

## Evaluation de l'impact des mécanismes de recouvrement des coûts sur la durabilité financière et la qualité des soins dans les structures sanitaires rurales de la zone de santé de Mosango, Province du Kwilu, République Démocratique du Congo.

*Evaluation of the Impact of Cost Recovery Mechanisms on Financial Sustainability and Quality of Care in Rural Health Facilities of the Mosango Health Zone, Kwilu Province, Democratic Republic of the Congo.*

Oscar MAWULU NGIABA<sup>1,2,\*</sup>, Jean Jacques KISAKA NGIMBI<sup>3</sup>, LUSASI SENGHOR<sup>2</sup>, Odon NSWELE ILUNDU<sup>4</sup>, Jean-Pierre BASILA ILENGI MBULA<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ecole Doctorale des Sciences de la Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, RD Congo ;

<sup>2</sup>Section Gestion des Organisations de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lumbi, Kwilu, RD Congo ;

<sup>3</sup>Section Dage-Femme, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Moanza, Kwilu, RD Congo ;

<sup>4</sup>Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, RD Congo.

### RESUME:

Le recouvrement des coûts demeure un mécanisme central de financement des structures sanitaires rurales en République Démocratique du Congo, malgré ses effets potentiels sur l'accessibilité financière et l'utilisation des services de santé. Cette étude vise à analyser son impact sur la durabilité financière et la qualité des soins dans les structures sanitaires rurales de la Zone de Santé de Mosango, Province du Kwilu. Une étude descriptive et analytique de type transversal a été réalisée en 2023–2024 auprès de 250 répondants, incluant des gestionnaires de structures sanitaires et des patients. Les données ont été collectées à l'aide de questionnaires structurés et analysées par des méthodes descriptives et bivariées, avec un seuil de significativité de  $p < 0,05$ . Les résultats montrent que le recouvrement des coûts constitue une source importante de financement opérationnel, mais que les coûts des soins sont perçus comme élevés par une proportion significative des usagers, limitant l'utilisation des services de santé. La satisfaction des patients vis-à-vis de la qualité des soins demeure globalement faible à modérée. Des associations significatives ont été observées entre certaines caractéristiques des répondants, les pratiques de recouvrement des coûts, la satisfaction des patients et l'utilisation des services. Ces résultats confirment que, bien que nécessaire au fonctionnement des structures sanitaires rurales, le recouvrement des coûts représente une barrière financière majeure pour les populations à faible revenu et ne garantit pas une amélioration systématique de la qualité des soins. La diversification des sources de financement et la mise en place de mécanismes de protection financière apparaissent indispensables pour renforcer la durabilité financière et l'équité d'accès aux soins en milieu rural.

**Mots clés :** Recouvrement des coûts, Mécanismes de financement de la santé, Durabilité financière, Qualité des soins, Structures sanitaires rurales, Accessibilité financière aux soins, Zone de Santé de Mosango.

### ABSTRACT :

Cost recovery remains a central financing mechanism for rural health facilities in the Democratic Republic of Congo, despite its potential effects on financial accessibility and the utilization of health services. This study aimed to analyze the impact of cost recovery mechanisms on financial sustainability and quality of care in rural health facilities of the Mosango Health Zone, Kwilu Province. A descriptive and analytical cross-sectional study was conducted in 2023–2024 among 250 respondents, including health facility managers and patients. Data were collected using structured questionnaires and analyzed through descriptive and bivariate methods, with a significance level set at  $p < 0.05$ . The results show that cost recovery constitutes an important source of operational financing; however, healthcare costs are perceived as high by a substantial proportion of users, which limits the utilization of health services. Patient satisfaction with the quality of care remains generally low to moderate. Significant associations were observed between certain respondent characteristics, cost recovery practices, patient satisfaction, and health service utilization. These findings confirm that, although necessary for the functioning of rural health facilities, cost recovery represents a major financial barrier for low-income populations and does not systematically lead to improved quality of care. Diversification of financing sources and the implementation of financial protection mechanisms appear essential to strengthen financial sustainability and equity of access to healthcare in rural settings.

**Keywords:** Cost recovery, Health financing mechanisms, Financial sustainability, Quality of care, Rural health facilities, Financial access to health care, Mosango Health Zone.

