

Evaluation de l'impact de la gratuité de la maternité dans le cadre du Programme Multisectoriel de Nutrition et Santé (PMNS) dans la Zone de santé de SIA entre 2022 à 2025, Kwilu, RD Congo

Evaluation of the Impact of Free Maternity Services under the Multisectoral Nutrition and Health Program (PMNS) in the SIA Health Zone from 2022 to 2025, Kwilu, DR Congo

Gédéon-Fils KAPITENE NKIE-UKIED¹, Achille ILANGA PENOY², Jacques KANDONGO KILOLO², Agnès NGANGANKISI NKABANZA²

¹ Centre de Recherche en Sciences Sociales de Bandundu, Kwilu, RD Congo ;

² Institut Supérieur des Sciences de Santé de la Croix- Rouge de Bandundu, Kwilu, RD Congo.

RESUME:

La santé maternelle demeure un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire, notamment pour les pays d'Afrique subsaharienne, où les barrières financières constituent un obstacle important à l'accès aux services de soins. Dans ce contexte, la présente étude évalue l'impact de la gratuité des soins de maternité, mise en œuvre dans le cadre du Programme Multisectoriel de Nutrition et Santé dans la zone rurale de SIA, au Kwilu, en République démocratique du Congo. S'appuyant sur une approche méthodologique mixte à visée analytique et comparative, combinant données quantitatives et qualitatives, l'étude a été menée auprès de 118 femmes en âge de procréer. Les résultats mettent en évidence une amélioration significative de l'utilisation des services de santé maternelle après l'introduction de la gratuité. En effet, le recours aux accouchements en structures sanitaires a fortement augmenté, tandis que les accouchements à domicile ont pratiquement disparu. De même, les consultations prénatales, postnatales et les consultations externes ont connu une progression notable, traduisant un effet positif de la suppression des coûts directs sur l'accès aux soins. Par ailleurs, cette dynamique s'accompagne d'une amélioration de la perception des bénéficiaires, tant en ce qui concerne l'utilisation de service que la qualité des soins. Toutefois, malgré ces avancées, plusieurs contraintes structurelles persistent. Il s'agit notamment des ruptures de stocks de médicaments, de la surcharge des services, des délais d'attente prolongés et de la persistance des paiements informels, qui limitent l'efficacité globale de la politique. Dès lors, ces résultats suggèrent que si la gratuité constitue un levier essentiel pour améliorer l'accès financier aux soins, son impact demeure étroitement dépendant des conditions de mise en œuvre. En conséquence, le renforcement du système de santé, notamment en matière d'approvisionnement, de ressources humaines et d'organisation des services, apparaît indispensable pour garantir des effets durables. Cette étude contribue ainsi à éclairer les politiques publiques en faveur d'une amélioration équitable et efficace de la santé maternelle en milieu rural.

Mots-clés : Evaluation, Impact, Gratuité de la maternité, Programme Multisectoriel de Nutrition et Santé

ABSTRACT :

Maternal health remains a major global public health challenge, particularly in low- and middle-income countries, especially in sub-Saharan Africa, where financial barriers constitute a significant obstacle to accessing healthcare services. In this context, the present study evaluates the impact of free maternity care implemented under the Multisectoral Nutrition and Health Program (PMNS) in the rural SIA Health Zone, Kwilu Province, Democratic Republic of the Congo. Using a mixed-methods analytical and comparative approach combining quantitative and qualitative data, the study was conducted among 118 women of reproductive age. The results demonstrate a significant improvement in the utilization of maternal health services following the introduction of free maternity care. In particular, the use of health facilities for childbirth increased substantially, while home deliveries almost completely disappeared. Similarly, antenatal care, postnatal care, and outpatient consultations increased markedly, indicating a positive effect of eliminating direct costs on access to healthcare. Furthermore, this dynamic was accompanied by an improvement in beneficiaries' perceptions, both regarding service utilization and the quality of care. However, despite these advances, several structural constraints persist. These include drug stock-outs, service overcrowding, prolonged waiting times, and the continued occurrence of informal payments, all of which limit the overall effectiveness of the policy. These findings therefore suggest that, although free maternity care constitutes an essential lever for improving financial access to healthcare, its impact remains closely dependent on implementation conditions. Consequently, strengthening the health system, particularly in terms of supply management, human resources, and service organization, is essential to ensure sustainable effects. This study thus contributes to informing public policies aimed at achieving equitable and effective improvements in maternal health in rural settings.

Keywords: Evaluation, Impact, Free Maternity Care, Multisectoral Nutrition and Health Program (PMNS)

*Adresse des Auteur(s)

Gédéon-Fils KAPITENE NKIE-UKIED, Centre de Recherche en Sciences Sociales de Bandundu, RD Congo ;

E-mail : gedeonkapitene@gmail.com

Tél : +243 816682362 ;

Achille ILANGA PENOY, Institut Supérieur des Sciences de Santé de la Croix- Rouge de Bandundu, Kwilu, RD Congo ;

Jacques KANDONGO KILOLO, Institut Supérieur des Sciences de Santé de la Croix- Rouge de Bandundu, Kwilu, RD Congo ;

Agnès NGANGANKISI NKABANZA, Institut Supérieur des Sciences de Santé de la Croix- Rouge de Bandundu, Kwilu, RD Congo ;

I. INTRODUCTION

La santé maternelle demeure un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale, particulièrement dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire. Chaque année, environ 287 000 femmes meurent de complications liées à la grossesse et à l'accouchement, dont près de 95 % dans ces pays, avec une forte concentration en Afrique subsaharienne (Lateef et al., 2024). Parmi les déterminants majeurs figurent la faible fréquentation des services de santé maternelle et les inégalités d'accès, largement attribuées aux barrières financières qui entravent les soins essentiels tels que les consultations prénatales, les accouchements assistés et les soins postnataux (Dzakpasu et al., 2014 ; Nsungu et al., 2026).

En Afrique subsaharienne, malgré les efforts des Etats et des partenaires techniques et financiers, l'utilisation des services de santé maternelle reste insuffisante.

