

Gratuité de la Maternité et son incidence sur la protection financière égalitaire d'après les sexes dans les hôpitaux publics de Kinshasa en 2024

The Impact of Free Maternity Care on Gender-Equal Financial Protection in Public Hospitals of Kinshasa, 2024

Par KPAGBOMA LOTSNA Cyriaque, TOHEMO LUKAMBA Alexis, NDENGA LOTSINA Bruce

1. Chef de Travaux à l'ISTM/Kinshasa
2. Doctorant en Gestion des opérations logistique de l'école doctorale des sciences de santé de Kinshasa
3. Assistant à l'ISTM/Bunia

Résumé

La République Démocratique du Congo a adopté en 2019 le *Plan Stratégique National pour la Couverture Sanitaire Universelle 2020-2030*, visant un accès équitable aux soins avec protection financière. Cependant, des disparités persistantes entre les sexes limitent l'accès des femmes aux services de santé, en raison d'inégalités économiques et professionnelles structurelles. Cette étude analyse l'incidence de la gratuité de la maternité sur la protection financière égalitaire selon le sexe dans les hôpitaux publics de Kinshasa.

Une étude comparative a été menée dans quatre hôpitaux publics de Kinshasa (Cliniques Universitaires, Clinique Ngaliema, Hôpital Général de Référence de Lemba et Centre Hospitalier de Ngaba). Deux échantillons indépendants ont été analysés : 2 329 patients endettés en 2021 (avant la gratuité) et 5 376 en 2024 (après sa mise en œuvre). Le test Z de proportion a été utilisé pour comparer les écarts entre les sexes quant à l'endettement hospitalier.

En 2021, la proportion de femmes présentant des dettes hospitalières catastrophiques était significativement plus élevée que celle des hommes ($p < 0,05$). En 2024, après la mise en œuvre de la gratuité de la maternité (septembre 2023), les proportions d'endettement entre hommes et femmes se sont statistiquement égalisées.

Ces résultats suggèrent que la gratuité de la maternité a réduit les inégalités de genre liées à la protection financière dans les hôpitaux publics de Kinshasa. Le programme contribue ainsi à l'un des objectifs majeurs de la Couverture Sanitaire Universelle : l'équité d'accès aux soins pour tous.

Mots-clés : Gratuité de la maternité, protection financière, genre, équité, Kinshasa, 2024.

Abstract

In 2019, the Democratic Republic of the Congo adopted the *National Strategic Plan for Universal Health Coverage 2020–2030*, aiming to ensure equitable access to health services with financial protection. However, persistent gender disparities limit women's access to healthcare due to economic and occupational inequalities. This study analyzes the impact of free maternity care on gender-based financial protection equality in public hospitals in Kinshasa.

A comparative study was conducted in four public hospitals in Kinshasa: the University Clinics of Kinshasa, Ngaliema Clinic, Lemba General Referral Hospital, and Ngaba Hospital Center. Two independent samples were analyzed—2,329 indebted patients in 2021 (before the introduction of free maternity care) and 5,376 in 2024 (after implementation). The **Z-test for proportions** was used to assess differences between men and women in catastrophic hospital debt before and after the policy launch on September 23, 2023.

In 2021, the proportion of women experiencing catastrophic hospital debt was significantly higher than that of men ($p < 0.05$). In 2024, following the implementation of free maternity care, the proportions of indebted men and women became statistically equivalent.

The findings suggest that free maternity care contributed to reducing gender-based inequalities in financial protection within public hospitals in Kinshasa. This policy appears to promote one of the core objectives of Universal Health Coverage—ensuring equitable access to health care regardless of gender.

Keywords: Free maternity care, financial protection, gender, equity, Kinshasa, 2024.

1. Introduction

Le principe de la « protection financière » est au cœur de la couverture sanitaire universelle (CSU) : selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ceci signifie que les paiements directs pour les services de santé ne doivent pas exposer les individus à des difficultés financières ou menacer leur niveau de vie. (OMS, 2025)

La CSU, définie comme l'accès par tous aux services de santé nécessaires, de qualité suffisante, sans que l'usage de ces services n'occasionne une catastrophe financière, est un objectif majeur des Nations Unies et de nombreux États. (OMS, 2024)

Ces définitions globales fournissent le cadre d'analyse pour l'évaluation des politiques de gratuité de la maternité et de leur incidence sur l'égalité entre les sexes dans l'accès à la protection financière.