\*Adresse des Auteur(s)

**Oscar MAWULU NGIABA**, Ecole Doctorale des Sciences de la Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa & Section Gestion des Organisations de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lumbi, Kwilu, République Démocratique du Congo ;

**E-mail :** [oscarmawulu199@gmail.com](mailto:oscarmawulu199@gmail.com)

**Tél :** +243 812848149 – 970249875 ;

**Jean Jacques KISAKA NGIMBI**, Section Sage-femme, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Moanza, Kwilu, RD Congo ;

**LUSASI SENGHOR**, Section Gestion des Organisations de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lumbi, Kwilu, République Démocratique du Congo ;

**Odon NSWELE ILUNDU**, Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, RD Congo ;

**Jean-Pierre BASILA ILENGI MBULA**, Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, RD Congo.

### I. INTRODUCTION

Le financement des systèmes de santé constitue un déterminant majeur de la performance, de l'équité et de la résilience des services de soins, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. La dépendance persistante aux paiements directs des ménages est reconnue comme un obstacle structurel à la réalisation de la couverture sanitaire universelle, exposant les populations vulnérables à des dépenses catastrophiques et au renoncement aux soins nécessaires [1,2].

Malgré les engagements internationaux en faveur d'un financement plus solidaire, le recouvrement des coûts reste, dans de nombreux contextes africains, un mécanisme central de financement des structures sanitaires, notamment en milieu rural où les subventions publiques sont limitées et irrégulières [3,4].

## Evaluation de l'impact des mécanismes de recouvrement ...

L'héritage des réformes inspirées de l'Initiative de Bamako a institutionnalisé le paiement des soins par les usagers comme stratégie pour assurer la disponibilité des intrants et la continuité des services de santé primaires [5]. Cependant, lorsqu'il n'est pas accompagné de mécanismes efficaces de protection financière et de gouvernance transparente, le recouvrement des coûts peut compromettre l'accessibilité financière, accentuer les inégalités sociales et réduire l'utilisation des services, particulièrement chez les populations rurales pauvres [6].

En République Démocratique du Congo (RDC), le système de santé repose largement sur les paiements directs des ménages, qui constituent une part substantielle du financement total du secteur. Cette situation est particulièrement marquée dans les zones rurales, où la faiblesse du pouvoir d'achat, l'éloignement géographique et la dépendance aux structures sanitaires publiques renforcent la vulnérabilité financière des ménages [10].

Les structures sanitaires rurales sont ainsi confrontées à un dilemme : mobiliser des ressources financières par le recouvrement des coûts pour assurer leur fonctionnement quotidien, tout en limitant les barrières financières susceptibles de freiner le recours aux soins et d'affecter la qualité perçue des services.

La littérature récente souligne que la relation entre recouvrement des coûts et performance des structures sanitaires ne peut être appréhendée uniquement sous l'angle des recettes générées. La durabilité financière dépend également de la stabilité des ressources, de la capacité de gestion, de la transparence dans l'utilisation des fonds et de l'impact sur la fréquentation des services [15]. Plusieurs études montrent par ailleurs que la satisfaction des patients et la qualité perçue des soins influencent fortement l'utilisation des services, parfois plus que le niveau absolu des coûts supportés par les usagers [13].

Dans ce contexte, l'évaluation du recouvrement des coûts doit intégrer à la fois ses effets sur la durabilité financière des structures et sur la qualité des soins offerts, du point de vue des usagers. La Zone de Santé de Mosango, majoritairement rurale et caractérisée par une population à faible revenu dépendante des structures sanitaires publiques, constitue un terrain pertinent pour analyser les interactions entre mécanismes de financement, accessibilité financière, utilisation des services et qualité perçue des soins.

La présente étude s'inscrit dans une perspective de santé publique et de gestion des organisations sanitaires, visant à analyser l'impact des mécanismes de recouvrement des coûts sur la durabilité financière et la qualité des soins dans les structures rurales de Mosango.

En produisant des données empiriques contextualisées, elle contribue à enrichir la littérature sur le financement des soins en milieu rural africain et à alimenter la réflexion sur les stratégies permettant de concilier viabilité financière, équité d'accès et amélioration durable de la qualité des soins, dans un contexte marqué par des contraintes économiques persistantes et des ambitions croissantes en matière de couverture sanitaire universelle [14].

