

Au-delà de la gratuité financière : résilience organisationnelle des établissements de santé lors de la mise en œuvre de la gratuité des soins de maternité en République démocratique du Congo. Une étude de cas multiple

Beyond financial exemption: organizational resilience of health facilities implementing free maternal healthcare in the Democratic Republic of the Congo. A multiple-case study

Gabriel KAPENGA MITSSENDI¹, Régine NAMBUWA BILA LENGE², BASILE OLEKO TAMBASHE^{1*}

¹Ecole des Sciences de la Population et du Développement (ESPD), Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

²Faculté des Sciences Sociales, Administratives et Politiques, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

RESUME :

La gratuité des soins maternels constitue une stratégie majeure pour accélérer les progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Toutefois, les expériences menées en Afrique subsaharienne montrent que la suppression des paiements directs ne garantit pas, à elle seule, la continuité et la qualité des services lorsque les systèmes de santé demeurent confrontés à des contraintes persistantes de financement, d'approvisionnement et de gouvernance. Si les effets de ces politiques sur l'utilisation des services ont été largement documentés, les mécanismes organisationnels expliquant pourquoi certains établissements parviennent à maintenir les services tandis que d'autres rencontrent davantage de difficultés restent insuffisamment documentés. Analyser et comparer les mécanismes de résilience organisationnelle mobilisés par les établissements de santé pour maintenir la continuité des soins maternels lors de la mise en œuvre de la politique nationale de gratuité des soins en République démocratique du Congo. Cette étude repose sur une analyse qualitative secondaire des données issues d'une évaluation de la fidélité de mise en œuvre de la politique de gratuité des soins de maternité. Un devis d'études de cas multiples a été réalisé dans trois établissements représentant différents niveaux du système de santé congolais : le Centre Hospitalier Universitaire Renaissance, la Maternité de Kintambo et l'Hôpital Général de Référence de Kenge. Les données provenaient d'entretiens semi-directifs, d'observations directes, d'une analyse documentaire et de questionnaires utilisés exclusivement à des fins de triangulation. Une analyse thématique, guidée par le cadre conceptuel de la résilience des systèmes de santé, a permis d'explorer les capacités d'absorption et d'adaptation mobilisées par les établissements. L'analyse comparative met en évidence trois profils de résilience organisationnelle. Le Centre Hospitalier Universitaire Renaissance présente une résilience adaptative, caractérisée par le maintien durable des services grâce à des ajustements organisationnels. La Maternité de Kintambo illustre une résilience sous tension, reposant sur des adaptations croissantes pour préserver la continuité des soins. À l'inverse, l'Hôpital Général de Référence de Kenge présente une résilience fragilisée, l'accumulation des retards de remboursement, des ruptures d'intrants essentiels et des insuffisances du soutien institutionnel ayant conduit à l'interruption du programme. Malgré des contraintes communes, les établissements ont développé des réponses organisationnelles différenciées, notamment la réorganisation interne des services, la priorisation des activités essentielles, le recours à des solutions alternatives d'approvisionnement et l'adaptation des parcours de soins. La pérennité des politiques de gratuité des soins maternels dépend non seulement de la suppression des barrières financières, mais également de la capacité des établissements de santé à absorber les perturbations et à adapter leur organisation afin de maintenir la continuité des services. L'identification de profils différenciés de résilience organisationnelle souligne l'intérêt d'intégrer cette dimension dans l'évaluation des politiques de Couverture Sanitaire Universelle afin d'améliorer leur durabilité dans les systèmes de santé fragiles.

Mots clés : gratuité des soins maternels ; résilience organisationnelle ; résilience des systèmes de santé ; mise en œuvre des politiques ; Couverture Sanitaire Universelle ; République démocratique du Congo.

ABSTRACT :

Free maternal healthcare is a key strategy for accelerating progress toward Universal Health Coverage (UHC) in low- and middle-income countries. However, evidence from sub-Saharan Africa indicates that removing user fees alone does not ensure continuity and quality of maternal health services when health systems continue to face persistent financing, supply chain and governance constraints. Although the effects of these policies on service utilization have been widely documented, the organizational mechanisms explaining why some health facilities sustain service delivery while others struggle under the same policy remain poorly understood. To analyze and compare the organizational resilience mechanisms mobilized by health facilities to sustain maternal healthcare services during implementation of the national free maternal healthcare policy in the Democratic Republic of the Congo. This secondary qualitative analysis was conducted using data generated from an implementation fidelity evaluation of the free maternal healthcare policy. A multiple case study design was applied across three health facilities representing different levels of the Congolese health system: Renaissance University Hospital, Kintambo Maternity Hospital and Kenge General Referral Hospital. Data were obtained from semi-structured interviews, direct observations, document review and provider questionnaires used exclusively for triangulation. Thematic analysis, guided by the Health System Resilience Framework, explored the absorptive and adaptive capacities mobilized by health facilities. Comparative analysis identified three organizational resilience profiles. Renaissance University Hospital demonstrated adaptive resilience, maintaining service delivery through sustained organizational adjustments. Kintambo Maternity Hospital exhibited resilience under strain, relying on increasingly intensive adaptations to preserve continuity of care. In contrast, Kenge General Referral Hospital showed fragile resilience, where persistent reimbursement delays, shortages of essential medical supplies and weak institutional support ultimately resulted in interruption of the programme. Despite facing similar constraints, the three facilities developed distinct organizational responses, including internal service reorganization, prioritization of essential activities, alternative procurement strategies and adaptation of referral pathways. The sustainability of free maternal healthcare policies depends not only on removing financial barriers but also on health facilities' capacity to absorb disruptions and adapt their organization to sustain service delivery. Identifying differentiated organizational resilience profiles highlights the value of incorporating organizational resilience into the evaluation of Universal Health Coverage policies to strengthen their long-term sustainability in fragile health systems.

Keywords: free maternal healthcare; organizational resilience; health system resilience; implementation; Universal Health Coverage; Democratic Republic of the Congo.

