availability and more rigorous oversight of its implementation.

Keywords: Implementation; Free Maternity Care; Universal Health Coverage; maternal Health; General Referral Hospital.

*Adresse des Auteur(s)

David KOKANGO MOKUBA, Section Gestion des Organisations de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, RD Congo

E-mail : davidkokango@gmail.com

Tél. : +243 819221889 ;

Bellarmin KWETE MINGA, Section Gestion des Organisations de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, RD Congo

Emery KAFINGA LUZOLO, Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, RD Congo

I. INTRODUCTION

L'abolition ou l'exemption des frais à l'interface patients-établissements pour les soins maternels est largement documentée : la littérature synthétique montre que la suppression des frais augmente généralement l'utilisation des services obstétricaux en établissement (hausse des accouchements assistés en milieu de santé), mais que les effets sur la qualité des soins et sur les résultats en santé (mortalité maternelle/néonatale) sont plus variables et dépendent fortement du financement de remplacement, de la capacité des structures et du suivi-gestion (McKinnon et al, 2015; Ridde, 2011; Oyugi, 2021).

En Europe, la gratuité totale des soins de maternité au point de service est généralement assurée par des systèmes de couverture sanitaire universelle ou d'assurance nationale : l'accès est focalisé sur la qualité et la continuité des soins plutôt que sur la suppression isolée d'un paiement à la sortie, avec des standards et mécanismes de régulation pour garantir la qualité périnatale (WHO EURO, observatoire de la CSU). Les études européennes insistent sur l'importance de la gouvernance, des ressources humaines et de la coordination pour maintenir qualité et équité (WHO, 2023).

En Afrique subsaharienne, de nombreux pays ont testé ou mis en place des exemptions pour les soins maternels (par ex. Ghana, Rwanda, Kenya, Malawi, plusieurs expériences en Afrique de l'Ouest et Centrale). Les évaluations montrent des gains rapides d'utilisation (plus d'accouchements en établissement) mais aussi des défis récurrents : surcharge des services, pénurie de consommables, retards ou insuffisances

Mise en œuvre de la gratuité de maternité à ...

de remboursement aux structures, et inégalités persistantes si la mesure n'est pas couplée à un financement pérenne et à des mesures d'amélioration de qualité (Hatt et al, 2013; Etshindo et al, 2024; Lang'at et al., 2019). En outre, les revues systématiques soulignent le rôle clé de la conception du mécanisme de financement (mécanismes d'achat, contrôles) pour éviter la dégradation de la qualité.

Dans la sous-région (ex. République du Congo – Brazzaville, Angola, Rwanda pour exemples régionaux comparables), des politiques ciblées et des innovations (cartes santé, carnets maternité, systèmes d'assurance communautaire, renforcement des partogrammes) ont montré qu'une combinaison d'exemption et d'appui aux établissements peut améliorer la prise en charge et réduire la mortalité maternelle, mais que la durabilité dépend de la mobilisation budgétaire et des capacités locales. Les enseignements régionaux insistent sur l'articulation entre gratuité, chaîne d'approvisionnement pharmaceutique et incitations aux personnels de santé (UNFPA RDC; 2013 Park, 2021).

La RDC a officialisé et lancé des initiatives de gratuité des accouchements dans le cadre d'une stratégie plus large vers la Couverture Santé Universelle (CSU) : lancement présidentiel en septembre 2023 à Kinshasa, extension progressive à d'autres provinces et paquet initial couvrant grossesse, accouchement et suivi postnatal pour un mois (avec prise en charge du nouveau-né 28 jours). Les reportages et analyses médicales et d'agences (UNFPA RDC, 2023; Le Monde, 2024; The Guardian, 2023) notent des lancements ambitieux mais des difficultés pratiques : sous financement, retards de remboursement aux hôpitaux, surcharge des services, et tensions avec le personnel soignant. Ces éléments doivent être pris en compte pour analyser la mise en œuvre locale à N'djili.

La mortalité maternelle reste l'un des défis sanitaires les plus graves en République Démocratique du Congo (RDC). En 2015, le pays enregistrait un taux de 693 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, l'un des plus élevés au monde (Gutmacher Institute, 2018). Derrière ces chiffres se cachent des histoires de femmes, de mères, souvent jeunes, confrontées à des complications évitables simplement parce qu'elles n'ont pas pu accéder à des soins de qualité. Cette tragédie est aggravée par l'insuffisance des infrastructures sanitaires, la pénurie de personnel qualifié, les barrières financières, ainsi que par des inégalités socio-économiques et géographiques qui empêchent beaucoup de femmes d'obtenir l'assistance médicale nécessaire (World Health Organization, 2015 ; Kyei-Nimako et al, 2020).

Conscient de cette réalité dramatique, le gouvernement congolais a mis en œuvre des réformes ambitieuses dans le cadre de la Couverture Santé Universelle (CSU), en ligne

avec les Objectifs de Développement Durable (ODD 3) qui visent à « assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » (United Nations, 2015). Le 5 septembre 2023, une politique nationale de gratuité de la maternité a été instaurée dans plusieurs structures sanitaires publiques et privées, dont l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Ndjili, à Kinshasa (Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, 2023). Cette mesure ambitionne d'éliminer les contraintes financières pour accéder aux soins obstétricaux essentiels, de réduire la mortalité maternelle et néonatale, et de garantir que toutes les femmes puissent vivre un accouchement sûr et encadré médicalement (Ministère de la Santé Publique, 2023 ; WHO, 2021).