## II. MATERIEL ET METHODES

### II.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique de type transversal, visant à analyser l'impact des mécanismes de recouvrement des coûts sur la durabilité financière et la qualité des soins dans les structures sanitaires rurales. Ce type de devis est particulièrement adapté à l'exploration simultanée des pratiques de financement, des perceptions des acteurs et des relations existantes entre variables financières, organisationnelles et qualitatives à un moment donné [6]. L'approche analytique a permis d'examiner les associations entre les mécanismes de recouvrement des coûts, l'utilisation des services de santé et la qualité perçue des soins.

### II.2. Période et lieu d'étude

L'étude a été réalisée au cours de l'année académique 2023–2024. Elle s'est déroulée dans la Zone de Santé de Mosango, située en milieu rural en République Démocratique du Congo. Cette zone est caractérisée par une prédominance de structures sanitaires périphériques, une population à faible revenu et une dépendance marquée aux paiements directs des usagers pour le financement des soins. Ces caractéristiques en font un contexte pertinent pour l'analyse des effets du recouvrement des coûts sur la durabilité financière et la qualité des soins en milieu rural [9].

### II.3. Population et échantillon

L'étude a porté sur deux groupes : les gestionnaires des structures sanitaires rurales, responsables de la mise en œuvre des mécanismes de recouvrement des coûts, et les usagers des services de santé, c'est-à-dire les patients fréquentant ces structures. L'échantillon a permis de croiser les perspectives institutionnelles et celles des bénéficiaires des soins.

### II.4. Méthode d'échantillonnage

Un échantillonnage non probabiliste de type raisonné a été utilisé. Les structures sanitaires ont été sélectionnées sur la base de leur statut rural, de leur fonctionnement effectif et de leur implication dans les mécanismes de recouvrement des coûts.

Au sein des structures sélectionnées, les gestionnaires ont été inclus de manière exhaustive, tandis que les patients ont été recrutés selon un échantillonnage accidentel, en fonction de leur présence au moment de la collecte des données et de leur consentement à participer à l'étude.

## II.5. Taille de l'échantillonnage et justification

La taille de l'échantillon a été déterminée en tenant compte de la faisabilité opérationnelle, de la disponibilité des répondants et des objectifs analytiques de l'étude. Elle visait à garantir une représentation suffisante des structures sanitaires rurales de la Zone de Santé de Mosango ainsi qu'un nombre adéquat de patients permettant d'analyser les relations entre le recouvrement des coûts, l'utilisation des services et la qualité perçue des soins.

Ainsi, notre taille d'échantillon est de 250 répondants effectivement enquêtés et ayant répondu aux critères de sélection.

## II.6. Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus dans l'étude :

- Les gestionnaires et responsables des structures sanitaires rurales de la Zone de Santé de Mosango, en fonction au moment de l'enquête et impliqués dans la gestion financière ou organisationnelle des services ;
- Les patients âgés de 18 ans et plus, ayant bénéficié d'au moins un service de santé dans les structures sanitaires sélectionnées durant la période d'étude ;
- Les participants ayant donné leur consentement libre et éclairé à participer à l'enquête.

Ont été exclus de l'étude toute personne ne répondant pas aux critères de sélection ci-haut.

## II.7. Techniques et instruments de collecte des données

Les données ont été collectées par questionnaires structurés administrés en face-à-face, avec des instruments distincts pour les gestionnaires et pour les patients. Les questionnaires couvraient les mécanismes de financement et la gestion des services pour les gestionnaires, et les caractéristiques sociodémographiques, l'accessibilité financière et la qualité perçue des soins pour les patients. Ils ont été conçus à partir de la littérature et prétestés pour en assurer clarté et pertinence.

## II.8. Précautions méthodologiques pour limiter les biais

Des mesures méthodologiques ont été mises en place pour limiter les biais. Le biais de sélection a été réduit par des critères homogènes pour le choix des structures et l'inclusion

exhaustive des gestionnaires. Le biais d'information a été atténué grâce à des questionnaires standardisés et des enquêteurs formés. La désirabilité sociale a été minimisée par l'assurance d'anonymat et de caractère scientifique de l'étude, et le biais de confusion a été pris en compte lors de l'analyse des relations entre variables sociodémographiques, pratiques de recouvrement et indicateurs de soins.