Adresse des Auteur(s)

Gabriel KAPENGA MITSSENDI, Ecole des Sciences de la Population et du Développement (ESPD), Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

E-mail : gabimitsendi@gmail.com ;

Régine NAMBUWA BILA LENGE, Faculté des Sciences Sociales, Administratives et Politiques, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo ;

E-mail : regine.nambuwa@unikin.ac.cd;

BASILE OLEKO TAMBASHE, Ecole des Sciences de la Population et du Développement (ESPD), Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

E-mail : basile.tambashe@unikin.ac.cd;

Tél : +243822605959

I. INTRODUCTION

Malgré les progrès réalisés au cours des deux dernières décennies, la mortalité maternelle demeure l'un des principaux défis de santé publique à l'échelle mondiale et un indicateur majeur de la performance des systèmes de santé. En 2023, environ 260 000 femmes sont décédées de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, dont près de 70 % en Afrique subsaharienne. La majorité de ces décès pourrait être évitée grâce à un accès équitable, continu et de qualité aux soins obstétricaux essentiels (WHO et al., 2025). La réduction de la mortalité maternelle constitue ainsi une priorité des Objectifs de Développement Durable et un pilier de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

Dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, les paiements directs des ménages continuent de représenter l'un des principaux obstacles à l'accès aux soins de santé maternelle. Afin de réduire ces barrières financières et d'accélérer les progrès vers la CSU, plusieurs pays d'Afrique subsaharienne ont adopté des politiques de gratuité des soins maternels. Les évaluations disponibles montrent que ces réformes favorisent généralement le recours aux consultations prénatales, aux accouchements assistés et aux soins obstétricaux essentiels (Dzakpasu et al., 2014 ; Witter et al., 2013 ; Lang'At et al., 2019). Toutefois, leurs bénéfices restent étroitement tributaires des conditions dans lesquelles

elles sont mises en œuvre. Lorsque l'augmentation de la demande n'est pas accompagnée d'un renforcement des capacités organisationnelles et opérationnelles des systèmes de santé, les établissements peuvent être confrontés à des retards de remboursement, à des ruptures d'approvisionnement, à une surcharge des services et à des difficultés de gouvernance, compromettant ainsi la continuité des prestations (Meessen et al., 2011 ; Kruk et al., 2018).

La science de la mise en œuvre souligne que les résultats d'une intervention complexe ne dépendent pas uniquement de sa conception, mais également des interactions entre les acteurs, les ressources disponibles et le contexte institutionnel dans lequel elle est déployée (Proctor et al., 2011 ; Peters et al., 2013 ; Damschroder et al., 2022). Dans cette perspective, l'évaluation d'une politique publique ne peut se limiter à mesurer ses effets sur l'utilisation des services ; elle doit également chercher à comprendre les mécanismes organisationnels qui expliquent pourquoi une intervention est maintenue, adaptée ou interrompue selon les contextes. Cette approche est particulièrement pertinente pour les politiques de gratuité des soins, dont la pérennité dépend largement de la capacité des établissements de santé à faire face aux contraintes rencontrées au cours de leur mise en œuvre.

La résilience organisationnelle constitue un cadre conceptuel particulièrement adapté à cette analyse. Elle désigne la capacité des organisations à absorber les perturbations, à adapter leur fonctionnement et à maintenir leurs fonctions essentielles malgré des contraintes persistantes (Kruk et al., 2015 ; Blanchet et al., 2017 ; Barasa et al., 2018). Initialement mobilisé pour comprendre les réponses des systèmes de santé aux crises aiguës, ce concept est aujourd'hui largement utilisé pour analyser les défis chroniques liés au financement, aux ressources humaines, à l'approvisionnement et à la gouvernance (Gilson et al., 2017 ; Haldane et al., 2021). En mettant l'accent sur les capacités développées par les organisations pour préserver la continuité des services, ce cadre offre une lecture dynamique de la mise en œuvre des politiques de santé dans les systèmes fragiles.

Malgré l'abondance des travaux consacrés aux politiques de gratuité des soins maternels, la majorité des études se sont intéressées à leurs effets sur l'utilisation des services, la protection financière des ménages ou les difficultés générales de leur mise en œuvre (Witter et al., 2013 ; Ridde & Morestin, 2011). En revanche, les mécanismes organisationnels qui permettent à certains établissements de maintenir la continuité des soins malgré des contraintes persistantes demeurent encore insuffisamment documentés. Peu de recherches expliquent pourquoi des établissements soumis à une même politique nationale développent des trajectoires organisationnelles différentes, certains parvenant

à préserver les services tandis que d'autres voient leurs capacités progressivement s'éroder jusqu'à compromettre la poursuite de la réforme. Cette lacune limite la compréhension des conditions organisationnelles nécessaires à la pérennité des politiques de gratuité dans les systèmes de santé fragiles.

La République démocratique du Congo constitue un terrain particulièrement pertinent pour explorer cette problématique. Depuis le lancement, en septembre 2023, de la politique nationale de gratuité des soins de maternité et du nouveau-né, mise en œuvre dans le cadre de la Couverture Sanitaire Universelle avec l'appui du Fonds de Solidarité de Santé, les établissements de santé sont confrontés à d'importants défis liés au financement, à la disponibilité des intrants essentiels et à l'organisation des services (UNFPA, 2023). La mise en œuvre progressive de cette réforme dans des établissements appartenant à différents niveaux de la pyramide sanitaire offre un contexte particulièrement favorable pour analyser comment des organisations évoluant dans des environnements institutionnels contrastés répondent à des contraintes similaires.

La présente étude constitue une analyse qualitative secondaire issue d'une recherche plus large consacrée à l'évaluation de la fidélité de mise en œuvre de cette politique. Si l'étude initiale visait à apprécier le degré de fidélité de la réforme au moyen d'un score composite de mise en œuvre, la richesse des données qualitatives recueillies a permis d'explorer une question complémentaire portant sur les mécanismes de résilience organisationnelle mobilisés par les établissements pour maintenir la continuité des services de maternité face aux contraintes rencontrées.