Le recours adéquat aux soins prénatals demeure inférieur aux recommandations internationales, avec des disparités importantes liées aux facteurs socioéconomiques, géographiques et culturels (Ayele et al., 2025 ; Fenta et al., 2024 ; Babou et al., 2025). Les inégalités économiques limitent l'accès équitable aux services de santé reproductive, les femmes les plus pauvres étant les moins susceptibles d'utiliser les services obstétricaux qualifiés (Barasa et al., 2020).

Evaluation de l'impact de la gratuité de la maternité ...

Dans ce contexte, plusieurs pays, dont la République Démocratique du Congo (RDC), ont adopté des politiques de gratuité des soins de maternité afin de lever ces obstacles et d'améliorer l'utilisation des services (Mokuba et al., 2026). Cette stratégie s'inscrit dans la dynamique de la couverture santé universelle, visant à garantir un accès équitable aux soins essentiels sans difficultés financières.

La littérature montre que la suppression des frais directs favorise une augmentation du recours aux services, notamment pour les consultations prénatales et les accouchements en formation sanitaire (Bonfrer et al. 2014 ; McKinnon et al. 2015). Toutefois, ces effets dépendent du contexte de mise en œuvre, de la qualité des soins, de la disponibilité des ressources médicales et de l'organisation des systèmes de santé (Randrianjafison et al., 2023 ; Ridde et al., 2020).

Des défis opérationnels tels que la surcharge des structures, les ruptures de médicaments ou la persistance de paiements informels peuvent en atténuer les bénéfices (McPake et al., 2013). Les résultats empiriques restent contrastés : certaines études rapportent une amélioration de l'accès et de la satisfaction des bénéficiaires (Kafumbi et al., 2025), tandis que d'autres soulignent la persistance de barrières non financières (Ansu-Mensah et al., 2020).

En RDC, des résultats divergents ont été observés : amélioration de l'accès dans certaines zones, notamment à Kinshasa (Ngoy et al., 2025), mais aussi insatisfaction liée aux ruptures de stocks et à la surcharge des infrastructures (Kaboré et al., 2025 ; Kafumbi et al., 2025). L'impact de la gratuité dépend donc largement des conditions concrètes de sa mise en œuvre. C'est dans ce cadre que s'inscrit la politique de gratuité des soins de maternité en RDC, notamment à travers la Couverture Santé Universelle et le Programme Multisectoriel de Nutrition et Santé (PMNS), visant à améliorer l'accessibilité et la fréquentation des services de santé maternelle et néonatale (Fatshimetrie, 2025).

Dans les provinces rurales, comme l'ex-province du Bandundu, les contraintes structurelles demeurent importantes : insuffisance des infrastructures sanitaires, difficultés d'accessibilité géographique, faible disponibilité des intrants médicaux et limites du financement du système de santé. Ces facteurs compromettent l'efficacité de la gratuité de la maternité. Dans la province du Kwilu, et plus particulièrement dans la zone de santé de SIA, ces enjeux prennent une dimension particulière en raison de la ruralité, de la précarité socio-économique et des difficultés d'accès. Depuis octobre 2023, la gratuité des soins de maternité y est mise en œuvre dans le cadre du PMNS, mais son impact réel

sur la fréquentation des services reste insuffisamment documenté.

Dès lors, une interrogation centrale se dégage : dans quelle mesure la gratuité de la maternité mise en œuvre dans le cadre du PMNS influence-t-elle l'utilisation des services de santé maternelle et la qualité des soins dans la zone de santé de SIA ?

L'objectif de cette étude est d'évaluer la contribution de cette politique à l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins maternels dans cette zone. L'hypothèse principale de cette étude stipule que la gratuité de la maternité augmenterait l'utilisation des services de santé maternelle et améliorerait la qualité des soins maternels dans la zone de santé de SIA.

Par ailleurs, son intérêt est grand car elle relie science, santé publique, société et politique, permettant d'orienter les futures stratégies pour améliorer la santé maternelle et néonatale.

Le présent article est structuré en trois parties hormis l'introduction : la première présente le cadre théorique et conceptuel de l'étude, la deuxième aborde le cadre méthodologique de l'étude, et la troisième expose les résultats de l'enquête et leur discussion ; enfin, une conclusion synthétique assortie de suggestions et de la bibliographie vient clore le travail.

Evaluation

L'évaluation est un processus systématique qui vise à apprécier la valeur, la pertinence, l'efficacité ou l'impact d'une intervention, d'un programme ou d'une politique publique. Elle permet de déterminer si les objectifs fixés ont été atteints et d'identifier les changements produits chez les bénéficiaires, les structures et le système. Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). Dans le cadre de notre étude, l'évaluation est une appréciation méthodique et objective de l'impact de la gratuité de la maternité dans le cadre de PMNS, afin de juger sa pertinence, son efficacité, son efficience et sa durabilité.

Impact :

Le terme impact se définit généralement comme l'ensemble des effets, des changements ou des transformations observés à la suite d'une intervention, d'une politique ou d'un programme, que ce soit au niveau des bénéficiaires directs, des structures de mise en œuvre ou du système global (Ridde, V., & Morestin, F. (2011). Pour nous, s'agit ici des résultats réels, positifs ou négatifs, directs ou indirects, produits par la suppression des frais liés aux soins de maternité et néonatale.

Gratuité de la maternité

Selon Ridde et Morestin (2011), La gratuité de la maternité est définie comme « la suppression des paiements directs au point de service pour les soins obstétricaux essentiels », visant à lever les barrières financières qui freinent l'accès des femmes aux services de santé maternelle.

Ganle et al. (2014), décrivent comme « une politique publique visant à garantir l'accès universel aux soins obstétricaux en supprimant les coûts directs, tout en nécessitant un accompagnement structurel pour assurer la qualité ». L'accent est mis sur la nécessité de ressources suffisantes pour éviter les effets pervers (surcharge, ruptures de stock).

Dans le contexte de la RDC, la gratuité est définie comme « une stratégie de couverture santé universelle destinée à réduire la mortalité maternelle et néonatale en supprimant les barrières financières à l'accès aux soins obstétricaux. (Mokuba et al., 2026).