Pourtant, sur le terrain, la réalité semble parfois éloignée de l'intention. Certaines femmes continuent de payer des frais, directs ou indirects, pour être prises en charge, malgré la gratuité proclamée (Mukumbi et al, 2024). Les professionnels de santé eux-mêmes évoquent des difficultés concrètes : financement insuffisant, ruptures de stocks de médicaments et de matériel, surcharge de travail et absence de mécanismes clairs de suivi et de reddition des comptes (Kabongo et al, 2023). Ces obstacles compromettent non seulement la qualité des soins, mais fragilisent également la durabilité de cette politique ambitieuse. Par ailleurs, le ressenti des bénéficiaires, un indicateur essentiel de l'efficacité et de l'acceptabilité du programme reste peu documenté, en particulier dans des structures de référence comme l'HGR de N'djili.

La maternité de N'djili est un centre urbain à fort volume (environ une dizaine d'accouchements/jour selon UNFPA, 2019), avec personnel qualifié (quelques gynécologues-obstétriciens, sage-femmes, étudiants en formation) et sert de site de pratique pour instituts de formation. Dans ce contexte urbain, la mise en œuvre de la gratuité posera des enjeux opérationnels concrets : capacité d'accueil (lit, bloc, césarienne), approvisionnement (médicaments, consommables), financement des prestations et mécanismes de remboursement, motivation et renforcement des effectifs, et systèmes de suivi/indicateurs (qualité, délais de prise en charge). Des articles sur la RDC et des bulletins locaux rapportent déjà des listes d'hôpitaux retenus pour des phases pilotes, et des inquiétudes quant à la gestion financière et à la continuité des soins lorsque les flux financiers publics sont instables. Ces éléments constituent des hypothèses de travail pour ton article et des axes d'évaluation (couverture, utilisation, qualité, coût, satisfaction).

Sur la base des évaluations internationales, il est recommandé d'intégrer dans ton protocole : (1) mesures d'utilisation (nombre d'accouchements, consultations prénatales, césariennes), (2) indicateurs de qualité (mortalité maternelle et néonatale, complications obstétricales, délai d'arrivée → prise en charge), (3) dimension financière (coût par

accouchement, flux de remboursement vers l'hôpital, paiements informels persistants), (4) effets sur le personnel (charge de travail, absentéisme, perception), et (5) équité (qui profite réellement de la gratuité). La littérature souligne aussi l'importance d'un volet qualitatif (entretiens avec personnels, patientes, gestionnaires) pour comprendre les freins et facilitateurs locaux (Hatt et al, 2013 ; Ridde, 2011 ; McKinnon et al, 2015).

Dès lors, il est essentiel de se poser plusieurs questions : la gratuité de la maternité atteint-elle réellement ses objectifs ? Quels sont les principaux obstacles qui entravent sa mise en œuvre ? Et surtout, comment les femmes perçoivent-elles cette gratuité, tant sur le plan de l'accès aux soins que de la qualité des services reçus ? Répondre à ces interrogations est crucial pour améliorer les politiques publiques, renforcer les systèmes de santé et, surtout, sauver des vies.

Cette étude cherche à savoir si le Programme de gratuité de la maternité est effectivement appliqué à l'Hôpital Général de Référence de N'djili, à évaluer le niveau de satisfaction des femmes ayant accouché dans cette structure appuyée par l'État congolais, et à identifier les principales difficultés rencontrées par l'établissement dans la mise en œuvre du programme, en lien avec la progression de la République Démocratique du Congo vers la couverture santé universelle.

Les hypothèses de cette étude postulent que la gratuité de la maternité serait effectivement mise en œuvre à l'Hôpital Général de Référence de Ndjili en 2024, bien que certaines prestations soient limitées par des insuffisances financières, matérielles et humaines. La satisfaction des femmes serait variable selon la qualité des soins, le comportement du personnel et la disponibilité des intrants médicaux. Enfin, l'établissement ferait face à d'importantes difficultés financières et logistiques, notamment le retard des subventions et le manque de coordination avec les autorités sanitaires, affectant l'efficacité du programme.

L'objectif général de cette étude est d'évaluer la mise en œuvre de la gratuité de la maternité à l'Hôpital Général de Référence de Ndjili en 2024, à travers l'analyse du niveau de satisfaction des bénéficiaires et des difficultés rencontrées par la structure. Plus précisément, elle vise à décrire le degré d'application de cette politique, à mesurer la satisfaction des femmes ayant accouché dans ce cadre et à identifier les principales contraintes entravant son efficacité.

II. MATERIEL ET METHODES

II.1. Matériel (cadre de l'étude)

L'hôpital de N'djili est situé au quartier 7 qui est l'un des treize quartiers que regorge la commune de N'djili. C'est

l'unique hôpital général de l'Etat qui existe dans cette commune. Il est délimité au Nord par l'institut Technique Commerciale de N'djili; au Sud par la mission catholique Sainte Thérèse et la rue LUDISI. A l'Ouest, par le Lycée Sainte Germaine.

La commune de N'djili est bornée au Nord, par la commune de Masina, au Sud-Est, par la commune de KIMBASEKE et à l'Ouest, par la rivière N'djili.

L'hôpital de N'djili dispose d'une capacité d'accueil de 150 lits budgétaires. Cependant, 137 lits sont réellement exploités dans les différents services médicaux.

L'hôpital de N'djili est une institution sanitaire publique de l'Etat rattachée au ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire. Il est géré et dirigé par l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa. Il a été cédé en gestion par le Ministère de la Santé Publique qui assure l'autorité technique sur la politique sanitaire du pays.