L'OMS insiste sur les trois piliers de la CSU : l'équité dans l'accès, la qualité des services et la protection contre le risque financier. (OMS-Afrique, 2025)

Dans ce sens, les politiques de gratuité pour des interventions ciblées (par exemple la maternité) sont envisagées comme des moyens de progresser vers la CSU, en supprimant la barrière que constitue le paiement direct. (OMS, 2025)

Cependant, la simple gratuité n'assure pas automatiquement l'égalité – l'analyse genre (hommes/femmes) doit être intégrée pour vérifier que tous les groupes bénéficient effectivement de la protection financière.

En Europe, malgré des systèmes de santé largement développés, des études montrent que les paiements directs persistants (out-of-pocket) peuvent encore entraîner des « dépenses catastrophiques » pour certains ménages, surtout parmi les plus vulnérables. (OMS Europe, 2023)

Cette réalité européenne illustre que la gratuité ou la couverture large ne suffisent pas à garantir l'absence de risque financier : la dimension de genre peut aussi intervenir (par exemple, si les femmes ont moins accès aux postes bien rémunérés ou à des schémas d'assurance en emploi). En conséquence, on peut concevoir que, même dans un contexte de gratuité, les femmes pourraient rester désavantagées en termes de protection financière comparées aux hommes.

En Afrique subsaharienne, la dépendance aux paiements directs reste élevée, ce qui constitue un frein majeur à l'atteinte de la CSU. (OMS Afrique, 2025) L'accès aux services essentiels pour les femmes enceintes reste souvent limité par des coûts cachés (transport, médicaments, examens complémentaires) même lorsqu'une partie des services est gratuite. (Turkson&Ahiabor, 2020)

De plus, l'intégration de l'égalité des sexes dans les politiques sanitaires est encore insuffisante : la femme peut rester exclue de la pleine protection financière, notamment si elle est moins souvent en emploi formel ou occupant des postes moins rémunérés. Ainsi, en Afrique, la gratuité de la maternité peut constituer une opportunité mais elle ne garantit pas automatiquement la protection financière égalitaire entre sexes – d'où l'importance d'une analyse ciblée.

Depuis 2015, la RDC s'est engagée dans la mise en œuvre d'un programme de CSU visant l'accès massif de la population à des services de santé de qualité, avec protection financière — le critère d'universalité signifiant qu'aucune catégorie de personnes ne doit être exclue. En septembre 2023, la RDC a lancé une politique de gratuité des soins de maternité et néonataux dans un premier temps à Kinshasa puis progressivement dans d'autres provinces. (Fatshimétrie, 2023) Cette initiative vise à supprimer les coûts d'entrée à l'hôpital pour les femmes enceintes, ce qui représente une avancée notable vers la protection financière. Toutefois, des défis comme le remboursement tardif aux hôpitaux ou la persistance de coûts indirects sont signalés. (Fatshimétrie, 2024)

Dans ce contexte national, l'analyse de l'incidence de la gratuité sur la protection financière égalitaire entre hommes et femmes s'impose, notamment dans les hôpitaux publics de la capitale.

Dans la ville de Kinshasa, capitale de la RDC, la gratuité des soins de maternité a concerné plus de 85 000 femmes depuis le lancement du programme. (Fatshimétrie, 2024)

Cependant, des articles d'enquête ont relevé que la mise en œuvre demeure inégale : des établissements n'ont pas encore reçu les remboursements prévus, certains actes ne sont pas couverts complètement, et l'infrastructure reste surchargée. (Fatshimétrie, 2023)

En outre, dans ce contexte urbain et hospitalier, l'observation selon le sexe de la population du personnel employé ou des bénéficiaires recommandés pour les soins (via billets d'envoi) laisse apparaître un effectif plus

faible de femmes que d'hommes, ce qui peut se traduire par une moindre couverture en protection financière pour les femmes.

L'observation faite selon laquelle « l'effectif des femmes recommandées par les employeurs pour les soins de santé moyennant des billets d'envois est faible par rapport à celui des hommes » évoque une inégalité de fait dans la couverture d'assurance ou de prise en charge par l'employeur. Si l'on admet que les hommes occupent majoritairement les fonctions bien rémunérées et les emplois formels, ils sont plus susceptibles de bénéficier des schémas de protection financière liés à l'emploi ce qui peut entraîner un désavantage relatif pour les femmes, même dans le cadre de la gratuité de la maternité.