Cette étude vise ainsi à analyser les capacités d'absorption et d'adaptation développées par trois établissements représentant différents niveaux de la pyramide sanitaire congolaise. En comparant leurs réponses organisationnelles face à une même politique publique, elle cherche à mieux comprendre les mécanismes qui favorisent ou limitent la continuité des services dans des contextes de ressources contraintes. Plus largement, elle contribue à enrichir les connaissances sur les conditions organisationnelles nécessaires à la pérennité des politiques de gratuité des soins maternels et souligne l'intérêt de la résilience organisationnelle comme cadre d'analyse des réformes visant la Couverture Sanitaire Universelle dans les systèmes de santé fragiles.

Cette étude propose également une typologie empirique des trajectoires de résilience organisationnelle observées dans trois établissements soumis à une même politique nationale, contribuant ainsi à enrichir la littérature sur la mise en œuvre des réformes de Couverture Sanitaire Universelle dans les systèmes de santé fragiles.

II. MATERIEL ET METHODES

II.1. Design de l'étude

Cette étude constitue une analyse qualitative secondaire issue d'une recherche plus large consacrée à l'évaluation du processus de mise en œuvre de la politique nationale de gratuité des soins de maternité en République démocratique du Congo. L'étude principale avait pour objectif d'évaluer la fidélité de mise en œuvre de cette réforme au moyen d'un score composite (Score de Mise en Œuvre de la Gratuité, SMG). Au cours de cette recherche, les données qualitatives recueillies ont permis d'explorer une question de recherche complémentaire dépassant les objectifs initiaux de l'évaluation de la fidélité de mise en œuvre, portant sur les mécanismes organisationnels mobilisés par les établissements de santé pour maintenir la continuité des services malgré les contraintes rencontrées.

La présente étude repose ainsi sur une analyse qualitative secondaire utilisant un devis d'études de cas multiples selon l'approche proposée par Yin (2018). Ce devis est particulièrement indiqué pour analyser des phénomènes organisationnels complexes dont les mécanismes d'action sont étroitement dépendants de leur contexte. La politique de gratuité des soins de maternité a été considérée comme une intervention complexe, dont la mise en œuvre résulte des interactions entre les acteurs, les ressources disponibles et l'environnement institutionnel (Peters et al., 2013 ; Skivington et al., 2021).

Le rapport de cette étude a été élaboré conformément aux recommandations du *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), afin de garantir la transparence et la rigueur du processus méthodologique (Tong et al., 2007).

II.2. Cadre de l'étude et sélection des cas

L'étude a été réalisée dans trois établissements participant à la mise en œuvre de la politique nationale de gratuité des soins de maternité en République démocratique du Congo. Les cas ont été sélectionnés par échantillonnage raisonné à variation maximale afin de représenter différents niveaux de la pyramide sanitaire ainsi que des contextes organisationnels contrastés susceptibles d'influencer la mise en œuvre de la réforme.

Les établissements retenus étaient :

- Le Centre Hospitalier Universitaire Renaissance (hôpital tertiaire urbain) ;

- La Maternité de Kintambo (maternité spécialisée de niveau intermédiaire) ;
- L'Hôpital Général de Référence de Kenge (hôpital général provincial).

Le choix de ces trois établissements répondait au principe de réplification analytique décrit par Yin, permettant d'identifier à la fois des mécanismes organisationnels communs et des variations liées au contexte institutionnel. Cette stratégie favorisait une comparaison approfondie des contraintes rencontrées et des réponses organisationnelles développées à différents niveaux du système de santé.

II.3. Cadre analytique

L'analyse a été guidée par le cadre conceptuel de la résilience des systèmes de santé proposé par Blanchet et al. (2017). Conformément aux objectifs de l'étude, l'analyse s'est principalement intéressée aux capacités d'absorption et d'adaptation mobilisées par les établissements afin d'assurer la continuité des services de maternité face aux contraintes de mise en œuvre.

Le cadre des six piliers des systèmes de santé de l'Organisation mondiale de la Santé (WHO, 2007) a été mobilisé de manière complémentaire afin de caractériser les contraintes relatives au financement, aux ressources humaines, à l'approvisionnement, à la gouvernance et à l'organisation des services.

Les profils de résilience organisationnelle présentés dans les résultats n'étaient pas définis *a priori*. Ils ont émergé progressivement d'une comparaison itérative des trois études de cas, à partir des similitudes et des différences observées dans les capacités d'absorption et d'adaptation développées par les établissements.

II.4. Participants

Douze informateurs clés (quatre par établissement) ont été recrutés par échantillonnage raisonné en raison de leur implication directe dans la mise en œuvre de la politique. Les participants comprenaient des responsables de maternité, des gestionnaires administratifs, des coordonnateurs du programme ainsi que des prestataires directement impliqués dans la prise en charge des bénéficiaires. Le recrutement de quatre participants par établissement visait à recueillir des perspectives complémentaires issues de différentes fonctions impliquées dans la mise en œuvre de la politique, tout en assurant une comparaison homogène entre les trois études de cas.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : participer directement à la mise en œuvre de la politique de gratuité,

exercer dans l'un des établissements sélectionnés, disposer d'une expérience suffisante du programme et accepter librement de participer à l'étude. Les professionnels récemment affectés ou n'ayant pas participé à la mise en œuvre ont été exclus.

La taille de l'échantillon n'a pas été déterminée *a priori*. Le recrutement a été guidé par le principe d'*information power*, selon lequel un nombre limité de participants peut être suffisant lorsque la question de recherche est ciblée, que les participants possèdent une expertise élevée et que les données recueillies sont riches (Malterud et al., 2016). Les inclusions ont été interrompues lorsque les informations obtenues étaient jugées suffisantes pour répondre aux objectifs de l'étude.

II.5. Collecte des données

Les données ont été recueillies entre le 2 février et le 18 mars 2026 à partir de quatre sources complémentaires : des entretiens semi-directifs, des questionnaires administrés aux prestataires, des observations directes et une analyse documentaire.

Les entretiens individuels, conduits en français, ont duré entre 30 et 60 minutes. Après obtention du consentement des participants, ils ont été enregistrés puis retranscrits intégralement.

Les questionnaires ont permis de documenter les caractéristiques des participants ainsi que certains éléments du contexte organisationnel. Ils ont été utilisés exclusivement à des fins de triangulation des données et n'ont pas fait l'objet d'une analyse quantitative indépendante. Les observations directes ont porté sur l'organisation des services, les circuits de prise en charge et le fonctionnement quotidien des établissements. Les documents institutionnels (rapports, procédures et documents administratifs) ont été consultés afin de compléter et de vérifier les informations issues des entretiens.