Par contre dans le cadre du PMNS, nous pouvons définir la gratuité de la maternité comme une politique publique visant à supprimer les coûts directs liés aux soins obstétricaux afin de favoriser l'accès équitable aux services de santé maternelle et néonatale. Elle concerne la suppression de tous les frais en lien avec la prise en charge d'une femme enceinte, de son bébé jusqu'à l'âge de 28 jours, les consultations prénatales, l'accouchement, y compris les visites post natales et l'ensemble des examens para médicaux.

Elle s'appuie sur les théories de l'équité en santé, qui postulent que l'élimination des coûts directs favorise l'utilisation accrue des services par les populations vulnérables.

Evolution historique de la gratuité de la maternité

La gratuité de la maternité s'inscrit dans une logique de couverture santé universelle et constitue une politique de santé publique visant à supprimer les frais directs liés aux consultations prénatales, aux accouchements assistés et aux soins postnatales. Son objectif principal est de lever les barrières financières afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

A l'échelle mondiale, elle est perçue comme une intervention de financement de la santé destinée à éliminer les frais d'utilisation pour les soins liés à la grossesse et à l'accouchement (Dzakpasu et al., 2014), mais aussi comme une mesure de protection sociale favorisant l'équité et réduisant les inégalités (Witter et al., 2017).

Les expériences menées en Asie et en Amérique latine ont montré une augmentation du recours aux accouchements assistés, bien que l'efficacité de cette politique dépende fortement de la qualité des services et de la disponibilité des intrants (Ganle et al. 2019).

En Afrique, plusieurs pays tels que le Burkina Faso, le Ghana, le Niger et le Sénégal ont adopté des politiques de gratuité partielle ou totale des soins obstétricaux. Les résultats indiquent une hausse significative des accouchements en structures de santé et des consultations prénatales (Lagarde & Palmer, 2011).

En République Démocratique du Congo, la gratuité de la maternité a été introduite en 2023 dans le cadre du Programme Multisectoriel de Nutrition et Santé, constituant un pilier de la Couverture Santé Universelle. Les résultats observés sont significatifs : plus de 2,6 millions d'accouchements gratuits ont été réalisés dans quatorze provinces, dont le Kwilu (Ministère de la Santé RDC, 2025). Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié a atteint 92 %, dépassant l'objectif national de 80 % (Ngoy et al. 2025). La couverture des consultations prénatales (CPN1) a atteint 102 %, traduisant une forte appropriation des services.

Les perspectives prévoient une extension de la gratuité dans l'ensemble des vingt-six provinces d'ici fin 2026, avec un financement estimé à 200 millions USD par an, soutenu par la Banque mondiale.

Survol de l'impact de la politique de la gratuite

L'impact de la gratuité de la maternité se pose différemment selon les échelles : au niveau mondial, elle est considérée comme une mesure essentielle pour réduire la mortalité maternelle, estimée à 287 000 décès en 2020, dont 95 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Ngo-Bebe et al., 2025). En Afrique Les politiques de gratuité ont permis une hausse des accouchements assistés, mais les inégalités géographiques et la faiblesse des systèmes de santé limitent l'impact (Randrianjafison et al., 2022). Donc, elle reste une réponse aux inégalités socioéconomiques.

En RDC, elle s'inscrit dans la stratégie de couverture santé universelle et le PMNS. Le programme lancé en 2023 couvre aujourd'hui 14 provinces et aurait déjà sauvé 426 000 vies (Amissi, 2025). Les résultats sont encourageants : augmentation des accouchements assistés et baisse de la mortalité, mais les défis persistent : sous-financement, retards de remboursement aux hôpitaux, ruptures de stock (Assani, 2024).

Evaluation de l'impact de la gratuité de la maternité ...

Dans le Kwilu, la gratuité est confrontée à une pénurie chronique de médicaments et de matériel médical, rendant la mesure partiellement illusoire (Pumbu, 2025). Les témoignages révèlent que les femmes doivent souvent acheter leurs propres intrants malgré la gratuité annoncée. Ces contraintes montrent que la gratuité, bien qu'indispensable, doit être accompagnée d'un renforcement structurel pour devenir effective.

II. MATERIEL ET METHODES

Cette étude adopte une approche méthodologique mixte, combinant de manière complémentaire la méthode qualitative et quantitative à visée analytique, avec un devis transversal comparatif.

Cette double approche vise à mesurer l'évolution de la fréquentation des services de santé maternelle (CPN, accouchements assistés, CPON) et la consultation externe avant et après la mise en œuvre de la gratuité sur le plan quantitatif et à analyser les perceptions, les expériences et les contraintes liées à cette politique sur le plan qualitatif afin d'offrir une compréhension à la fois descriptive, interprétative et analytique.

II.1. Techniques de collecte des données

L'acquisition des données a été assurée à travers quatre techniques méthodologiques principales, mobilisées de manière complémentaire :

- La revue documentaire qui consiste à la constitution de la revue de littérature, l'analyse théorique et la synthèse de travaux antérieurs ;
- Le questionnaire structuré administré aux enquêtées pour collecter des données sur l'utilisation des services, les coûts supportés, les obstacles rencontrés et leur niveau de satisfaction ;
- Les entretiens semi-structurés réalisés auprès de personnel de santé, responsables sanitaires, certaines bénéficiaires afin de comprendre les défis de mise en œuvre, analyser la qualité des services et identifier les facteurs limitant ou facilitant la gratuité ;
- L'observation directe dans les Etablissements de soins de santé pour évaluer la disponibilité de service et des intrants, l'organisation des services, l'affluence des patientes et les conditions d'accueil.

II.2. Population et Echantillon

Pour la présente étude la population cible est composée des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui représente 21% de la population totale des Aires de santé sous contrat estimé à 134 111 habitants ayant fréquenté les services de maternité

de l'un des 21 Etablissements de soins de santé de la Zone de santé SIA sous contrat PMNS pour les consultations prénatales, accouchement assisté et postnatal (Bureau central de la Zone SIA, 2023).

Dans ce contexte, la réalisation d'une enquête exhaustive auprès de l'ensemble des femmes en âge de procréer se révélerait à la fois contraignante et coûteuse. Il a donc été nécessaire de constituer un échantillon à partir de l'effectif des femmes attendues en maternité pour un accouchement. Cet effectif est estimé à 4 % de 134 111, soit 5 365 femmes susceptibles d'accoucher en maternité au cours de l'année.