## II.9. Traitement et analyse des données

Les données ont été vérifiées, codées et analysées à l'aide d'outils statistiques. Une analyse descriptive a présenté les caractéristiques des participants, les pratiques de recouvrement des coûts et les indicateurs d'utilisation et de qualité des soins. Une analyse bivariée a examiné les relations entre recouvrement des coûts, accessibilité financière, utilisation des services et satisfaction des patients, avec un seuil de signification à  $p < 0,05$ . Les résultats ont été interprétés en tenant compte du contexte socio-économique et des limites du devis transversal, notamment l'impossibilité d'établir des liens de causalité.

## II.10. Considérations d'ordre éthique

L'étude a été conduite dans le respect des principes éthiques fondamentaux de la recherche impliquant des êtres humains, tels que définis par la Déclaration d'Helsinki et les directives internationales en matière d'éthique de la recherche en santé [8].

L'étude a obtenu l'avis favorable du comité Bioéthique de l'ISTM Kinshasa sous le N°017/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBB/2025 du 30/01/2025

Les participants ont été informés des objectifs de la recherche et ont donné leur consentement libre et éclairé. Les données, anonymes et confidentielles, ont été collectées et utilisées uniquement à des fins scientifiques, et les résultats sont présentés de manière agrégée.

## II.11. Limites de l'étude

Le devis transversal ne permet pas d'établir de relations causales entre le recouvrement des coûts et les indicateurs de durabilité ou de qualité des soins. L'usage de données déclaratives expose à des biais de mémoire et de désirabilité sociale. Néanmoins, les précautions méthodologiques mises en place renforcent la crédibilité et la pertinence des résultats pour le contexte étudié.

Par ailleurs, certaines variables institutionnelles relatives au recouvrement des coûts ont été analysées sur un échantillon comprenant à la fois des prestataires de santé et des usagers.

## Evaluation de l'impact des mécanismes de recouvrement ...

Cette approche, bien qu'utile pour obtenir une vision globale du phénomène, peut avoir introduit un biais dans l'interprétation de certains indicateurs spécifiques à chaque catégorie d'acteurs.

### III. RESULTATS

#### III.1. Analyse univariée

Les caractéristiques socio-démographiques des acteurs enquêtés dans le cadre de l'évaluation du recouvrement des coûts sont présentées au Tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des acteurs enquêtés

Variables	Modalités	Effectifs (N = 250)	Pourcentage
Type de répondant	Médecin Directeur	21	8,4
	Infirmier Titulaire	145	58,0
	Administrateur	38	15,2
	Gestionnaire		
Âge	Patient	46	18,4
	Moins de 20 ans	3	1,2
	20 – 29 ans	56	22,4
	30 – 39 ans	62	24,8
	40 – 49 ans	72	28,8
Sexe	50 ans et plus	57	22,8
	Masculin	104	41,6
Niveau d'éducation	Féminin	146	58,4
	Aucun	21	8,4
	Primaire	38	15,2
	Secondaire	145	58,0
Croyance	Supérieur	46	18,4
	Croyant	144	57,6
Etat matrimonial	Non croyant	106	42,4
	Marié	54	21,6
	Célibataire	179	71,6
	Veuf	8	3,2
	Veuve	9	3,6

Le Tableau 1 révèle que la majorité des répondants étaient des infirmiers titulaires (58,0 % ; n = 145), suivis des patients (18,4 % ; n = 46), des administrateurs gestionnaires (15,2 % ; n = 38) et des médecins directeurs (8,4 % ; n = 21).

Concernant l'âge, la tranche de 40 à 49 ans était la plus représentée avec 28,8 % (n = 72), suivie de celle de 30 à 39 ans (24,8 % ; n = 62), de 50 ans et plus (22,8 % ; n = 57) et de 20 à 29 ans (22,4 % ; n = 56). Les répondants âgés de moins de 20 ans étaient très minoritaires (1,2 % ; n = 3).