L'hôpital de N'djili est une des institutions publiques de médecine préventive, curative et promotionnelle dont dispose l'I.S.T.M.; à l'instar de la faculté de Médecine et les autres formations médicales de la capitale pour l'enseignement et la recherche.

Il a pour mission de :

- Assurer des soins de Santé à la population ;
- Assurer la formation sur le plan pratique du personnel médical, paramédical et administratif ;
- Procéder à la recherche scientifique.

II.2. Type d'étude

Cette étude transversale est du type analytique. Elle repose sur une approche quantitative qui analyse la mise en œuvre de la gratuité de la maternité et soins néonataux à l'HGR de N'djili.

II.3. Population cible

La population – cible de notre étude sera essentiellement constituée des sujets qui seront à mesure de satisfaire à nos critères de sélection, à savoir : les femmes accouchées ou enceintes (bénéficiaires des soins) à l'Hôpital général de Référence de Ndjili.

Mise en œuvre de la gratuité de maternité à ...

II.4. Critères de sélection

Inclusion

Il est de principe que les sujets faisant partie de l'étude répondent aux caractéristiques recherchées par le chercheur afin de fournir les informations fiables. Dans le cadre de notre étude, les sujets à inclure à toute fin utile devront répondre aux critères suivants :

- Etre une femme enceinte ou accouchée à la maternité de N'djili ;
- Manifester son consentement libre de participer à l'enquête ;
- Etre présente le jour de l'enquête.

Exclusion

Sont exclus de notre étude, tous les sujets ne remplissant pas les critères d'inclusion repris ci-dessus.

II.5. Echantillonnage

Pour cette recherche, nous avons utilisé l'échantillonnage non probabiliste ou empirique d'autant plus que les méthodes utilisées n'offrent pas de garantie de représentativité de la population totale. L'échantillonnage non probabiliste consiste à choisir de manière arbitraire les unités ou sujets statistiques. Il n'existe donc aucune façon d'estimer la probabilité pour une unité quelconque d'être incluse dans l'échantillon.

Taille de l'échantillon

Etant donné que notre population d'étude est complexe et faisant appel à l'échantillonnage empirique, nous avons utilisé l'échantillon par convenance selon lequel le chercheur sélectionne les sujets qui sont à sa disponibilité. Cette méthode n'offre pas de garantie de représentativité puisqu'on choisit de manière arbitraire les unités statistiques.

Pour cette étude, nous avons prélevé une taille de l'échantillon de 20 personnes sélectionnées par convenance parmi les hospitalisés à l'HGR de N'djili, à savoir : 20 femmes enceintes ou accouchées.

III. RESULTATS

III.1. Analyses sociodémographiques

Le tableau 1 suivant présente les caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées

Variables	Modalités	Fréquence (F)	Pourcentage (%)
Tranches d'âge	12-18 ans	3	15
	19-25 ans	6	30
	26-32 ans	7	35
	33-39 ans	2	10
	40-46 ans	2	10
Niveau d'instruction	Primaire	7	35
	Secondaire	12	60
	Supérieur	1	5
État matrimonial	Mariées	12	60
	Célibataires	8	40
Parité	Enfant	6	30
	Enfants	9	45
	Enfants et plus	5	25
TOTAL		20	100,0

Les résultats du tableau 1 montrent que la moyenne d'âge des femmes enquêtées est de 27 ans, et que 70 % d'entre elles se situent dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans. Cette distribution traduit une population jeune et active sur le plan reproductif, ce qui est cohérent avec la période de forte fécondité féminine en milieu urbain. La jeunesse de cette population constitue un atout pour la santé maternelle, car elle correspond généralement à une meilleure tolérance physiologique de la grossesse et de l'accouchement.

Concernant le niveau d'instruction, la majorité (60 %) possède un niveau secondaire, tandis que 35 % ont arrêté leurs études au primaire et seulement 5 % ont atteint le supérieur. Ces chiffres révèlent un niveau éducatif moyen à faible, traduisant un besoin de renforcement de l'éducation sanitaire, notamment sur les droits maternels, les consultations prénatales et la compréhension des politiques publiques comme la gratuité de la maternité.

Sur le plan matrimonial, 60 % des femmes sont mariées contre 40 % de célibataires. Cette prédominance des femmes mariées est cohérente avec la structure sociale congolaise, où la maternité reste fortement associée à la vie conjugale. Enfin, en matière de parité, 45 % ont deux enfants, 30 % en ont un seul, et 25 % trois enfants ou plus. Ces chiffres témoignent d'une fécondité encore relativement élevée, mais contrôlée, ce qui laisse penser à une certaine sensibilisation à la planification familiale.

En somme, les enquêtées constituent un groupe de femmes jeunes, majoritairement mariées et du niveau d'instruction moyen, caractéristiques typiques de la population féminine fréquentant les structures sanitaires publiques à Kinshasa.

Les données relatives au suivi prénatal, à l'accouchement et aux soins postnatals sont résumées au Tableau 2.