Il est donc essentiel d'analyser, dans chaque hôpital public de Kinshasa: (*le nombre d'hommes vs de femmes employés dans des fonctions assurant la prise en charge des soins ; le nombre de femmes vs hommes bénéficiaires de la gratuité de la maternité ou recommandés par l'employeur pour soins ; les coûts indirects restant à la charge des patientes femmes (transport, médicaments, examens) ; et enfin l'impact global de la gratuité sur la protection financière égalitaire entre sexes*).

Une étude réalisée dans la zone de santé de Binza-Météo à Kinshasa montre que la gratuité a amélioré l'accès et la satisfaction des femmes, mais que des coûts indirects persistent. (Orapuh Journal, 2024)

Cette analyse spécifique aux hôpitaux publics de Kinshasa devrait donc apporter un éclairage sur la dimension genre de la gratuité de la maternité et de la protection financière.

La question générale de la présente recherche est celle de chercher à savoir si le programme contribue significativement à la lutte contre les inégalités basées sur le genre en endiguant, dans les mêmes proportions, aussi bien pour les femmes que pour les hommes, le phénomène de dépenses, dettes et factures catastrophiques dans les hôpitaux publics de Kinshasa.

Pour répondre aux préoccupations soulevées dans cette étude, la réflexion s'articule autour d'une question centrale visant à évaluer l'incidence du programme de gratuité de la maternité sur les inégalités de genre dans la protection financière en matière de santé. Ainsi, la question de recherche posée est la suivante : *la gratuité de la maternité a-t-elle des effets positifs dans la lutte contre les inégalités basées sur le sexe ?* Compte tenu du fait que ce programme n'a été mis en œuvre à Kinshasa que depuis une année, l'hypothèse formulée est que la gratuité de la maternité n'a pas encore produit d'effet positif significatif sur la réduction des inégalités liées à la protection financière entre les sexes. Cette hypothèse de départ permettra d'orienter l'analyse vers la vérification de l'existence ou non d'une amélioration tangible dans l'équité d'accès aux soins et la charge économique supportée par les femmes par rapport aux hommes.

2. Matériel et Méthodes

2.1. Population-cible et la population d'étude

D'après l'UNESCO, la population-cible c'est l'ensemble des unités statistiques couvertes par l'enquête. Dans notre cas, la population-cible est constituée de la population qui fréquente les quatre hôpitaux sous examen. Par contre, la population d'étude, d'après R. Mucchielli, est un sous-groupe considéré pour une étude ou un raisonnement statistique. C'est l'ensemble d'individus auxquels s'applique l'étude. C'est l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs d'enquête. Dans le cas d'espèce, la population d'étude comprend environ 4.123 et 9.614 entrants annuels dans les services de Médecine Interne, Maternité et Chirurgie, respectivement en 2021 et 2024.

2.2. Sources de données

Il existe des sources primaires et secondaires de données. Les sources primaires sont des informations spécifiquement collectées pour étudier un phénomène particulier. Ce sont des informations nouvelles, directement collectées et organisées par le chercheur. Ce sont, donc, les données que le chercheur « fabrique » lui-même pour le besoin et à l'occasion de son étude. Les données secondaires, quant à elles, sont des informations publiques ou préexistantes qui ont été collectées et organisées par un tiers. Ce sont des informations qui ont déjà été collectées dans un but différent de l'étude, qui sont mises à la disposition du public pour une seconde utilisation. Dans nos investigations, toutes les deux sources ont été utilisées. Pour les sources primaires, nous avons utilisé les registres des services de recouvrements, des services de statistiques, des services d'hospitalisations, des Rapports annuels des hôpitaux publics, des Rapports du Système National d'Informations Sanitaire « S.N.I.S. », en sigle. Pour les sources secondaires, nous nous sommes servis des récentes données issues des organisations tant nationales qu'internationales suivantes : Rapports du Ministère de Santé Publique, l'annuaire de l'Institut National de la Statistique édition 2020, Rapports de l'OMS et Rapport de la Banque Mondiale, édition 2024.