Cependant, nous avons procédé de la manière suivante : le tirage du premier degré était fait de manière raisonnée pour désigner la ZS de SIA parmi les différentes ZS qui mettent en œuvre la politique de la gratuité de la maternité sous contrat PMNS.

Le tirage du deuxième degré était fait de manière aléatoire pour tirer un échantillon des femmes en âge de procréer qui fera partie de l'étude tirée selon les principes de l'échantillon occasionnel.

II.3. Critères

Critères d'inclusion

Résider la zone de santé de SIA, être en âge de procréer, présence et disponibilité durant la période d'enquête, avoir accouché, ou avoir suivi la CPN ou encore avoir suivi la CPON pendant la période d'étude et consentir à participer à l'enquête ;

Critères d'exclusion

Est exclus de cette étude, toute personne ne remplissant pas les critères d'inclusion susmentionnés.

II.4. Taille d'échantillon

Pour cette étude, nous avons utilisé la formule de Fisher suivante pour déterminer la taille de l'échantillon de notre étude :

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{d^2}$$

- n = taille d'échantillon
- $Z = 1,96$ (Niveau de confiance de 95%)
- $p = 0,04$ (Proportion estimée des femmes en âge de procréer)
- $q = 1 - p = 0,96$
- $d = 0,05$ (Précision)

$$\frac{(1,96)^2 \times 0,04 \times 0,96}{(0,05)^2} \approx 59 \text{ femmes}$$

Ainsi Etant donné que notre population d'étude est inférieure à 10.000 personnes soit 5 365 femmes en âge de procréer attendu à la maternité, nous recourons à la formule de ficher suivante :

$$N_f = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

- **N_f** = taille d'échantillon corrigée
- **n** = taille d'échantillon initiale (59)
- **N** = taille de la population d'étude
- **1** = indice ou constance.

$$\text{Alors : } N_f = \frac{59}{1 + \frac{59}{5365}} = \frac{59}{1,011} = 58,4 = 59 \text{ Femmes}$$

Toutefois, afin d'améliorer la précision des résultats, nous avons doublé l'échantillon d'étude afin d'augmenter la précision des résultats et de prévenir les pertes d'information c.à.d. la taille de l'échantillon retenu dans la présente étude est de 118 personnes.

II.5. Déroulement de l'enquête

L'étude a été réalisée dans la zone de santé de SIA sur une période allant janvier 2022 à décembre 2025, principalement au sein des aires de santé des établissements de soins sous contrat avec PMNS. La collecte des données a été effectuée à l'aide d'entretiens en face à face, en utilisant un questionnaire comme outil principal. Ce questionnaire comprenait des questions ouvertes et fermées.

Il a été élaboré en français puis expliqué en kikongo afin de faciliter la compréhension des enquêtées. Chaque participante a été interrogée individuellement et a répondu librement aux questions après avoir donné son consentement éclairé. Dans le respect des principes éthiques, la confidentialité et l'anonymat des informations recueillies ont été garantis.

Par ailleurs, l'autorisation préalable des autorités sanitaires locales a été obtenue avant la réalisation de l'étude. Ceci nous a permis d'obtenir les informations sur les opinions, les aspirations et les attentes des interviewés en ce qui concerne la gratuité de la maternité.

II.6. Description du milieu d'étude

La zone de santé rurale de SIA est l'une de 24 ZS de la Division provinciale de la santé du Kwilu qui couvre administrativement deux secteurs, notamment le secteur Kidzweme et Ntober.

Géographiquement, elle est limitée au nord par la zone de santé de BOKORO et BOSOBÉ séparée par la rivière Kasai ; au sud par la zone de santé de DJUMA séparée par une savane herbeuse du nom de Mayidi-Luzubi ; à l'Est par la zone de santé de Mokala séparée par la rivière Molili et à l'ouest par la zone de santé de Bagata séparée par la savane herbeuse Nsangul.

La principale voie d'accès, est la voie routière à partir du chef-lieu de la province (voie la plus rapide) environs (300 km) et la voie fluviale : deux jours à partir du chef-lieu de la province par la rivière Kasai jusqu'au port de Mabenga et de Mabenga à Sia à 45 km.

La population totale de la zone est estimée à 139 418 habitants (population projeté 2023). Elle compte 22 aires de santé : Mpo, Panga, Kipala mabenga, Pokasai, Mabenga, Mbala, Bulu, Pita, Kinzie, Mbalibi, Kidzweme, Panu, Mbwaswa, Ndana, Kibwadi ley, Mbaka kasai, Nto, Ngudi, Ngelebanga, Kinko, Lukinga et Sia dont 20 AS couvert avec une population estimée à 134 111 soit 96% de la population desservie par le PMNS ([Bureau Central de la Zone de SIA, 2023](#)).

III. RESULTATS

Les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés sont présentées dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
15-24 ans	45	38 %
25-34 ans	54	46 %
≥ 35 ans	19	16 %
Total	118	100%
Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Aucun	18	15,3%
Primaire	51	43,2%
Secondaire	44	37,3%
Supérieur	5	4,2%
Total	118	100%
Etat Matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Mariée	62	52,5%
Union libre	28	23,7%
Célibataire	18	15,3%
Veuve / divorcée	10	8,5%
Total	118	100%
Distance à l'ESS de soins	Effectif	Pourcentage (%)
< 5 km	77	65,2 %
5-10 km	35	29,6 %
> 10 km	69	5 %
Total	118	100%

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques révèle une prédominance des femmes âgées de 25 à 34 ans (46 %), suivies de celles de 15 à 24 ans (38 %), tandis que les femmes de 35 ans et plus représentent une minorité (16 %).

Evaluation de l'impact de la gratuité de la maternité ...

Concernant le niveau d'étude, la majorité des enquêtées ont un niveau primaire (43,2 %), suivies du secondaire (37,3 %), alors qu'une proportion non négligeable n'a aucun niveau d'instruction (15,3 %) et très peu ont atteint le niveau supérieur (4,2 %).