Le recours à ces différentes sources a permis une triangulation des méthodes et des données, renforçant la crédibilité et la profondeur de l'analyse.

II.6. Analyse des données

Les données qualitatives ont été analysées selon l'approche d'analyse thématique réflexive décrite par Braun et Clarke (2006, 2021).

L'analyse s'est déroulée en plusieurs étapes successives : familiarisation avec les verbatim, codage initial ligne par ligne, regroupement des codes en catégories, élaboration

progressive des thèmes puis interprétation des résultats à la lumière du cadre conceptuel de la résilience organisationnelle.

Le codage combinait une approche déductive, fondée sur les concepts théoriques d'absorption et d'adaptation, et une approche inductive permettant l'émergence de nouveaux thèmes directement issus des discours des participants. Les thèmes ont été révisés de manière itérative jusqu'à l'obtention d'une interprétation cohérente des données et d'une distinction conceptuelle satisfaisante entre les thèmes.

Le codage initial a été réalisé manuellement à partir des transcriptions intégrales par le premier auteur. Les résultats de l'analyse ont ensuite été discutés avec les co-auteurs afin de renforcer la cohérence de l'interprétation et de limiter les biais liés à l'analyse individuelle.

L'identification des profils de résilience organisationnelle est issue d'une comparaison systématique des trois études de cas. Les similitudes et les différences observées entre les établissements ont permis de dégager des trajectoires organisationnelles distinctes, reflétant différents niveaux de capacité à maintenir la continuité des services.

La crédibilité des résultats a été renforcée par plusieurs stratégies complémentaires : la triangulation des méthodes (entretiens, observations, questionnaires et analyse documentaire), la triangulation des sources (gestionnaires et prestataires), la comparaison inter-cas ainsi que la confrontation continue entre les données empiriques et le cadre conceptuel mobilisé.

Le premier auteur connaissait le contexte étudié en raison de sa participation à l'étude principale. Afin de limiter les biais d'interprétation, une posture réflexive a été adoptée tout au long du processus analytique, avec une discussion régulière des résultats entre les auteurs et une attention constante portée à l'ancrage des interprétations dans les données empiriques.

II.7. Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été approuvé par le Comité de Bioéthique de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa (CBE/ISTM-KIN ; n° 035/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBBL/2026 du 29 janvier 2026). Les autorisations administratives nécessaires ont été obtenues auprès des trois établissements participants.

Avant chaque entretien, les objectifs de l'étude ont été expliqués aux participants et un consentement libre, éclairé et écrit a été obtenu. La participation était entièrement

volontaire et les participants pouvaient se retirer de l'étude à tout moment sans conséquence.

L'anonymat des participants a été garanti par l'utilisation de codes d'identification, tandis que la confidentialité des informations recueillies a été assurée durant l'ensemble du processus de recherche. Les enregistrements, transcriptions et autres données de recherche ont été conservés dans un environnement sécurisé, accessible uniquement aux membres de l'équipe de recherche.

III. RESULTATS

L'analyse comparative des douze entretiens réalisés auprès des responsables et prestataires des trois établissements a permis d'identifier quatre thèmes analytiques décrivant les réponses organisationnelles développées face aux contraintes de mise en œuvre de la politique nationale de gratuité des soins de maternité : (i) les contraintes systémiques affectant la mise en œuvre de la réforme, (ii) les mécanismes ayant permis le maintien des services malgré ces contraintes, (iii) les ajustements organisationnels mis en œuvre pour préserver la continuité des soins et (iv) les différences observées entre les établissements dans leur capacité à répondre aux difficultés rencontrées.

Bien que les trois établissements aient été confrontés à des contraintes similaires, l'analyse met en évidence des trajectoires organisationnelles distinctes, traduisant des capacités variables à maintenir la continuité des services dans un contexte de ressources limitées.

III.1. Contraintes systémiques affectant la mise en œuvre de la politique de gratuité

L'analyse des entretiens met en évidence un environnement de mise en œuvre marqué par des contraintes systémiques interdépendantes affectant simultanément le financement, l'approvisionnement en intrants essentiels et l'accompagnement institutionnel. Ces difficultés sont rapportées dans les trois établissements, bien que leur intensité varie selon le contexte. Les participants décrivent une succession de dysfonctionnements qui réduisent progressivement la capacité des structures à assurer durablement la gratuité des soins de maternité.

Le premier obstacle identifié concerne les retards de remboursement des prestations par le Fonds de Solidarité de Santé (FSS). Dans les deux établissements de Kinshasa, les participants soulignent que le mécanisme administratif de facturation est bien établi, mais que les remboursements interviennent avec plusieurs mois de retard, créant une forte tension financière.

Le gestionnaire de la Maternité de Kintambo décrit précisément ce processus :

« A la fin de chaque mois, les factures sont établies puis transmises au Fonds de Solidarité de Santé le 5 du mois suivant. Une équipe vient ensuite valider ces factures environ quinze jours plus tard et, en principe, le remboursement devrait intervenir dans les deux jours qui suivent. Malheureusement, cette procédure n'est pas respectée. La maternité cumule actuellement trois mois sans remboursement. Malgré ces difficultés, nous continuons à assurer la prise en charge des femmes. » (MK1)

Au Centre Hospitalier Universitaire Renaissance, les responsables expriment les mêmes préoccupations. L'absence prolongée de remboursement compromet progressivement le fonctionnement du programme et alimente un sentiment de découragement parmi les équipes.

« Depuis trois mois, le personnel n'a reçu aucun paiement lié au programme de gratuité. Cette situation crée beaucoup d'inquiétude parmi les prestataires. La gratuité profite surtout aux femmes, mais les prestataires ont le sentiment de ne plus bénéficier de l'appui prévu pour assurer correctement leur travail. » (CR1)

À l'Hôpital Général de Référence de Kenge, la situation apparaît encore plus critique. Contrairement aux établissements de Kinshasa, les participants rapportent que leur structure n'a jamais bénéficié d'aucun remboursement depuis le lancement du programme.