2.3. Echantillonnage

Pour mener à bien les analyses, nous optons pour l'échantillonnage probabiliste dans lequel chaque unité de la population a une probabilité connue d'être choisie et de faire partie de l'échantillon. Les étapes suivantes ont été suivies :

- a) Collecte des données dans les registres des hôpitaux concernés, précisément dans les services de recouvrement de Médecine interne, Gynéco-obstétrique et Chirurgie.
- b) Nous enregistrons les données dans le fichier Excel en omettant les noms des patients suivant la clause de confidentialité contenue dans le protocole de recherche.
- c) Nous fixons la taille de l'échantillon après consultation de la «table calculée d'échantillons randomisé pour une population donnée de 10 à 100 000 avec 95% de degré de confiance» (Krej 1970 : 607). Pour 4.123 unités statistiques, cette table prévoit un nombre minimum réduit de 354 unités. Avec le pas de sondage de 1/10, nous fixons la taille de notre échantillon à 412 unités qui est supérieur à la taille fixée par la table.
- d) Nous tirons au hasard un nombre compris entre 1 et 4 moyennant la technique de l'urne, dans notre cas nous avons retiré 3. Ce nombre représente le premier patient de notre échantillon et constitue notre point de départ.
- e) En utilisant ce pas de sondage de 1/10, nous choisissons les autres éléments de l'échantillon : [3], 3+10= [13], 13+10= [23], etc., jusqu'à atteindre l'effectif prévu pour un service.
- f) Echantillons aléatoire simple avec le mode échantillonnage stratifié proportionnel.
- g) La mesure utilisée en statistique inférentielle comprend principalement le test «Z de proportion», une variante du test «t» de Student».

2.4. Niveau de signification

Règle due à FISHER basée sur le niveau de probabilité p_2 (test bilatéral) :

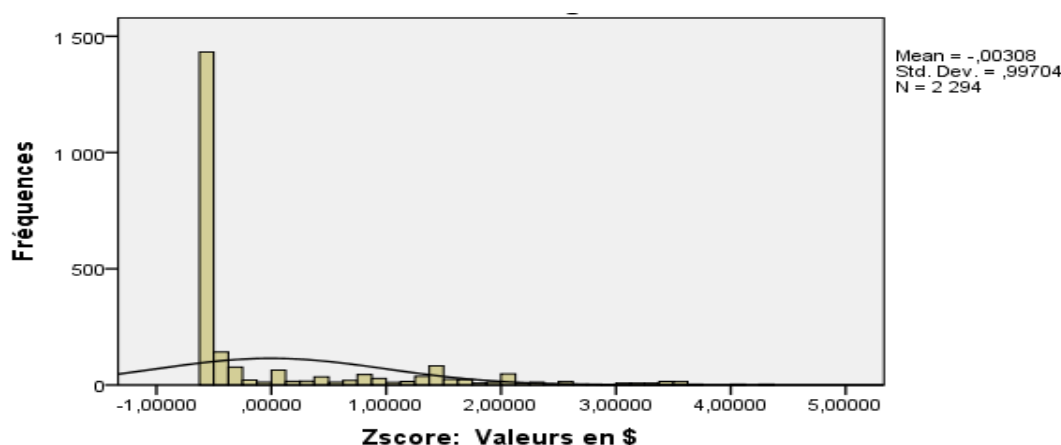
- a) Si $p_2 \geq 0,05$: la différence observée entre la réalité et l'hypothèse est due à l'effet du hasard. On dit que la différence est non significative (D.N.S.)
- b) Si $p_2 < 0,05$: la différence observée entre la réalité et l'hypothèse n'est pas due à l'effet du hasard. On dit que la différence est significative (D.S.)
- c) Si $p_2 \geq 0,01$: la différence observée entre la réalité et l'hypothèse n'est pas due à l'effet du hasard. On dit que la différence est très significative (D.T.S.).

2.5. Outils d'analyses

Les analyses de la présente étude ont été effectuées aussi bien en mode manuel qu'en mode informatique. Nous avons collecté les données avec le logiciel Excel. Les analyses de la statistique descriptive sont faites moyennant le logiciel SPSS 21. Les analyses de la statistique inférentielle ont été effectuées manuellement. Le test de la normalité de distribution est l'une de deux conditions préalables pour l'application du test Z de proportion aux cotés des conditions de l'indépendance de deux échantillons et du test de l'homogénéité des variances. Nous avons respecté toutes conditions.