Sur le plan matrimonial, plus de la moitié des femmes sont mariées (52,5 %), les autres étant en union libre (23,7 %), célibataires (15,3 %) ou veuves/divorcées (8,5 %).

Enfin, la majorité des enquêtées résident à moins de 5 km d'un établissement de soins (65,2 %), ce qui suggère une relative accessibilité géographique, bien que certaines vivent à des distances plus importantes.

Le tableau 2 suivant présente les différents lieux d'accouchement des participantes à l'étude.

Tableau 2. Le lieu d'accouchement des enquêtées

Lieu d'accouchement	Avant gratuité	Après gratuité
Etablissement de soin de santé	68 (57,6%)	115 (97,4 %)
Matrone traditionnelle	38 (32,2%)	3 (3,3%)
Domicile	20 (16,9)	0 (0%)

Les données de ce tableau indiquent une transformation majeure du lieu d'accouchement après la mise en œuvre de la gratuité. Avant celle-ci, 57,6 % des femmes accouchaient dans un établissement de santé, contre 97,4 % après. Parallèlement, le recours aux matrones traditionnelles a fortement diminué, passant de 32,2 % à 3,3 %, tandis que les accouchements à domicile ont complètement disparu (de 16,9 % à 0 %). Ces résultats témoignent d'un impact significatif de la gratuité dans l'utilisation de service de santé maternelle, également visible dans le tableau 3 suivant.

Tableau 3. Effet de la gratuité sur l'utilisation des services de maternité

Services de maternité mesurée	Avant gratuité (%)	Après la mise en œuvre (%)	Evolution
Consultation Externe	46,8%	78 %	+31,2 %
CPN première visite	66,6%	89,3%	+22,7%
CPN ≥ 4 visites	53,9%	77,7%	+23,8%
Accouchement assisté	77,1 %	99,9 %	+22,8 %
Consultation postnatale 3 ^{ème} visite	67,8 %	94,9 %	+27,1%

La gratuité a entraîné une augmentation notable de l'utilisation des services de maternité. La consultation externe a progressé de 46,8 % à 78 % (+31,2 %), la première visite prénatale de 66,6 % à 89,3 % (+22,7 %), et les consultations prénatales complètes (≥ 4 visites) de 53,9 % à

77,7 % (+23,8 %). L'accouchement assisté a également connu une hausse importante (+22,8 %), tout comme la consultation postnatale (+27,1 %). Ces évolutions confirment l'effet positif de la gratuité sur le recours aux soins mesuré.

Tableau 4. Utilisation moyenne des services

Services de maternité	Avant gratuité	Après mise en œuvre	Evolution (%)
Consultation Externe	24%	40%	+16%
CPN première visite	34%	46%	+12%
CPN ≥ 4 visites	27%	39%	+12%
Accouchement assisté	34 %	48 %	+14 %
Consultation postnatale 3 ^{ème} visite	39 %	51%	+12%

L'utilisation moyenne des services de maternité s'est améliorée après la mise en œuvre de la gratuité. La consultation externe est passée de 24 % à 40 % (+16 %), tandis que la première visite prénatale et les consultations complètes ont chacune augmenté de 12 %. L'accouchement assisté a connu une bonne progression plus (+14 %), mais reste significative. La consultation postnatale a également progressé de 12 %. Ces résultats confirment une amélioration globale, bien que variable selon les services.

Le tableau 5 suivant montre l'effet de la gratuité sur la mortalité maternelle et néonatale.

Tableau 5. Effet de la gratuité sur la mortalité maternelle et néonatale

Evolution de la Mortalité	Avant gratuité	Après la mise en œuvre
Décès maternel	17,96 pour 100 000 NV	46,21 pour 100 000 NV
Mortalité néonatale	56 %	32%

La mortalité maternelle, qui s'élevait à 17,96 décès pour 100 000 naissances vivantes avant l'instauration de la gratuité, a connu une hausse marquée pour atteindre 46,21 décès après sa mise en œuvre. En inverse, la mortalité néonatale a enregistré une régression spectaculaire, passant de 56 % à 32 %, traduisant ainsi un progrès notable dans la survie des nouveau-nés.

Quant aux données de la perception sur l'utilisation de service de maternité, le tableau 6 ci-dessous en donne le résumé, tandis que le tableau 7 montre la satisfaction des bénéficiaires sur la qualité perçue de soin.

Tableau 6. Perception sur l'utilisation de service de maternité

Appréciation	Avant gratuité	Après mise en œuvre
Très élevée / élevée	42 (35,6%)	60 (50,8%)
Moyenne	56 (47,5%)	50 (42,4%)
Faible / très faible	20 (16,9%)	8 (6,8%)

La perception des enquêtées sur l'utilisation des services s'est nettement améliorée après la gratuité. La proportion de celles qui jugent la fréquentation très élevée ou élevée est passée de 35,6 % à 50,8 %, tandis que les perceptions de fréquentation faible ou très faible ont diminué de 16,9 % à 6,8 %.

La perception moyenne a légèrement baissé, traduisant un déplacement vers des appréciations plus positives. Ce déplacement des opinions vers le haut suggère que la gratuité ne se limite pas à augmenter la fréquentation, mais améliore aussi la manière dont les bénéficiaires évaluent l'accès aux services.

Tableau 7. Satisfaction des bénéficiaires sur la qualité perçue de soin (global)

Appréciation	Avant gratuité	Après mise en œuvre
Bonne / très bonne	30 (25,4%)	85 (72%)
Moyenne	50 (42,3%)	25 (21,1%)
Mauvaise / très mauvaise	38 (32,2%)	8 (6,7%)

La satisfaction des bénéficiaires s'est considérablement améliorée après la gratuité. Les opinions favorables (bonne/très bonne) ont fortement augmenté, passant de 25,4 % à 72 %, tandis que les perceptions négatives ont chuté de 32,2 % à 6,7 %. La proportion des avis moyens a également diminué. Cela suggère une amélioration notable de la qualité perçue des soins qui englobe la qualité technique, relationnelle, hygiénique etc...

Par ailleurs, la disponibilité des intrants et médicaments s'est améliorée après la mise en œuvre de la gratuité (Tableau 8).