« Depuis le lancement du programme, notre hôpital n'a jamais bénéficié d'un remboursement. » (KG1)

Les difficultés de financement s'accompagnent de ruptures récurrentes de médicaments et de consommables obstétricaux. Dans les trois établissements, les participants décrivent des pénuries affectant directement la prise en charge des femmes enceintes. Lorsque les stocks hospitaliers sont épuisés, les prestataires sont contraints de remettre des ordonnances afin que les patientes achètent elles-mêmes les médicaments dans les pharmacies privées.

Au CHU Renaissance, un chef de service explique :

« Le principal problème concerne le manque de médicaments. Plusieurs produits sont régulièrement en rupture. Lorsque cela arrive, nous n'avons pas d'autre choix que de remettre une ordonnance aux femmes afin qu'elles achètent elles-mêmes les médicaments dans les pharmacies privées. Cette situation compromet l'esprit même de la gratuité. » (CR2)

Les témoignages recueillis à la Maternité de Kintambo révèlent une situation encore plus préoccupante. La pharmacienne décrit une rupture prolongée des approvisionnements ainsi qu'une inadéquation entre les produits livrés et les besoins réels du service.

« Actuellement, la pharmacie est pratiquement vide. La dernière commande remonte au mois de novembre et, jusqu'à ce jour, nous n'avons rien reçu. Les médicaments que vous voyez dans la pharmacie ne sont pas utiles pour la maternité. Lors des précédents approvisionnements, plusieurs produits livrés ne correspondaient pas aux besoins réels du service. Nous avons adressé plusieurs rapports aux responsables, mais aucune mesure corrective n'a été prise. » (MK3)

Cette insuffisance d'approvisionnement est également rapportée à Kenge, où plusieurs participants indiquent qu'aucun médicament spécifique destiné au programme n'a été fourni depuis son lancement.

« Depuis le début du programme, nous n'avons jamais reçu de médicaments destinés spécifiquement à soutenir la gratuité. Les médicaments actuellement disponibles sont achetés grâce aux paiements effectués par les malades. » (KG3)

Enfin, les participants mettent en évidence des insuffisances persistantes dans les mécanismes de supervision et d'accompagnement institutionnel. Au CHU Renaissance comme à la Maternité de Kintambo, les missions de supervision sont décrites comme rares, avec peu ou pas de rétro-information après les visites.

« Les supervisions sont devenues très rares. Lorsqu'elles ont lieu, aucun retour n'est généralement fait aux équipes. Les prestataires souhaiteraient recevoir davantage d'accompagnement afin d'améliorer la mise en œuvre du programme. » (CR1)

La situation observée à Kenge apparaît plus préoccupante encore. Les responsables indiquent n'avoir bénéficié ni de formation ni de supervision depuis le lancement de la politique.

« Nous n'avons reçu ni formation ni supervision. Depuis l'interruption de la gratuité, nous n'avons jamais vu une autorité sanitaire venir dans notre établissement pour nous demander pourquoi le programme avait été arrêté ou pour évaluer les difficultés que nous avons rencontrées. » (KG4)

Dans l'ensemble, les entretiens montrent que ces difficultés ne peuvent être considérées indépendamment les unes des autres. Les retards de remboursement limitent les capacités d'approvisionnement des établissements, les ruptures de

médicaments perturbent la continuité effective de la gratuité, tandis que la faiblesse de la supervision réduit les possibilités d'accompagnement et de résolution des problèmes rencontrés. L'interaction de ces contraintes fragilise progressivement la capacité organisationnelle des établissements à maintenir la politique de gratuité, préparant ainsi l'émergence de réponses organisationnelles différenciées qui seront décrites dans les sections suivantes.

III.2. Maintien de la continuité des soins malgré les contraintes

Malgré les contraintes de financement, d'approvisionnement et de supervision, les établissements n'ont pas présenté la même capacité à maintenir la continuité des soins. Les entretiens montrent que le CHU Renaissance et la Maternité de Kintambo ont poursuivi la mise en œuvre de la gratuité, tandis que l'Hôpital Général de Référence de Kenge a progressivement interrompu le programme.

Au CHU Renaissance, les participants soulignent que les soins obstétricaux ont continué malgré les difficultés rencontrées. Comme l'explique le coordonnateur de la maternité : *« Malgré les difficultés actuelles, le personnel continue à assurer les soins afin que les patientes ne soient pas pénalisées » (CR1).*

À la Maternité de Kintambo, la continuité des soins repose également sur l'engagement des équipes, bien que dans un contexte de plus en plus contraignant. Un responsable souligne que *« malgré ces difficultés, nous continuons à assurer la prise en charge des femmes » (MK1)*, tandis que le directeur des soins infirmiers précise que certaines décisions sont prises avant tout *« pour sauver les vies humaines » (MK4).*

À l'inverse, les participants de l'Hôpital Général de Référence de Kenge rapportent que l'accumulation des difficultés a conduit à l'arrêt du programme. Selon le médecin chef de staff, *« le programme a fonctionné pendant environ une année (...) puis il a été interrompu faute de moyens » (KG1).*

Ces résultats montrent que, confrontés à des contraintes similaires, les établissements ont développé des trajectoires différentes. Les structures de Kinshasa ont maintenu les services grâce à une mobilisation continue des équipes, tandis que les capacités organisationnelles de l'Hôpital Général de Référence de Kenge se sont progressivement érodées, conduisant à l'interruption de la politique.