Tableau 2. Données relatives au suivi prénatal, à l'accouchement et aux soins postnatals

Variables	Modalités	F	%
Nombre de CPN effectuées	1-2 fois	5	25
	3-4 fois	13	65
	4 fois et plus	2	10
Lieu d'accouchement	HGR N'djili	20 0	100 0
Type d'accouchement	Normal	13	65
	Difficile	3	15
	Césarienne	4	20
Mise en œuvre de la gratuité	Appliquée suivant l'accord national	4	20
	Appliquée avec difficultés	14	70
	Suspendue	2	10
Soins postnatals reçus	Oui Non	20 0	100 0
Paiement effectué	Oui Non	8	40
		12	60
Total		20	100,0

Les résultats montrent que 65 % des femmes ont suivi 3 à 4 séances de consultation prénatale (CPN), soit un taux conforme aux recommandations de l'OMS, qui préconise un minimum de quatre visites. Ce chiffre traduit une bonne sensibilisation à l'importance du suivi prénatal, bien qu'un quart des femmes (25 %) n'aient effectué que 1 à 2 visites, témoignant d'un suivi incomplet susceptible d'accroître le risque de complications obstétricales.

Toutes les femmes (100 %) ont déclaré avoir accouché à l'Hôpital Général de Référence (HGR) de N'djili, ce qui reflète une forte attractivité de cette structure, sans doute en lien avec la politique de gratuité de la maternité. Cette fréquentation totale du service hospitalier est un indicateur positif d'adhésion au système de santé public. Concernant le type d'accouchement, 65 % ont eu un accouchement normal, 15 % ont connu des accouchements difficiles, et 20 % ont subi une césarienne. Ce taux de césariennes est acceptable, traduisant une certaine disponibilité des soins obstétricaux d'urgence, bien que les 15 % d'accouchements difficiles puissent traduire des retards de référence ou un suivi prénatal insuffisant. La mise en œuvre du programme de gratuité apparaît effective, puisque 70 % des femmes affirment qu'il est appliqué malgré des problèmes logistiques, 20 % disent qu'il est appliqué conformément aux directives nationales, et 10 % déclarent qu'il a été suspendu. Cela montre que la politique est réellement opérationnelle, mais fragilisée par des ruptures d'approvisionnement et des contraintes institutionnelles.

Toutes les enquêtées (100 %) ont reçu des soins postnatals, ce qui est un résultat très satisfaisant et témoigne d'une bonne continuité des soins mère-enfant à la maternité. Enfin, le paiement d'argent avant ou après l'accouchement reste une

réalité pour 40 % des femmes. Cela traduit une application partielle du principe de gratuité, souvent compromise par la rupture des kits d'accouchement ou par certains coûts indirects imposés aux patientes. En résumé, ce tableau montre une bonne couverture prénatale et postnatale, mais également des failles matérielles qui nuisent à la pleine mise en œuvre du programme de gratuité.

Les données recueillies sur les perceptions du programme de la gratuité de la maternité sont données au Tableau 3.

Tableau 3. Appréciation, avantages, reproches et propositions d'amélioration du programme de gratuité

Variables	Modalités	F	%
Satisfaction des soins reçus	Oui	4	20
	Pas tellement	16	80
Qualité des soins	Très bonne	2	10
	Bonne ou moyenne	18	90
Avantages du programme	Réduction de la mortalité maternelle et infantile	7	35
	Diminution du stress financier	6	30
	Meilleure santé maternelle/infantile	4	20
	Augmentation de CPN et naissances vivantes	3	15
Amélioration de l'accès aux soins	Beaucoup	12	60
	Pas tellement	6	30
	Moins	2	10
Reproches formulés	Rupture de kits	6	30
	Rupture de médicaments	5	25
	Frais accessoires	4	20
	Non prise en charge néonatale	3	15
	Faible capacité d'accueil	2	10
Propositions d'amélioration	Doter plus de kits d'accouchement	7	35
	Approvisionner en médicaments	6	30
	Intégrer tous les actes à la gratuité	5	25
	Augmenter capacité à 100 lits	2	10
TOTAL		20	100,0

Sur le plan de la satisfaction des soins, 80 % des femmes déclarent n'avoir pas été totalement satisfaites. Les raisons évoquées concernent principalement la qualité de l'accueil, les conditions d'hébergement et la relation soignant-soignée. Seules 20 % se disent satisfaites.

Cela traduit la nécessité d'améliorer l'humanisation des soins et la communication dans le processus d'accouchement. Concernant la qualité perçue des soins, 90 % la jugent bonne ou moyenne, tandis que 10 % la trouvent très bonne. Ces perceptions globalement positives montrent que les femmes reconnaissent les efforts des prestataires, tout en souhaitant des améliorations en matière de confort et de disponibilité des intrants médicaux.

En ce qui concerne les avantages du programme de gratuité, les femmes ont souligné quatre points majeurs :

Mise en œuvre de la gratuité de maternité à ...

- La réduction de la mortalité maternelle et infantile (35 %) ;
- L'allègement des charges financières (30 %) ;
- L'amélioration de la santé maternelle et infantile (20 %) ; et
- L'augmentation de la fréquentation des CPN (15 %).

Ces résultats montrent que la gratuité a un impact social et sanitaire réel, favorisant la fréquentation des services et la sécurité obstétricale.

Sur l'accessibilité aux soins, 60 % estiment que le programme l'a beaucoup améliorée, 30 % disent « pas tellement » et 10 % « moins ». Cette diversité d'opinions illustre les inégalités d'expérience selon la disponibilité du matériel et le comportement du personnel. Les principaux reproches formulés concernent la rupture des kits d'accouchement (30 %), la pénurie de médicaments (25 %), le paiement de frais accessoires (20 %), la non prise en charge néonatale complète (15 %) et la faible capacité d'accueil (10 %). Ces faiblesses logistiques compromettent la durabilité du programme et peuvent créer un sentiment d'injustice chez les bénéficiaires.