Tableau 8. Disponibilité des intrants/médicaments au moment des soins

Disponibilité des intrants/médicaments	Avant gratuité	Après mise en œuvre
Souvent disponibles	42 (35,5%)	59 (50%)
Parfois disponibles	55 (46,6 %)	46(39%)
Souvent indisponibles / rupture	21(17,7%)	13 (11%)

Le cas où les médicaments sont souvent disponibles ont augmenté de 35,5 % à 50 %, tandis que les ruptures fréquentes ont diminué de 17,7 % à 11 %. Toutefois, une proportion importante des enquêtées continue de signaler une disponibilité seulement occasionnelle (39 %), ce qui indique

des défis persistants étant donné que la rupture n'a pas totalement disparu.

D'autres variables importantes telles que l'accessibilité géographique et organisationnelle au service de soins de santé pendant la grossesse, la perception sur la disponibilité du service et du personnel...sont données dans les différents tableaux suivants.

Tableau 9. Accessibilité géographique et organisationnelle au service de soins de santé pendant la grossesse

Difficultés rapportées	Effectif	Pourcentage
Pas de difficulté majeure	97	82,2%
Un temps d'attente long avant consultation	12	10,1%
Grande difficulté (distance/transport/temps)	9	7,7%
Total	118	100%

La majorité des enquêtées (82,2 %) ne rencontrent pas de difficultés majeures d'accès aux services de santé. Néanmoins, certaines signalent des obstacles, notamment le temps d'attente prolongé (10,1 %) et des difficultés importantes liées à la distance, au transport ou au temps (7,7 %). Bien que globalement favorable, l'accessibilité présente encore des limites dans l'organisation (attente) et, dans une moindre mesure, la distance demeure des facteurs d'entrave pour une partie de la population.

Tableau 10. Perception sur la disponibilité du service et du personnel

Disponibilité du service et du personnel	Oui (%)	Non (%)
Service de santé disponible jour et nuit	92 %	8%
Service de maternité disponible 24/24	83 %	17 %
Personnel disponible en permanence	86 %	14 %

Les résultats montrent une perception globalement positive de la disponibilité des services et du personnel. Une grande majorité des enquêtées reconnaît la disponibilité des services de santé jour et nuit (92 %) ainsi que celle du personnel (86 %). Toutefois, des insuffisances persistent, notamment en ce qui concerne la disponibilité continue des services de maternité (83 %).

Tableau 11. Accessibilité financière au service de soins de santé pendant la grossesse

Accessibilité financière	Oui (%)	Non (%)
Difficultés financières avant gratuité	66 %	34%
Amélioration de l'accès après gratuité	92 %	8 %
Suppression des coûts directs	100%	0%
Paievements informels persistants	37 %	63 %

Evaluation de l'impact de la gratuité de la maternité ...

Avant la gratuité, une proportion importante des enquêtées (66 %) faisait face à des difficultés financières. Après la mise en œuvre, 92 % constatent une amélioration de l'accès financier, et la suppression des coûts directs est unanimement reconnue (100 %).

Cependant, la persistance des paiements informels (37 %) constitue un obstacle non négligeable. Ainsi, même si la gratuité supprime les frais directs, elle ne suffit pas toujours à éliminer l'ensemble des barrières financières liées aux pratiques informelles.

Tableau 12. Principales contraintes limitant l'efficacité de la gratuité (réponses multiples)

Principales contraintes limitant l'efficacité de la gratuité	Fréquence (%)
Rupture fréquente de stocks/ Insuffisance de médicaments	75 %
Achat de médicaments/intrants manquants	66%
Irrégularité ou retard des paiements des ESS	52%
Réduction des barèmes d'achat des prestations	51 %
Paiements informels/motivation du personnel, achat gants, savon, etc	55 %
Insuffisance de matériel obstétrical et néonatal	42%
Long file d'attente/surcharge	36%
Absence de personnel soignant	15 %

Malgré les avancées significatives observées, plusieurs contraintes limitent l'efficacité de la gratuité. Les plus fréquentes sont la rupture de stocks et l'insuffisance de médicaments (75 %), ainsi que l'obligation d'acheter certains intrants (66 %). S'ajoutent à cela les retards de paiement des Etablissements soins de santé (52 %), la réduction des barèmes d'achat des prestations (51 %) et les paiements informels (55 %). D'autres difficultés incluent l'insuffisance de matériel (42 %), la surcharge des services (36 %) et, dans une moindre mesure, l'absence de personnel (15 %).

L'ensemble de ces réponses montre que l'efficacité de la gratuité dépend également de la disponibilité des intrants et du bon fonctionnement des services, au-delà de la seule suppression des coûts directs. Ces résultats mettent en évidence des défis structurels persistants.

IV. DISCUSSION

Les résultats présentés dans les tableaux permettent d'établir un diagnostic approfondi de l'impact de la gratuité de la maternité mise en œuvre dans le cadre du PMNS sur l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins maternels dans la zone de santé de SIA. Leur confrontation avec la littérature scientifique met en évidence à la fois les effets

positifs de cette politique et les contraintes qui en limitent l'efficacité.

Le tableau 1 indique que la majorité des enquêtées sont jeunes (25–34 ans : 46 % ; 15–24 ans : 38 %), avec un niveau d'instruction limité (43,2 % primaire ; 15,3 % sans instruction). Ce profil traduit une population vulnérable, où les barrières financières et éducatives influencent fortement l'accès aux soins. Ces résultats corroborent les travaux d'Ayele et al. (2025), qui montrent que l'utilisation des services de santé maternelle en Afrique subsaharienne reste fortement conditionnée par les déterminants socioéconomiques et éducatifs. La proximité géographique (65,2 % des femmes vivant à moins de 5 km d'un établissement de santé) ne suffit cependant pas à garantir une utilisation optimale des services, comme l'ont montré Ridde et Morestin (2011), qui insistent sur l'importance des facteurs organisationnels et qualitatifs. Concernant l'état civil, la prédominance des femmes mariées (52,5 %) suivies de celles en union libre (23,7 %) reflète les réalités socioculturelles locales, où la maternité est majoritairement inscrite dans le cadre conjugal.