III.3. Ajustements organisationnels face aux contraintes de mise en œuvre

Les entretiens montrent que les établissements ont développé tandis qu'à Kenge les capacités d'adaptation se sont révélées

Tableau 1. Comparaison des profils de résilience organisationnelle observés dans les trois établissements de santé

Dimensions analysées	CHU Renaissance	Maternité de Kintambo	HGR de Kenge	Interprétation analytique
Retards de remboursement	Prolongés	Prolongés	Absence de remboursement	Intensité croissante des contraintes financières
Disponibilité des médicaments	Ruptures fréquentes	Ruptures prolongées et produits inadaptés	Aucun approvisionnement spécifique	Dégradation progressive de la capacité d'approvisionnement
Supervision institutionnelle	Rare	Rare	Absente	Faible accompagnement de la mise en œuvre
Continuité des soins	Maintenue	Maintenue mais fragilisée	Interrompue	Principal marqueur de résilience organisationnelle
Principales adaptations	Ordonnances externes	Ordonnances, transferts vers le CHU Renaissance	Retour au paiement direct	Capacité d'adaptation décroissante
Profil organisationnel	Résilience adaptative	Résilience sous tension	Résilience fragile	Gradient croissant de vulnérabilité organisationnelle

plusieurs stratégies pour maintenir les services malgré les contraintes de financement et d'approvisionnement. La principale adaptation consistait à transférer une partie de la charge financière vers les patientes lorsque les médicaments étaient indisponibles. Dans les deux structures de Kinshasa, les prestataires remettaient des ordonnances afin que les femmes achètent elles-mêmes les produits manquants dans les pharmacies privées. Comme l'explique un chef de service du CHU Renaissance : « *Nous n'avons pas d'autre choix que de remettre une ordonnance aux femmes afin qu'elles achètent elles-mêmes les médicaments dans les pharmacies privées. Cette situation compromet l'esprit même de la gratuité* » (CR2).

A la Maternité de Kintambo, ces ajustements allaient parfois au-delà de la délivrance d'ordonnances. Lorsque les ressources disponibles ne permettaient plus d'assurer une prise en charge sécurisée, les patientes étaient référées vers une structure de niveau supérieur afin d'éviter des complications maternelles. Un responsable de la maternité rapporte : « *Lorsqu'une femme refuse d'acheter les médicaments prescrits (...) nous préférons la transférer vers le CHU Renaissance afin d'éviter un décès maternel* » (MK2).

En revanche, à l'Hôpital Général de Référence de Kenge, les ajustements organisationnels n'ont pas permis de maintenir le programme. Face à l'absence de remboursement, de médicaments et d'appui institutionnel, l'établissement a repris le système habituel de paiement afin d'assurer son fonctionnement. Comme l'indique le médecin chef de staff : « *Nous avons repris le système habituel de paiement afin de permettre à l'hôpital de continuer à fonctionner et d'acheter les médicaments nécessaires* » (KG1).

Ces résultats montrent que les stratégies d'adaptation ont permis de préserver, au moins temporairement, la continuité des soins dans les établissements de Kinshasa. Toutefois, elles se sont traduites par un transfert partiel des coûts vers les ménages et par des réorganisations des parcours de soins,

insuffisantes pour maintenir la politique de gratuité.

III.4. Trajectoires différenciées de résilience organisationnelle

L'analyse comparative met en évidence trois trajectoires organisationnelles distinctes face aux contraintes de mise en œuvre de la gratuité des soins de maternité (Tableau 1). Bien que les trois établissements aient été confrontés à des difficultés similaires, notamment les retards de remboursement, les ruptures d'intrants et l'insuffisance de supervision, leurs réponses organisationnelles ont été différentes.

Le CHU Renaissance présente un profil de résilience adaptative. Malgré les difficultés, les équipes ont maintenu les prestations couvertes par le programme en développant des ajustements organisationnels permettant d'assurer la continuité des soins. A l'inverse, la Maternité de Kintambo illustre une résilience sous tension, caractérisée par le maintien des activités au prix d'importantes adaptations, notamment le recours aux ordonnances externes, les transferts de patientes et une mobilisation permanente du personnel. Enfin, l'Hôpital Général de Référence de Kenge correspond à une résilience fragilisée, les contraintes accumulées ayant dépassé les capacités d'adaptation de l'établissement et conduit à l'interruption du programme. Comme l'a résumé un responsable : « *Le programme a fonctionné pendant environ une année (...) puis il a été interrompu faute de moyens pour poursuivre les activités* » (KG1).

Ces résultats suggèrent que la performance de la politique ne dépend pas uniquement des ressources financières mobilisées, mais également de la capacité des établissements à absorber les contraintes, à réorganiser leurs activités et à maintenir les services essentiels. Les différences observées entre les trois cas traduisent ainsi des niveaux contrastés de résilience organisationnelle dans la mise en œuvre de la gratuité des soins de maternité.

Note : Les trois profils de résilience organisationnelle identifiés résultent d'une analyse comparative des capacités des établissements à absorber les contraintes, à adapter leur fonctionnement et à maintenir la continuité des soins. Ils représentent un gradient allant d'une adaptation durable (résilience adaptative) à une capacité d'adaptation progressivement compromise (résilience sous tension), puis à une incapacité à maintenir les fonctions essentielles du programme (résilience fragilisée).

également cohérente avec le cadre de résilience proposé par Blanchet et al. (2017), selon lequel l'accumulation de perturbations chroniques érode progressivement les capacités des organisations à maintenir leurs fonctions essentielles.

Le deuxième résultat met en évidence la capacité des établissements urbains à maintenir la continuité des soins malgré des ressources limitées. Les consultations prénatales, les accouchements et les gardes obstétricales ont été poursuivis grâce à l'engagement des équipes, à la mobilisation des ressources internes et à la priorité accordée aux activités essentielles.

IV. DISCUSSION

Tableau 2. Interprétation des principaux résultats empiriques à la lumière du cadre conceptuel de la résilience organisationnelle

Résultats empiriques	Illustration dans les entretiens	Interprétation selon le cadre de Blanchet et al. (2017)
Retards prolongés de remboursement	Difficultés de trésorerie et dépenses non compensées	Perturbation systémique affectant les capacités organisationnelles
Ruptures de médicaments et de consommables	Recours aux ordonnances externes et achats en pharmacie privée	Défaillance de la chaîne d'approvisionnement nécessitant des mécanismes compensatoires
Maintien des consultations et des accouchements	Continuité des soins malgré les contraintes	Manifestation de la capacité d'absorption
Réorganisation des parcours de soins	Références vers le CHU Renaissance et ajustements internes	Expression de la capacité d'adaptation
Interruption du programme à Kenge	Arrêt de la gratuité faute de ressources suffisantes	Dépassement des capacités organisationnelles et limites de la résilience

Cette étude avait pour objectif d'analyser les mécanismes de résilience organisationnelle mobilisés par trois établissements de santé congolais lors de la mise en œuvre de la politique nationale de gratuité des soins de maternité. Les résultats montrent que la continuité des services dépend moins de l'existence d'une politique nationale que de la capacité des établissements à absorber les perturbations, à adapter leur fonctionnement et à mobiliser leurs ressources organisationnelles face aux contraintes rencontrées. Bien que les trois établissements aient été soumis à des difficultés comparables, ils ont développé des réponses distinctes, révélant des trajectoires organisationnelles différenciées face à une même réforme.