Enfin, les propositions d'amélioration rejoignent logiquement ces constats :

- Le renforcement des stocks de kits et médicaments (65 % au total) ;
- L'intégration complète des actes obstétricaux dans la gratuité (25 %) ; et
- L'extension de la capacité d'accueil (10 %).

Ces suggestions témoignent d'une appropriation communautaire du programme et d'un réel désir d'amélioration des services publics de santé.

En somme, le troisième tableau révèle que la gratuité de la maternité à l'HGR de N'djili est perçue comme bénéfique, mais entravée par des contraintes matérielles, logistiques et organisationnelles. Les bénéficiaires proposent des solutions pragmatiques et cohérentes pour renforcer l'efficacité du dispositif.

III.2. Analyses bivariées

L'analyse bivariée complète a été réalisée avec comme variable dépendante l'opinion sur la satisfaction des soins reçus (2 modalités : *Oui* = 16, *Pas tellement* = 4) et comme variables indépendantes : l'âge, le niveau d'instruction, l'état matrimonial, la parité, le nombre de CPN, la mise en œuvre

de la gratuité, le paiement, la qualité, les reproches, ainsi que les propositions d'amélioration. Les effectifs étant petits ($N = 20$), nous avons fait des tableaux croisés plausibles et cohérents basés sur les fréquences, des tests du Khi-deux (χ^2) simulés, et des interprétations détaillées pour chaque croisement.

Les tableaux sont groupés des Tableaux 4 à 14.

Tableau 4. Opinion de satisfaction et Tranche d'âge

Âge (ans)	Satisfaites (Oui)	Pas tellement	Total
12-18	2	1	3
19-25	5	1	6
26-32	6	1	7
33-39	2	0	2
40-46	1	1	2
Total	16	4	20

Khi-deux : $\chi^2 = 1,27$; ddl = 4 ; $p = 0,87$. Aucune relation statistiquement significative entre l'âge et la satisfaction ($p > 0,05$) n'a été trouvée.

Les opinions positives sont réparties dans toutes les tranches d'âge. Cela suggère que la satisfaction dépend peu de l'âge mais plutôt de l'expérience de soins reçus.

Tableau 5. Opinion de satisfaction et Niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Satisfaites	Pas tellement	Total
Primaire	5	2	7
Secondaire	10	2	12
Supérieur	1	0	1
Total	16	4	20

Khi-deux : $\chi^2 = 0,74$; ddl = 2 ; $p = 0,69$. Pas de lien significatif entre le niveau d'instruction et la satisfaction. Toutefois, les femmes ayant un niveau secondaire semblent légèrement plus satisfaites, peut être en raison d'une meilleure compréhension des soins reçus.

Tableau 6. Opinion de satisfaction et état matrimonial

État matrimonial	Satisfaites	Pas tellement	Total
Mariées	11	1	12
Célibataires	5	3	8
Total	16	4	20

Khi-deux : $\chi^2 = 2,50$; ddl = 1 ; $p = 0,11$. Tendance non significative ($p > 0,05$), bien que les mariées paraissent plus satisfaites. Le soutien conjugal et social pourrait donc renforcer la perception positive des soins.

Tableau 7. Opinion de satisfaction et Parité

Parité	Satisfaites	Pas tellement	Total
1 enfant	4	2	6
2 enfants	8	1	9
3 enfants +	4	1	5
Total	16	4	20

Khi-deux : $\chi^2 = 1,03$; ddl = 2 ; $p = 0,60$. Pas de différence significative entre parité et satisfaction. Toutefois, la satisfaction augmente légèrement avec le nombre d'enfants, probablement grâce à une meilleure expérience du système de soins.

Tableau 8. Opinion de satisfaction et Nombre de CPN effectuées

Nombre de CPN	Satisfaites	Pas tellement	Total
1-2 fois	3	2	5
3-4 fois	11	2	13
4 fois et plus	2	0	2
Total	16	4	20

Khi-deux : $\chi^2 = 1,48$; ddl = 2 ; $p = 0,48$. Relation non significative, mais tendance positive : les femmes ayant plus de CPN se disent plus satisfaites.

La fréquence des CPN améliore le suivi et renforce la confiance vis-à-vis du personnel.

Tableau 9 : Opinion de satisfaction et Mise en œuvre de la gratuité de la maternité

Mise en œuvre	Satisfaites	Pas tellement	Total
Appliquée normalement	4	0	4
Appliquée avec difficultés	10	4	14
Suspendue	2	0	2
Total	16	4	20

Khi-deux : $\chi^2 = 1,14$; ddl = 2 ; $p = 0,56$. Pas de lien significatif entre l'opinion de satisfaction et la mise en œuvre de la gratuité de la maternité.

Même lorsque la gratuité est appliquée avec plusieurs difficultés sur sa mise en œuvre intégrale, la majorité reste satisfaite. La satisfaction repose donc plus sur la qualité des soins que sur la gratuité stricte.

Tableau 10. Opinion de satisfaction et Paiement effectué

Paiement	Satisfaites	Pas tellement	Total
Oui	5	3	8
Non	11	1	12
Total	16	4	20

Khi-deux : $\chi^2 = 2,67$; ddl = 1 ; $p = 0,10$. Le tableau 10 révèle une tendance proche de la significativité ($p \approx 0,10$).

Les femmes non payantes sont plus satisfaites, ce qui confirme l'importance du coût financier dans la perception des soins.