3. Résultats

3.1. Graphique 1 : Courbe de la Laplace-Gausse de dettes en 2021



Le test de la normalité de distribution des données relatives aux valeurs des dettes en dollars américains s'avère positif. La courbe tracée par l'ordinateur indique une courbe de probabilité en « cloche ». D'où, on peut conclure que la première condition est réunie. La deuxième condition concernant l'égalité ou l'inégalité des variances, la formule diffère selon les cas. Deux variances sont dites «égales si, lorsqu'elles sont comparées à leurs probabilités relatives, les deux variances présentent les mêmes grandeurs supérieures ou inférieures par rapport aux seuils de signification statistiques des probabilités équivalant à 1% et 5%.

Tableau N°1 : Dettes hospitalières catastrophiques d'après les sexes en 2021

	Fréquence	Pourcentages	Pourcentages Cumulés
Masculin	281	12,1	12,1
Féminin	634	27,2	39,3
Sorties sans dettes	1406	60,4	99,7
Données manquantes	8	,3	100,0
Total	2329	100,0	

Source : Service de recouvrements et statistiques des 4 hôpitaux, 2025.

Commentaires :

En 2021, les femmes étaient significativement plus confrontées aux dettes catastrophiques hospitalières que les hommes [(27,2% > 12,1% ; $p < 0,01$]. En 2024, après la gratuité de la maternité, on constate un équilibre d'accès aux soins de santé avec protection financière avec une différence non significative des proportions (18,7% > 13,9%) ; $p > 0,05$. Voir le tableau ci-dessous :

Tableau N°2 : Dettes hospitalières catastrophiques d'après les sexes en 2024

	Fréquences	Pourcentages	Pourcentages cumulés
Masculin	1006	18,7	18,7
Féminin	748	13,9	32,6
Sortis sans dettes	3610	67,2	99,8
Valeurs manquantes	12	,2	100,0
Total	5376	100,0	

Source : Service de recouvrements et statistiques des 4 hôpitaux, 2025.

4. Discussions

La gratuité des soins de maternité et la protection financière égalitaire sont des objets d'analyse de plus en plus abordés dans la littérature. Une revue intégrative a montré que, bien que les politiques de soins maternels gratuits puissent réduire la charge financière pour les ménages, elles ne garantissent pas nécessairement l'égalité entre sexes ou groupes socio-économiques, en raison de coûts indirects (transport, médicaments informels, etc.) et de défis de qualité de service (Oyugi, Kendall & Peckham, 2021).

Dans cette étude, il a été principalement question de répondre à une seule question de recherche, à savoir : Est-ce que la Gratuité de la Maternité a-t-elle eu un effet positif sur les inégalités basées sur les sexes? Après analyse, l'étude découvre que, les proportions des patients de deux sexes ayant encouru des dettes et factures hospitalières catastrophiques en 2021 avaient un écart très significatif entre elles [(Hommes : 27,2% > Femmes : 12,1% ; $p < 0,01$) : DS]. Mais, après le lancement du programme de la gratuité de la Maternité, cet écart a été réduit par le programme au point qu'actuellement les deux proportions s'équivalent. [(Hommes : 18,7% > Femmes : 13,9% ; $p < 0,01$) : DNS]

Dans le cas de votre étude à Kinshasa, il est pertinent de mettre en perspective votre constat (écart hommes/femmes dans les « dettes et factures catastrophiques ») à cette dynamique globale où la gratuité améliore l'accès mais reste conditionnée par d'autres facteurs.

Par exemple, une étude menée en Zambie sur la suppression des frais d'usage (« user fees ») a montré qu'à moyen terme (2-5 ans après la réforme) les naissances en établissement ont augmenté de 25-35 % dans les zones où les soins étaient devenus gratuits (Lagarde, Lépine & Chansa, 2022). Cependant, cette étude note que l'effet n'a pas été uniforme pour les femmes à faible niveau d'éducation ou dans les zones de faible qualité de soins (Lagarde et al., 2022). Cette observation suggère que même dans un contexte de gratuité, des inégalités persistantes peuvent subsister selon le profil des femmes, un élément utile pour interpréter votre résultat où l'écart initial hommes/femmes était important.

D'autres travaux se sont intéressés à la question de l'équité entre groupes socio-économiques plutôt que de sexe uniquement. Par exemple, dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest, l'élimination des frais pour les soins maternels a réduit, mais pas annulé, les écarts d'utilisation entre les groupes économiques pauvres et riches : « *the poorest women remain unable to surmount other barriers that prevent them from using subsidised facility-based child birth care* » (Kruk et al. dans Ouédraogo et al., 2020) (Kruk et al., 2020). Cela rappelle que votre dimension « sexe » peut interagir avec d'autres caractéristiques (emploi, revenu, statut informel) : les femmes peuvent être moins bien couvertes si elles occupent des emplois précaires sans prise en charge par l'employeur.