Le premier enseignement de cette étude est que les difficultés rencontrées relèvent d'une dynamique systémique plutôt que d'une succession de dysfonctionnements indépendants. Les retards de remboursement ont progressivement réduit les capacités financières des établissements, limité le renouvellement des stocks de médicaments et restreint leurs marges de manœuvre organisationnelles. Ces contraintes se sont renforcées mutuellement, créant un effet cumulatif qui a progressivement fragilisé le fonctionnement des structures. Cette observation rejoint les travaux de Kruk et al. (2018), qui montrent que la performance d'un système de santé dépend de l'interaction entre ses différentes composantes davantage que de leur fonctionnement isolé. Elle est

Ces observations illustrent la capacité d'absorption décrite par Blanchet et al. (2017) et Barasa et al. (2018), selon laquelle une organisation peut préserver ses fonctions essentielles malgré une perturbation importante sans transformation profonde de sa structure. Toutefois, cette continuité repose principalement sur les efforts des professionnels plutôt que sur un renforcement durable des ressources institutionnelles. Une telle situation soulève des interrogations quant à la soutenabilité de ces réponses lorsqu'elles doivent être maintenues sur une longue période.

Au-delà du maintien des activités, les établissements ont progressivement adapté leur organisation afin de préserver l'accès aux soins. Le recours aux ordonnances externes, la réorganisation des parcours de soins, le transfert des cas complexes et la coopération entre établissements témoignent d'une capacité d'adaptation développée en réponse à des contraintes persistantes. Ces résultats confirment que la résilience organisationnelle ne consiste pas uniquement à résister aux perturbations, mais également à modifier les pratiques afin de maintenir les fonctions essentielles du système (Gilson et al., 2017 ; Haldane et al., 2021). Néanmoins, ces adaptations ne sont pas exemptes de conséquences. Le transfert d'une partie des coûts vers les bénéficiaires, l'augmentation de la charge de travail des équipes et les difficultés d'approvisionnement montrent que certains mécanismes d'adaptation permettent de préserver

temporairement la continuité des soins tout en réduisant progressivement l'effectivité réelle de la politique de gratuité.

L'analyse comparative constitue l'un des principaux apports de cette étude. Bien que soumis à une même politique nationale, les trois établissements ont développé des réponses organisationnelles différentes, conduisant à l'identification de trois profils de résilience : une résilience adaptative au Centre Hospitalier Universitaire Renaissance, caractérisée par la capacité à maintenir durablement les activités grâce à des ajustements internes ; une résilience sous tension à la Maternité de Kintambo, où la continuité des services repose sur des adaptations de plus en plus fréquentes ; et une résilience fragilisée à l'Hôpital Général de Référence de Kenge, où l'accumulation des contraintes a finalement conduit à l'interruption du programme. Cette typologie suggère que la résilience organisationnelle ne constitue pas une caractéristique binaire, mais un continuum dépendant des ressources disponibles, des capacités internes des établissements et de leur environnement institutionnel.

Ces résultats sont cohérents avec les travaux réalisés dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Les études menées au Ghana, au Kenya ou au Burkina Faso montrent que les politiques d'exemption des paiements produisent des effets favorables lorsqu'elles sont soutenues par des mécanismes de financement prévisibles, une chaîne d'approvisionnement fonctionnelle et une gouvernance efficace (Dzakpasu et al., 2014 ; Lang'At et al., 2019). A l'inverse, Witter et al. (2013) et Ridde & Morestin (2011) montrent que les retards de remboursement conduisent fréquemment les établissements à transférer certaines dépenses vers les ménages ou à limiter progressivement les prestations offertes. Les difficultés observées dans notre étude semblent ainsi refléter moins les limites du principe de gratuité que les insuffisances des mécanismes institutionnels chargés de soutenir sa mise en œuvre.

Nos résultats présentent également un intérêt pour la science de la mise en œuvre. Ils montrent que la réussite d'une politique de gratuité dépend non seulement de son contenu, mais également des mécanismes organisationnels qui conditionnent sa mise en œuvre dans les établissements de santé. Cette observation rejoint les cadres proposés par Proctor et al. (2011), Peters et al. (2013) et Damschroder et al. (2022), selon lesquels les caractéristiques du contexte organisationnel constituent des déterminants majeurs de la fidélité, de l'adaptation et de la pérennité des interventions complexes. L'étude met ainsi en évidence que la résilience organisationnelle représente un mécanisme essentiel reliant les décisions nationales aux réalités opérationnelles des établissements.

Au-delà du contexte congolais, cette étude contribue à la littérature sur les politiques de gratuité des soins maternels en déplaçant l'analyse des effets de la réforme vers les mécanismes organisationnels qui conditionnent sa pérennité. L'identification de trois profils de résilience organisationnelle apporte une lecture comparative permettant de mieux comprendre pourquoi des établissements soumis à une même politique développent des trajectoires différentes. Cette approche pourrait être utile pour analyser d'autres réformes de Couverture Sanitaire Universelle dans des systèmes de santé confrontés à des contraintes comparables.

Cette étude présente néanmoins certaines limites. Le nombre limité de cas ne permet pas une généralisation statistique des résultats ; conformément à la logique des études de cas multiples, l'objectif était de produire une généralisation analytique des mécanismes organisationnels observés. Les données reposent principalement sur les perceptions des acteurs impliqués dans la mise en œuvre et n'intègrent pas directement l'expérience des bénéficiaires. Enfin, cette recherche constitue une analyse qualitative secondaire ; certains aspects de la résilience organisationnelle auraient pu être explorés plus en profondeur dans une étude spécifiquement conçue à cette fin. Toutefois, la triangulation des entretiens, des observations, des questionnaires et de l'analyse documentaire, ainsi que la comparaison systématique des trois cas, renforcent la crédibilité et la transférabilité des résultats.