Sur le plan du sexe, les femmes étaient majoritaires avec 58,4 % (n = 146), contre 41,6 % (n = 104) pour les hommes.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, la majorité des participants avaient un niveau secondaire (58,0 % ; n = 145), tandis que 18,4 % (n = 46) avaient un niveau supérieur, 15,2 % (n = 38) un niveau primaire et 8,4 % (n = 21) n'avaient aucun niveau d'instruction.

S'agissant des croyances religieuses, plus de la moitié des enquêtés se sont déclarés croyants (57,6 % ; n = 144), contre 42,4 % (n = 106) de non-croyants.

Enfin, concernant l'état matrimonial, la majorité des répondants étaient célibataires ou vivaient en union libre (71,6 % ; n = 179), suivis des mariés (21,6 % ; n = 54). Les veuves représentaient 3,6 % (n = 9) de l'échantillon et les veufs 3,2 % (n = 8).

Le profil institutionnel des structures sanitaires et les pratiques de recouvrement des coûts dans la Zone de Santé de Mosango sont donnés au Tableau 2.

Tableau 2. Profil institutionnel des structures sanitaires et pratiques de recouvrement des coûts dans la Zone de Santé de Mosango

Variables	Modalités	Effectifs (N = 250)	Pourcentage
Type de structure	HGR	107	42,8
	CSR	65	26,0
	CS	27	10,8
	PS	10	4,0
	Autres	41	16,4
Statut juridique	Etatique	203	81,2
	Privé	37	14,8
	Confessionnel	10	4,0
Ancienneté professionnelle	Moins de 5 ans	89	35,6
	Plus de 5 ans	161	64,4
Mise en place du recouvrement	Oui	89	35,6
	Non	161	64,4
Types de frais appliqués	Consultation	84	33,6
	Traitement	108	43,2
	Médicaments	55	22,0
	Autres	3	1,2

Le Tableau 2 montre que les hôpitaux généraux de référence (42,8 %) et les structures étatiques (81,2 %) constituent la majorité des établissements enquêtés. La plupart des répondants disposent d'une ancienneté professionnelle supérieure à cinq ans (64,4 %). Toutefois, seuls 35,6 % rapportent la mise en place effective d'un mécanisme de recouvrement des coûts. Les frais liés au traitement représentent la principale catégorie de coûts appliqués (43,2 %).

Les données sur la perception des gestionnaires sur l'impact du recouvrement des coûts sur les recettes et la durabilité financière sont données au Tableau 3.

Tableau 3. Perception des gestionnaires sur l'impact du recouvrement des coûts sur les recettes et la durabilité financière

Variables	Modalités	Effectifs (N = 250)	Pourcentage
Impact sur les recettes	Très positif	111	44,4
	Neutre	98	39,2
	Négatif	32	12,8
	Très négatif	9	3,6

Obstacles principaux	Faible niveau économique de la population	203	81,2
	Faible revenu financier	37	14,8
	Absence de mobilité du recouvreur	10	4,0

Les résultats du tableau 3 indiquent que près de la moitié des gestionnaires (44,4 %) considèrent que le recouvrement des coûts exerce un impact très positif sur les recettes des structures sanitaires. Cependant, le faible niveau économique de la population est identifié comme le principal obstacle à son efficacité (81,2 %), soulignant les limites du financement basé sur les paiements directs des ménages.

Tableau 4. Utilisation des services de santé et accessibilité financière selon les patients.

Variables	Modalités	Effectifs (N = 250)	Pourcentage
Utilisation récente des services	Oui	104	41,6
	Non	146	58,4
Type de service utilisé	Consultation médicale	84	33,6
	Hospitalisation	108	43,2
	Urgence	55	22,0
	Autres	3	1,2
Paiement des frais	Oui	230	92,0
	Non	20	8,0
Coût perçu	Très abordable	57	22,8
	Abordable	34	13,6
	Neutre	30	12,0
	Cher	107	42,8
	Très cher	22	8,8

Le Tableau 4 révèle que 58,4 % des répondants n'ont pas récemment utilisé les services de santé. La majorité des usagers ont néanmoins payé les frais de soins (92,0 %). Par ailleurs, les coûts sont jugés chers ou très chers par plus de la moitié des participants, ce qui suggère l'existence de barrières financières susceptibles de limiter l'accès aux soins.