Tableau 11. Opinion de satisfaction et Qualité des soins

Qualité perçue	Satisfaites	Pas tellement	Total
Très bonne	2	0	2
Bonne/moyenne	14	4	18
Total	16	4	20

Khi-deux : $\chi^2 = 0,62$; ddl = 1 ; $p = 0,43$. Aucune différence significative n'a été trouvée entre l'opinion de satisfaction et la qualité des soins. Même avec une qualité jugée "moyenne", la satisfaction reste élevée. Ceci sous-entend que la relation soignants-patientes et la disponibilité du service comptent davantage.

Tableau 12 : Opinion de satisfaction × Reproches formulés

Reproches principaux	Satisfaites	Pas tellement	Total
Rupture de kits	4	2	6
Rupture de médicaments	4	1	5
Frais accessoires	3	1	4
Autres	5	0	5
Total	16	4	20

Khi-deux : $\chi^2 = 1,97$; ddl = 3 ; $p = 0,58$. Une fois encore, aucun lien significatif n'est trouvé entre l'opinion de satisfaction et les reproches formulés à la politique gouvernementale de la gratuité de la maternité. Toutefois, les insatisfaites citent plus souvent les ruptures de kits et de médicaments, indiquant un impact logistique sur la perception du service.

Tableau 13. Opinion de satisfaction et Propositions d'amélioration

Propositions	Satisfaites	Pas tellement	Total
--------------	-------------	---------------	-------

Mise en œuvre de la gratuité de maternité à ...

Doter plus de kits	6	1	7
Approvisionner en médicaments	5	1	6
Intégrer tous les actes à la gratuité	4	1	5
Augmenter la capacité	1	1	2
Total	16	4	20

Khi-deux : $\chi^2 = 0,84$; ddl = 3 ; $p = 0,84$. Aucune relation significative entre la satisfaction et les propositions d'amélioration formulées par les participantes.

Les suggestions d'amélioration sont communes aux deux groupes et traduisent un désir collectif d'amélioration continue.

Le tableau 14 résume les résultats de l'analyse bivariée.

Tableau 14. Synthèse des résultats des analyses bivariées

Variable dépendante	Khi-deux (χ^2)	ddl	p-value	Interprétation
Âge	1,27	4	0,87	Aucune relation significative
Niveau d'instruction	0,74	2	0,69	Pas de lien significatif
État matrimonial	2,50	1	0,11	Tendance : mariées plus satisfaites
Parité	1,03	2	0,60	Pas de lien significatif
Nombre de CPN	1,48	2	0,48	Satisfaction augmente avec régularité des CPN
Mise en œuvre gratuité	1,14	2	0,56	Aucune relation significative
Paiement effectué	2,67	1	0,10	Tendance proche de significativité (coût influent)
Qualité perçue	0,62	1	0,43	Pas de lien significatif
Reproches formulés	1,97	3	0,58	Pas de lien significatif
Propositions d'amélioration	0,84	3	0,84	Aucune relation significative

Aucune variable n'a montré de liaison statistiquement significative avec la satisfaction ($p > 0,05$), ce qui peut s'expliquer par la petite taille d'échantillon ($N = 20$) et une satisfaction globalement élevée et homogène, réduisant les écarts entre sous-groupes.

Des tendances intéressantes se dégagent toutefois : les mariées et les non-payantes sont plus satisfaites ; la régularité des CPN et la non-rupture des intrants renforcent la perception positive ; la gratuité partielle reste appréciée malgré les limites.

Globalement, la satisfaction des enquêtées est élevée et stable quelle que soit leur caractéristique sociodémographique.

Les légères variations observées confirment que la continuité des services, la réduction des paiements directs, et la qualité relationnelle du personnel, sont les principaux moteurs de satisfaction dans le cadre de la gratuité des soins maternels.

IV. DISCUSSION

IV.1. Profil sociodémographique des enquêtées et implications pour la santé maternelle

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant participé à l'étude montre que la population est majoritairement jeune, avec une moyenne d'âge de 27 ans et 70 % des femmes se situant entre 20 et 34 ans. Cette tranche d'âge correspond à la période de fertilité optimale, offrant généralement une meilleure tolérance physiologique à la grossesse et à l'accouchement. Ces résultats sont cohérents avec les observations de [Kyei-Nimako et al \(2020\)](#), qui soulignent que les femmes jeunes et actives constituent la majorité des utilisatrices des services de santé reproductive en milieu urbain.

Le niveau d'instruction des enquêtées varie de moyen à faible : 60 % ont un niveau secondaire, 35 % primaire, et seulement 5 % supérieur. Ce constat souligne l'importance de renforcer l'éducation sanitaire et la communication autour des programmes de santé publique, notamment la gratuité des soins maternels et les consultations prénatales (CPN), afin de favoriser une participation éclairée des femmes ([Mukumbi et al., 2024](#)).

Sur le plan matrimonial, 60 % des femmes sont mariées, ce qui reflète la structure sociale congolaise, où la maternité reste intimement liée à la vie conjugale. Quant à la parité, près de la moitié des femmes (45 %) ont deux enfants, 30 % un enfant, et 25 % trois enfants ou plus. Cette distribution traduit une fécondité relativement élevée mais maîtrisée, suggérant une sensibilisation progressive à la planification familiale et à la régulation des naissances (WHO, 2015).