Les résultats de cette étude ont plusieurs implications pour les politiques de santé. Les réformes de gratuité devraient être accompagnées de mécanismes garantissant la régularité des remboursements, de systèmes d'alerte permettant d'anticiper les ruptures d'intrants essentiels et de dispositifs de supervision intégrant une rétro-information systématique aux équipes. Les établissements périphériques devraient bénéficier d'un accompagnement organisationnel différencié afin de réduire les inégalités de mise en œuvre observées entre contextes urbains et provinciaux. Enfin, l'intégration d'indicateurs de résilience organisationnelle dans les dispositifs de suivi de la Couverture Sanitaire Universelle permettrait d'évaluer non seulement la fidélité de mise en œuvre des politiques, mais également leur capacité à être maintenues dans la durée malgré les contraintes rencontrées.

V. CONCLUSION

Cette étude montre que la réussite de la politique de gratuité des soins de maternité ne dépend pas uniquement de la suppression des barrières financières, mais également de la capacité des établissements de santé à absorber les perturbations, à adapter leur organisation et à maintenir la continuité des services malgré des contraintes persistantes. Les retards de remboursement, les ruptures d'intrants

essentiels et les insuffisances de gouvernance constituent des contraintes systémiques dont les effets varient selon les ressources et les capacités organisationnelles des établissements.

L'analyse comparative des trois études de cas met en évidence trois profils de résilience organisationnelle, résilience adaptative, résilience sous tension et résilience fragilisée illustrant que des établissements soumis à une même politique nationale peuvent développer des trajectoires de mise en œuvre différentes. Cette typologie constitue un apport original de l'étude et souligne l'intérêt de la résilience organisationnelle comme cadre d'analyse des politiques de Couverture Sanitaire Universelle dans les systèmes de santé fragiles.

Sur le plan opérationnel, ces résultats plaident pour des mécanismes de financement plus prévisibles, un renforcement des chaînes d'approvisionnement, une supervision plus réactive et un accompagnement différencié des établissements, en particulier dans les contextes les plus vulnérables. L'intégration d'indicateurs de résilience organisationnelle dans le suivi des politiques de gratuité pourrait contribuer à mieux apprécier leur pérennité et à orienter les stratégies de renforcement des systèmes de santé.

REFERENCES

1. Barasa, E., Mbau, R., & Gilson, L. (2018). What is resilience and how can it be nurtured? A systematic review of empirical literature on organizational resilience. *International Journal of Health Policy and Management* 7(6), 491–503. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.06>
2. Blanchet, K., Nam, S. L., Ramalingam, B., & Pozo-Martin, F. (2017). Governance and capacity to manage resilience of health systems: Towards a new conceptual framework. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(8), 431–435. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>
3. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>.
4. Braun, V., & Clarke, V. (2021). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(1), 37–47. <https://doi.org/10.1002/capr.12360>
5. Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
6. Dzakpasu, S., Powell-Jackson, T., & Campbell, O. M. R. (2014). Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: A systematic review. *Health Policy and Planning* 29(2), 137–150. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs142>
7. Gilson, L., Barasa, E., Nxumalo, N., Cleary, S., Goudge, J., Molyneux, S., Tsofa, B., & Lehmann, U. (2017). Everyday resilience in district health systems: Emerging insights from the front lines in Kenya and South Africa. *BMJ Global Health*, 2(2). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000224>
8. Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S. M., Jung, A. S., Tan, M., Wu, S., Chua, A., Verma, M., Shrestha, P., Singh, S., Perez, T., Tan, S. M., Bartos, M., Mabuchi, S., Bonk, M., McNab, C., Werner, G. K., Panjabi, R., Nordström, A., & Legido-Quigley, H. (2021). Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nature Medicine* 27(6), 964–980. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>
9. Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., Elorrio, E. G., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health* 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
10. Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet* 385(9980), 1910–1912. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)
11. Lang'At, E., Mwanri, L., & Temmerman, M. (2019). Effects of implementing free maternity service policy in Kenya: An interrupted time series analysis. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4462-x>

12. Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
13. Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Tashobya, C. K., & Gilson, L. (2011). Removing user fees in the health sector: A review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning* 26 (SUPPL. 2). <https://doi.org/10.1093/heapol/czr062>.
14. Peters, D. H., Tran, N. T., Adam, T. (2013). Implementation research in health: a practical guide. World Health Organization.
15. Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement xu, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65–76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
16. Ridde, V., Antwi, A. A., Boidin, B., Chemouni, B., Hane, F., & Touré, L. (2018). Time to abandon amateurism and volunteerism: Addressing tensions between the Alma-Ata principle of community participation and the effectiveness of community-based health insurance in Africa. *BMJ Global Health* 3(2), 69-77. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001056>
17. Ridde, V., & Morestin, F. (2011). A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health Policy and Planning* 26(1), 1–11. <https://doi.org/10.1093/heapol/czq021>
18. Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions : Update of Medical Research Council guidance. *BMJ*, 374. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
19. Topp, S. M. (2020). Power and politics: The case for linking resilience to health system governance. *BMJ*
20. Witter, S., Garshong, B., & Ridde, V. (2013). An exploratory study of the policy process and early implementation of the free NHIS coverage for pregnant women in Ghana. *International Journal Equity in Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-16>
21. Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
22. UNFPA. (2023, September 27). Lancement de la gratuité des accouchements en RDC. Fonds des Nations Unies pour la population. <https://drc.unfpa.org/fr/news/lancement-de-la-gratuite%3%A9-des-accouchements-en-rdc>
23. World Health Organization. (2007). Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. World Health Organization.
24. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, & UNDESA/Population Division. (2025). Trends in maternal mortality 2000 to 2023. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240108462>
25. Yin, R. K. (2018). Case study research and applications: Design and methods (6th ed.). SAGE Publications.

Global Health 5(6), e002891s.
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002891>