Le tableau 2 met en évidence une progression remarquable du recours aux établissements de santé pour l'accouchement, passant de 57,6 % avant l'instauration de la gratuité à 97,4 % après, avec une disparition complète des accouchements à domicile. Parallèlement, les données issues du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) pour l'ensemble de la Zone de Santé indiquent une régression des accouchements à domicile, de 5,1 % avant la gratuité à 1,4 % après sa mise en œuvre <https://snisrdc.com>. Ces résultats confirment les observations de McKinnon et al. (2015), selon lesquelles la suppression des coûts directs constitue un facteur déterminant pour accroître le recours aux accouchements assistés.

Les tableaux 3 et 4 révèlent une hausse de la fréquentation des services de maternité (consultations prénatales, accouchements assistés, soins postnatals), avec des progressions de 12 à 31 %. Ces résultats rejoignent les conclusions de Hatt et al. (2013), qui démontrent que la gratuité accroît l'utilisation des services, bien que l'ampleur de l'effet varie selon le contexte.

Dans le tableau 5, la mortalité maternelle était estimée à 17,96 décès pour 100 000 naissances vivantes avant l'instauration de la gratuité, puis a enregistré une augmentation significative atteignant 46,21 décès après sa mise en œuvre. Cette évolution peut s'expliquer à notre avis par deux facteurs principaux. D'une part, le renforcement des compétences des prestataires de soins dans des thématiques prioritaires du PMNS (soins obstétricaux et néonataux d'urgence, planification familiale, nutrition) a favorisé une

meilleure détection et notification des cas de décès maternels. D'autre part, la transformation du dispositif a contribué à une déclaration plus exhaustive, en réduisant les réticences des acteurs de terrain.

En effet, le terme « audit », perçu comme une démarche administrative et disciplinaire, pouvait freiner la notification des décès. A l'inverse, la revue des décès maternels s'inscrit dans une logique d'analyse des causes et des facteurs associés, visant l'amélioration de la qualité des soins sans intention punitive. Ainsi, l'augmentation observée de la mortalité maternelle reflète à la fois une réalité sanitaire préoccupante et une amélioration des mécanismes de surveillance et notification, rendant les données plus complètes d'audit des décès maternels en revue des décès maternels et fiables. A l'inverse, la mortalité néonatale recule, comme une victoire éclatante, passant de 56 % à 32 %, traduisant ainsi un progrès notable dans la survie des nouveau-nés. Les nouveau-nés, jadis condamnés par le poids des finances, respirent désormais plus librement. La gratuité devient pour eux une berceuse nouvelle, une promesse de survie.

Le tableau 6 met en évidence une augmentation de la perception d'une fréquentation élevée (de 35,6 % à 50,8 %), tandis que le tableau 7 montre une amélioration significative de la satisfaction des bénéficiaires (de 25,4 % à 72 %). Ces évolutions traduisent une meilleure accessibilité financière et une perception accrue de la qualité des soins, en cohérence avec les résultats de Witter et al. (2017).

Le tableau 8 souligne une amélioration de la disponibilité des intrants, mais aussi la persistance de ruptures de stock et de disponibilités irrégulières. Ces résultats rejoignent les analyses de McPake et al. (2011), qui montrent que l'augmentation de la demande induite par la gratuité exerce une pression sur les chaînes d'approvisionnement.

Le tableau 9 indique que 82,2 % des femmes ne rencontrent pas de difficultés majeures d'accès, confirmant l'effet positif de la gratuité. Toutefois, les problèmes liés au transport et aux temps d'attente persistent, comme relevé par Randrianjafison et al. (2023). Le tableau 10 révèle une perception globalement positive de la disponibilité des services et du personnel, malgré certaines limites en termes de continuité. Ces résultats rejoignent les conclusions de Ridde et al. (2020), qui insistent sur l'importance de la disponibilité du personnel pour garantir l'efficacité des politiques de gratuité.

Le tableau 11 met en évidence une réduction des barrières financières, avec 92 % des femmes reconnaissant la suppression des coûts directs. Ces résultats confirment que la gratuité constitue un levier essentiel pour lever les obstacles

financiers, comme l'a montré Dzakpasu et al. (2014). Cependant, la persistance des paiements informels (37 %) confirme les observations de Ridde et al. (2020), qui soulignent que ces pratiques peuvent apparaître comme des mécanismes d'adaptation du personnel face aux contraintes du système.

Enfin, le tableau 12 souligne des contraintes des contraintes majeures : ruptures de stock (75 %), achats d'intrants (66 %), paiements informels (55 %) et surcharge des services (36 %). Ces résultats montrent que la gratuité, bien qu'efficace pour améliorer l'accès, ne garantit pas une utilisation optimale et durable des services. Ils rejoignent les conclusions de Ganle et al. (2019), qui insistent sur la nécessité de renforcer les capacités structurelles pour assurer la pérennité des politiques de gratuité.

Dans le contexte de la zone de santé de SIA et de la RDC, ces résultats s'inscrivent dans une dynamique similaire à celle observée ailleurs : amélioration significative de l'accès (Ngoy et al. 2025), mais persistance de contraintes structurelles telles que la surcharge des services et les ruptures de stock (Kaboré et al. 2025 ; Kafumbi et al. 2025).

V. CONCLUSION

Au terme de cette étude, il ressort que la gratuité de la maternité mise en œuvre dans le cadre du PMNS influence positivement l'utilisation des services de santé maternelle et la qualité des soins dans la zone de santé de SIA. Elle contribue à une amélioration substantielle de l'accessibilité financière, favorise le recours accru aux services et renforce la qualité perçue des soins, comme en témoigne l'augmentation notable des accouchements en structures sanitaires ainsi que du suivi médical durant la grossesse et le post-partum. Elle participe également à l'instauration d'une relation de confiance entre les bénéficiaires et les prestataires de soins.

Toutefois, l'efficacité de cette mesure demeure entravée par des contraintes structurelles persistantes : ruptures de stocks, insuffisance de médicaments et de personnel, surcharge des services, délais d'attente, paiements informels et certaines difficultés logistiques. Ces facteurs montrent que la gratuité, bien qu'efficace, ne produit pleinement ses effets que si elle s'accompagne d'un renforcement du système de santé, notamment en matière d'approvisionnement, de financement, d'organisation des services et de ressources humaines.