IV.2. Suivi prénatal, accouchement et soins postnatals

Les résultats relatifs au suivi prénatal montrent que 65 % des femmes ont participé entre trois et quatre séances de CPN, ce qui est conforme aux recommandations de l'OMS (minimum de quatre visites). Cependant, 25 % des femmes ont effectué seulement une à deux visites, ce qui peut augmenter le risque de complications obstétricales ([Babou et al, 2025](#) ; [Ngunde et al, 2026](#) ; WHO, 2021). L'adhésion quasi totale des femmes à l'HGR de N'djili (100 % d'accouchements hospitaliers) illustre l'attractivité du service, renforcée par la politique de gratuité de la maternité.

Le type d'accouchement observé révèle que 65 % étaient normaux, 15 % difficiles et 20 % par césarienne. La disponibilité des césariennes témoigne de la capacité de la structure à gérer les urgences obstétricales, bien que les accouchements difficiles soulignent l'importance d'un suivi prénatal complet et d'un renforcement de la référence rapide pour les cas compliqués (Kabongo et al., 2023).

La mise en œuvre de la gratuité semble effective, avec 70 % des femmes rapportant une application partielle malgré des problèmes logistiques. Cependant, 40 % ont déclaré avoir effectué des paiements directs ou indirects, confirmant que des obstacles matériels et organisationnels persistent malgré l'intention politique.

La couverture postnatale est totale (100 %), ce qui est un indicateur positif de continuité des soins mère-enfant. Cela traduit un engagement fort de la structure pour la surveillance et la prévention des complications post-partum, conformément à la stratégie « 666 » (surveillance à 6 heures, 6 jours et 6 semaines après l'accouchement).

IV.3. Perception du programme de gratuité et satisfaction

Malgré la mise en œuvre de la gratuité, seulement 20 % des femmes se déclarent totalement satisfaites, tandis que 80 % expriment une satisfaction partielle. La qualité perçue des soins reste bonne ou moyenne pour 90 % des enquêtées, et très bonne pour 10 %. Ces résultats montrent que, même si la gratuité a un impact positif, l'humanisation des soins et la qualité relationnelle du personnel restent des axes d'amélioration majeurs (Mukumbi et al., 2024). Les avantages perçus incluent la réduction de la mortalité maternelle et infantile (35 %), l'allègement des charges financières (30 %), l'amélioration de la santé maternelle et infantile (20 %) et l'augmentation de la fréquentation des CPN (15 %). Ces données corroborent les objectifs du programme et confirment son utilité pour renforcer la sécurité obstétricale et l'accès aux soins.

Cependant, les principaux reproches concernent la rupture des kits d'accouchement, la pénurie de médicaments, les frais accessoires et la faible capacité d'accueil. Ces insuffisances logistiques compromettent la satisfaction et la durabilité du programme (Kabongo et al., 2023). Les propositions d'amélioration, telles que le renforcement des stocks, l'intégration complète des actes obstétricaux dans la gratuité et l'extension de la capacité d'accueil, montrent que les bénéficiaires ont une compréhension claire des besoins du système et participent activement à son amélioration.

IV.4. Analyses bivariées et facteurs de satisfaction

Les analyses bivariées n'ont révélé aucune association statistiquement significative entre les caractéristiques sociodémographiques ou les éléments du suivi obstétrical et la satisfaction ($p > 0,05$). Cette absence de significativité peut s'expliquer par la taille limitée de l'échantillon ($N = 20$) et la satisfaction globalement homogène parmi les participantes.

Néanmoins, certaines tendances se dégagent : les femmes mariées, celles n'ayant pas eu à payer pour les soins, celles ayant suivi régulièrement les CPN et bénéficié d'une disponibilité des intrants tendent à déclarer une satisfaction plus élevée. Ces résultats suggèrent que la continuité des soins, la gratuité effective et la disponibilité du personnel et des ressources sont des facteurs déterminants dans la perception positive des services de santé maternelle.

En résumé, la politique de gratuité de la maternité à l'HGR de N'djili a un impact tangible sur l'accès aux soins, la fréquentation des services et la sécurité obstétricale. Cependant, sa pleine efficacité est freinée par des contraintes matérielles, logistiques et organisationnelles. La satisfaction des femmes est globalement bonne mais perfectible, notamment en matière de qualité relationnelle, de disponibilité des kits et médicaments, et de prise en charge complète des soins néonataux. Les résultats soulignent l'importance d'une approche intégrée combinant gratuité, suivi régulier, disponibilité des ressources et humanisation des soins pour atteindre les objectifs de réduction de la mortalité maternelle et néonatale en RDC.

V. CONCLUSION

L'analyse des résultats de cette étude met en lumière à la fois les avancées et les limites de la politique de gratuité de la maternité à l'Hôpital Général de Référence de N'djili. La fréquentation complète de la maternité par toutes les femmes enquêtées et la réception systématique des soins postnatals témoignent de l'impact positif de cette initiative sur l'accessibilité aux services de santé maternelle et néonatale. La gratuité contribue ainsi à réduire les barrières financières et favorise la fréquentation des consultations prénatales, ce qui constitue un élément clé pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Cependant, des défis persistent. La satisfaction des femmes reste mitigée, avec 80 % des enquêtées exprimant des réserves concernant l'accueil, le confort, la disponibilité des intrants et la qualité relationnelle du personnel. Les ruptures de kits d'accouchement, la pénurie de médicaments et la faible capacité d'accueil révèlent des insuffisances logistiques et organisationnelles qui limitent l'efficacité et la durabilité de la politique. Ces limites traduisent des

Mise en œuvre de la gratuité de maternité à ...

contraintes structurelles et une application partielle du programme, malgré la volonté politique affichée.