Une étude récente au Burkina-Faso sur la politique « Gratuité » des services de santé maternelle a constaté que lorsque la barrière financière directe a été supprimée, les obstacles géographiques (distance, transport) continuaient à jouer un rôle dominant sur l'accès — et donc sur l'égalité. (Dabiré Dembélé et al., 2024) Cette donnée suggère qu'en RDC, même après gratuité, il importe d'examiner les coûts indirects et les disparités de genre dans leur capacité à les assumer (ex : transport, accompagnement, conditions de travail).

Concernant l'égalité de genre spécifiquement, plusieurs rapports de politique publique soulignent que les systèmes de protection sociale et sanitaire sont souvent « gender-blind » (UN Women, 2022) et que les femmes sont moins susceptibles d'être dans un emploi formel garantissant une prise en charge par l'employeur (UN Women, 2022). Cela renforce l'argument que les hommes peuvent être sur-représentés dans les situations où les factures sont couvertes par l'employeur — et donc que votre constat initial (écart hommes/femmes) s'inscrit dans une logique plus vaste de lien entre emploi, couverture et genre.

En synthèse, l'élargissement de la discussion montre que :

- La gratuité des soins de maternité peut contribuer à la réduction des charges financières et à l'amélioration de l'accès.
- Mais l'impact sur l'égalité entre sexes n'est **pas automatique** : il dépend du profil des bénéficiaires (emploi, revenu, éducation), de la qualité du service, des coûts indirects, et de la couverture formelle, qui diffère selon le sexe.
- Dans votre étude à Kinshasa, l'observation que l'écart hommes/femmes s'est réduit après la gratuité est donc plausible et s'inscrit dans cette dynamique, mais mérite d'être analysée en tenant compte des contextes d'emploi et de statut selon sexe dans les hôpitaux.
- Il faudrait également examiner si les femmes ont réellement bénéficié de la gratuité sans rester exposées à des coûts résiduels (transport, médicaments non couverts), ou si elles occupent moins souvent les emplois formels avec prise en charge, ce qui pourrait limiter leur protection financière même dans un contexte de gratuité.

5. Conclusion

Le « Plan Stratégique National pour la Couverture Sanitaire Universelle 2020-2030 », élaboré en 2019 par le gouvernement de la République Démocratique du Congo a eu une incidence positive par rapport au « genre ». Il a réussi à réduire significativement l'écart entre les hommes et les femmes à l'accès aux soins de santé de qualité avec protection financière. Actuellement, dans les quatre hôpitaux étudiés dans leur ensemble, la proportion des femmes et celle des hommes exposés aux risques de dépenses, factures et dettes catastrophiques, c'est-à-dire, pouvant les entrainer dans la misère, s'équivalent. Ainsi, l'hypothèse du départ est infirmée.

6. Remerciements

Les auteurs expriment leur profonde gratitude au Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention de la République Démocratique du Congo pour l'appui institutionnel et l'accès aux données relatives au programme de gratuité de la maternité.

Nos remerciements vont également à la direction et au personnel des hôpitaux publics de Kinshasa ayant accepté de participer à cette étude, pour leur disponibilité et leur précieuse collaboration. Nous tenons aussi à remercier les femmes bénéficiaires et les membres des ménages interrogés pour le temps consacré à partager leurs expériences.

Enfin, les auteurs reconnaissent avec gratitude l'encadrement scientifique et les conseils méthodologiques des enseignants et chercheurs ayant contribué à l'amélioration de ce travail.

7. Financement

Cette recherche n'a bénéficié d'aucun financement externe.

Elle a été menée sur fonds propres des auteurs, sans soutien institutionnel ni appui d'organismes publics ou privés.

8. Déclaration de conflits d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec la conception, la réalisation ou la publication de cette étude.

Aucun des auteurs n'a reçu de rémunération, de financement ou d'avantage susceptible d'influencer les résultats ou leur interprétation.