Les résultats de cette étude confirment que la gratuité de la maternité constitue un levier important d'amélioration de la santé maternelle mais que son impact réel dépend fortement des conditions de sa mise en œuvre. Des actions coordonnées sont nécessaires pour consolider les acquis et garantir son

Evaluation de l'impact de la gratuité de la maternité ...

impact durable en cohérence avec les objectifs de couverture sanitaire universelle prônaient par le gouvernement congolais.

Ainsi, les données issues de cette étude valident notre hypothèse de départ et apportent une réponse satisfaisante à la question de recherche posée.

REFERENCES

1. Amissi, G. (2025). Les pharmaciens, pivots stratégiques de la Couverture santé universelle en RDC. Santé RDC.
2. Andersen, R. M. (1988). Behavioral model of families' use of health services. Research Series No. 25. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago.
3. Ansu-Mensah, M., Danquah, F. I., Mohammed, T., & Ankomah, F. (2020). Barriers to maternal health services utilization in sub-Saharan Africa: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 5, 66-72.
4. Assani, J. (2024). Rapport sur la mise en œuvre de la gratuité de la maternité en RDC. Ministère de la Santé RDC.
5. Ayele, G. T., Tessema, Z. T., & Alem, A. Z. (2025). Determinants of maternal health service utilization in sub-Saharan Africa. *Reproductive Health*. 21(2):e0321521.
6. Babou, M.B.B., Matondo, A., Matangelo, G.E.E. (2025). 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. <https://doi.org/10.59228/rcst.025.v4.i3.165>
7. Barasa, E., Rogo, K., Mwaura, N., & Chuma, J. (2020). Kenya National Hospital Insurance Fund Reforms: Implications and Lessons for Universal Health Coverage. *Health Syst Reform*, 4(4):346-361. doi: 10.1080/23288604.2018.1513267.
8. Bonfrer, I., Breebaart, L., & Van de Poel, E. (2014). The effects of Ghana's free delivery policy on maternal health care utilization. *PloS One* <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165623>
9. Bureau Central de la Zone de Santé SIA. (2023). Rapport annuel des activités.
10. Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care 1996. *Milbank Q.* 2005;83(4):691-729. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.
11. Fatshimétrie. (2025). Analyse du système de santé et gratuité en RDC. Bulletin d'information du projet PARSS-SSR. Fatshimétrie Afrique.
12. Fenta, S. M., Teshome, A., & Abebe, S. (2024). Socioeconomic inequalities in maternal health service utilization in Ethiopia. *International Journal for Equity in Health*, 4(2),143-144.
13. Ganle, J. K., Parker, M., Fitzpatrick, R., & Otupiri, E. (2014). A qualitative study of health system barriers to accessibility and utilization of maternal and newborn healthcare services in Ghana after user-fee abolition. *BMC Pregnancy Childbirth*. 14:425. doi: 10.1186/s12884-014-0425-8.
14. Hatt, L. E., Makinen, M., Madhavan, S., & Conlon, C. M. (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), 67-80.
15. Kaboré, C., Ngo-Bebe, N., et al. (2025). Gratuité des soins maternels en RDC : résultats préliminaires. *African Journal of Reproductive Health*, 2(1), 87-92.
16. Kafumbi, M., et al. (2025). Evaluation de la satisfaction des services maternels gratuits à Kinshasa. *BMC Health Services Research* 4,e231.
17. Kasongo, P. (2024). La gratuité de la maternité en RDC : enjeux et perspectives. Ministère de la Santé RDC.
18. Lagarde, M., & Palmer, N. (2011). The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: How strong is the evidence?. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Apr 13;2011(4):CD009094. doi: 10.1002/14651858.CD009094
19. Lateef, R., et al. (2024). Global maternal mortality trends: 2000–2023. *The Lancet Global Health.* 42, 1245-1258.

20. McKinnon, B., Harper, S., Kaufman, J. S., & Bergevin, Y. (2015). Removing user fees for maternal health services: Evidence from sub-Saharan Africa. *Health Policy Plan*, 30(4):432-41. doi: 10.1093/heapol/czu027.
21. McPake, B., Witter, S., & Ensor, T., Fustukian, S., Newlands, D. et al. (2013). Removing financial barriers to access reproductive, maternal and newborn health services: the challenges and policy implications for human resources for health. *Hum Resour Health*, 11, 46. doi: 10.1186/1478-4491-11-46.
22. Ministère de la Santé RDC. (2025). Rapport annuel sur la gratuité de la maternité. Kinshasa: Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention.
23. Mokuba, D.K., Kwete, B.M., Kafinga, E.L. (2026). Mise en œuvre de la gratuité de maternité à l'Hôpital Général de Référence de N'djili en RD Congo. *Rev. Sc. Sant.* 5(1), 456-466. <https://doi.org/10.71004/rss.026.v5.i1.94>
24. Ngoy, J., et al. (2025). Evaluation de la gratuité de la maternité dans les provinces de la RDC. Université de Kinshasa.
25. Ngo-Bebe, A., et al. (2025). Global maternal mortality trends and policy responses. WHO Regional Office for Africa.
26. Nsungu, E.M., Otshomampita, A.A., Nswela, O.I., Onoya, J.M., Mandina, F.M. (2026). Quantitative Evaluation of Health Service Utilization in the Kenge Health Zone, Kwango Province, Democratic Republic of the Congo. *Orapuh Journal* 7(7), e1470-e1470. <https://doi.org/10.4314/orapj.v7i7.70>
27. Patton, M. Q. (2008). Utilization-focused evaluation (4^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
28. Pumbu, H. (2025). Pénurie de médicaments au Kwilu : la gratuité de la maternité en RDC, un mirage pour les femmes enceintes. Union nationale des infirmières et infirmiers du Congo (UNNIC)/Kwilu. Radio Okapi.
29. Randrianjafison, F., Ravelomanantsoa, J.J., Rajabo, A. (2023). Impact de la gratuité des soins maternels sur l'utilisation des services de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire : une revue systématique de littérature. *Revue Sciences Santé*, 3(6), 1-13.
30. 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 Plan*. 26(1), 1-11. doi: 10.1093/heapol/czq021.