Les propositions formulées par les bénéficiaires renforcement des stocks de kits et médicaments, intégration complète des actes obstétricaux dans la gratuité et extension de la capacité d'accueil – offrent des pistes concrètes pour améliorer la mise en œuvre de la gratuité et renforcer la satisfaction des usagers. L'étude souligne ainsi l'importance de coupler la gratuité avec une gestion rigoureuse des ressources, un suivi continu de la qualité des soins et un engagement accru du personnel de santé. La gratuité de la maternité à l'HGR de N'djili apparaît comme une politique prometteuse, capable de faciliter l'accès aux soins et de réduire la mortalité maternelle et néonatale, à condition que les faiblesses identifiées soient corrigées. Les enseignements de cette étude peuvent guider les décideurs et les gestionnaires hospitaliers dans l'optimisation de cette initiative et dans la promotion d'un système de santé plus équitable, humain et efficace pour toutes les femmes en République Démocratique du Congo.

REFERENCES

1. Babou, M.B.B., Matondo, A., Matangelo, G.E.Y. (2024). Déterminants de la mortalité infantile en milieu rural : Cas de la Zone de Santé de Yaleko dans la Province de la Tshopo en RD Congo. *Rev. Cong. Sc. Tech.* 4(3), 387–394. DOI: <https://doi.org/10.59228/rcst.025.v4.i3.165>.
2. Etshindo, S.K., Indani, J.C.R., Djema, A.N., Matangelo, G.E.Y., Ntoto, B.K. (2024). Opinions des femmes bénéficiaires de la gratuité de la maternité dans le cadre de la couverture santé universelle en République Démocratique du Congo: Cas du Centre Hospitalier du Mont-Amba dans la Zone de Santé de Lemba, Kinshasa. *Rev. Cong. Sc. Tech.* 3(4), 364–377. DOI: <https://doi.org/10.59228/rcst.024.v3.i4.103>.
3. Guttmacher Institute (2018). Adding it up: Investing in contraception and maternal and newborn health, 2017. Sub-Saharan Africa. <https://www.guttmacher.org/factsheet/adding-it-up-investing-in-contraception-and-maternal-and-newborn-health2017-sub-saharan>.
4. Hatt LE, Makinen M, Madhavan S, Conlon CM. (2013). Effects of User Fee Exemptions on the Provision and Use of Maternal Health Services: A Review of Literature. *J Health Popul Nutr*, 31(4 Suppl 2):S67–80.
5. Kabongo, J. M., Tshimanga, M., & Kalambayi, J. P. (2023). Challenges in implementing free maternal care in the Democratic Republic of the Congo: Perspectives from health workers. *Global Health Action*, 16(1), 2187654.
6. Kyei-Nimako, G., Amo-Adjei, J., & Arku, F. S. (2020). Barriers to accessing maternal health care in sub-Saharan Africa: A systematic review. *International Journal of Women's Health*, 12, 1179–1191.
7. Lang'at, E., Mwanri, L., Temmerman, M. (2019). Effects of free maternity service policy in Kenya: an interrupted time series analysis. *The Lancet Global Health*, 7S21.
8. Le Monde. (2024). En RDC, les débuts difficiles de la Couverture Santé Universelle.
9. McKinnon, B., Harper, S., Kaufman, J.S., Bergevin, Y. (2015). Removing user fees for facility-based delivery services: a difference-in-differences evaluation from ten sub-Saharan African countries. *Health Policy Plan.* 30(4):432-41. doi: 10.1093/heapol/czu027.
10. Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (RDC). (2023). Lancement officiel de la gratuité des soins maternels en RDC. Communiqué de presse.
11. Mukumbi, J., Nkulu, C., & Mputu, E. (2024). User experiences with the free maternity policy in Kinshasa: Early evidence from health facilities. *African Journal of Reproductive Health*, 28(1), 45–56.
12. Ngunde, J.C.B.T., Mbembo, B.W.M., Matondo, A., Tshibangu, D.S.T., Mukandu, B.B.L. (2026). Connaissances, Attitudes et Pratiques des Etudiantes des Institutions d'Enseignement Supérieur et Universitaire de la Ville de Gbado-lite en RD Congo sur les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG). *Rev. Sc. Sant.* 5(1), 202-212. <https://doi.org/10.71004/rss.026.v5.i1.68>.
13. Oyugi, B., Kendall, S., Peckham, S. (2021). Effects of free maternal policies on quality and cost of care and outcomes: an integrative review. *Prim Health Care Res Dev.* 15;22:e43. doi: 10.1017/S1463423621000529.

14. Park, J. (2021). Impact of facility-based childbirth/free maternal policies in Rwanda. https://jiwonparkecon.github.io/files/Rwanda_JP.pdf
15. Ridde, V. (2011). A scoping review of the literature on the abolition of user fees in low-income countries. *Health Policy and Planning*.
16. The Guardian. (2023). DRC offers free maternity care to cut death rate among mothers and babies.
17. UNFPA (2019). Description de la maternité de N’djili : lieu d’enseignement et volume d’accouchements.
18. UNFPA. République démocratique du Congo. (2023). Lancement de la gratuité des accouchements en RDC.
19. United Nations. (2015). Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development (A/RES/70/1). <https://sdgs.un.org/2030agenda>.
20. World Health Organization – Regional Office for Europe. (2023). Maternal and newborn health / Achieving universal health coverage (UHC).
21. World Health Organization. (2015). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565141>
22. World Health Organization. (2021). Universal health coverage (UHC). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))