9. Considérations d'éthique


L'étude a été conduite dans le strict respect des principes éthiques de la recherche en santé publique, conformément à la Déclaration d'Helsinki (Association Médicale Mondiale, 2013). Une autorisation officielle de recherche a été obtenue auprès du Comité d'Éthique de la Santé Publique de

l'Université de Kinshasa ainsi que des directions des hôpitaux concernés. Avant la collecte des données, tous les participants ont été informés des objectifs de l'étude, de la confidentialité des informations recueillies et de leur droit de retrait à tout moment. Leur consentement libre, éclairé et volontaire a été obtenu oralement ou par écrit selon les cas. Les données ont été anonymisées afin de garantir la protection de la vie privée des participants.

10. Contributions des auteurs

- Auteur principal : conception et élaboration du protocole de recherche, collecte et analyse des données, rédaction du manuscrit.
- Premier coauteur : contribution à la méthodologie, à l'interprétation des résultats et à la rédaction de la discussion.
- Deuxième coauteur : relecture critique, appui à la structuration du texte et validation scientifique du contenu.
- Tous les auteurs ont lu, corrigé et approuvé la version finale de l'article avant sa soumission pour publication.

11. ORCID des auteurs

 **Cyriaque : 0009-0001-7132-8156**

 **Bruce :**

 **Alexis :**

12. Références Bibliographiques

- [1] Bura P. (2017) ; Cours de Statistique descriptive et inférentielle ; à l'usage des étudiants de 2ème licence en Gestion des Institutions de Santé de l'ISTM/Kinshasa, inédit, Kinshasa, p.68
- [2] Dabiré Dembélé, E., et al. (2024). Has the Gratuité policy reduced inequities in geographic access to antenatal care in Burkina Faso? Evidence from facility-based data from 2014 to 2022. *Frontiers in Global Women's Health*.
- [3] Fatshimétrie. (2023, septembre 9). The Democratic Republic of Congo launches an ambitious free maternity program to reduce maternal mortality. *Fatshimétrie*.
- [4] Fatshimétrie. (2024, février 10). Free childbirth and neonatal care in the DRC: strong measures for total accessibility to health care. *Fatshimétrie*.
- [5] I.N.S. (2020) ; Annuaire de la Statistique de la RDC 2020 ; Ed. I.N.S., Kinshasa
- [6] KREJ (1970) ; Table calculée d'échantillons randomisé pour une population donnée de 10 à 100 000 avec 95% de degré de confiance
- [7] Kruk, M., et al. (2020). Inequalities in reproductive health care use in five West-African countries: A decomposition analysis of the wealth-based gaps. *International Journal for Equity in Health*.
- [8] Lagarde, M., Lépine, A., & Chansa, C. (2022). The long-term effects of free care on birth outcomes: Evidence from a national policy reform in Zambia. *SSM-Population Health*, 17, 101051.
- [9] Mangalu M. (2019) ; Guide d'analyse des données en sciences sociales et humaines, Harmattan Condé-sur-Noireau
- [10] Ministère du Plan (2019) ; Plan National Stratégique du Développement 2019-2023, Kinshasa,
- [11] O.E.C.D. (2005); OECD; in Economic surveys no. 765, Ed. OECD, Bruxelles
- [12] OMS (2006) ; Rapport sur la santé dans le monde, Ed. OMS, Genève
- [13] OMS (2010) ; Rapport sur la santé dans le monde, Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle, Genève, Ed. O.M.S, Genève
- [14] Orapuh Journal. (2024). Effects of free maternity care on beneficiary satisfaction: Multicentre study conducted in the Binza Météo Health Zone, Kinshasa. Additional sources as cited.
- [15] Organisation mondiale de la Santé – Région Afrique. (2025). Universal health coverage – overview.
- [16] Organisation mondiale de la Santé. (2024). Universal health coverage factsheet (UHC).
- [17] Organisation mondiale de la Santé. (2025). Financial protection – health topic overview.
- [18] Organisation mondiale de la Santé. (2025). Monitoring financial protection in health service use.
- [19] Oyugi, B., Kendall, S., & Peckham, S. (2021). Effects of free maternal policies on quality and cost of care and outcomes: an integrative review. *Primary Health Care Research & Development*, 22, e43.

[20] Turkson, D., &Ahiabor, J. K. (2020). Implication of natal care and maternityleave on childmorbidity: Evidence from Ghana. arXiv.

[21] UN Women. (2022). Feministpriorities for social protection in Africa.

[22] What Works for Gender. (2021). Evidence summaryseries #4: Health. Co-Impact.