Le tableau 5 donne l'appréciation de la qualité des soins reçus par les patients dans un contexte de recouvrement des coûts.

Tableau 5. Appréciation de la qualité des soins reçus par les patients dans un contexte de recouvrement des coûts

Variable	Modalité	Effectifs (N = 250)	Pourcentage
Qualité des soins reçus	Très satisfait	4	1,6
	Satisfait	59	23,6
	Neutre	121	48,4
	Insatisfait	22	8,8
	Très insatisfait	44	17,6

L'appréciation de la qualité des soins demeure mitigée. Près de la moitié des répondants (48,4 %) adoptent une position neutre, tandis que les proportions de patients insatisfaits ou très insatisfaits (26,4 %) dépassent celles des patients très

satisfaits (1,6 %), traduisant une satisfaction globale relativement faible.

Les propositions d'amélioration des mécanismes de recouvrement des coûts selon les répondants sont résumées au tableau 6 suivant.

Tableau 6. Propositions d'amélioration des mécanismes de recouvrement des coûts selon les répondants

Propositions	Modalité	Effectifs (N = 250)	Pourcentage
Adaptation des tarifs	Tarification sociale/différenciée	78	31,2
Exemption des indigents	Exonération partielle ou totale	56	22,4
Transparence financière	Affichage des tarifs et reddition des comptes	42	16,8
Mutuelles communautaires	Cotisation solidaire	38	15,2
Subventions ciblées	Appui des partenaires	21	8,4
Renforcement des capacités	Formation des gestionnaires	15	6,0
<b>Total</b>		<b>250</b>	<b>100,0</b>

Les principales propositions formulées par les répondants concernent l'adaptation des tarifs selon les capacités financières des usagers (31,2 %) et l'exemption des personnes indigentes (22,4 %). Ces résultats témoignent d'une forte demande en faveur de mécanismes de protection financière plus équitables.

### III.2. Analyses bivariées

L'analyse bivariée est largement utilisée en sciences de la santé pour étudier la corrélation entre deux variables. Les résultats de différentes associations étudiées sont présentés aux tableaux 7, 8, 9 et 10.

Tableau 7. Relation entre les caractéristiques socio-démographiques et l'utilisation des services de santé (en pourcentage) dans un contexte de recouvrement des coûts.

Variables	Modalités	Utilisation des services		Khi-deux	ddl	p-value
		Oui	Non			
Âge	Moins de 20 ans	2 (66,7)	1 (33,3)	3,458 <sup>a</sup>	4	0,484
	20-29 ans	26 (46,4)	30 (53,6)			
	30-39 ans	25 (40,3)	37 (59,7)			
	40-49 ans	39 (54,2)	33 (45,8)			
	50 ans et plus	30 (52,6)	27 (47,4)			
	Sexe	Masculin	46 (44,2 %)			
	Féminin	76 (52,1 %)	70 (47,9 %)			
Niveau d'éducation	Aucun	3 (14,3)	18 (85,7)	20,626 <sup>a</sup>	3	0,000
	Primaire	25	13			

## Evaluation de l'impact des mécanismes de recouvrement ...

Croyance	Secondaire	(65,8) 64 (44,1)	(34,2) 81 (55,9)	2,579 <sup>a</sup>	1	0,108
	Supérieur	30 (65,2)	16 (34,8)			
	Croyant	64 (44,4)	80 (55,6)			
Etat matrimonial	Non croyant	58 (54,7)	48 (45,3)	6,240 <sup>a</sup>	3	0,100
	Marié	19 (35,2)	35 (64,8)			
	Célibataire	92 (51,4)	87 (48,6)			
	Veuf	5 (62,5)	3 (37,5)			
	Veuve	6 (66,7)	3 (33,3)			

L'analyse bivariée montre qu'il existe une association statistiquement significative entre le niveau d'éducation et l'utilisation des services de santé ( $p < 0,001$ ). En revanche, l'âge, le sexe, la croyance religieuse et l'état matrimonial ne présentent pas d'association significative avec l'utilisation des services ( $p > 0,05$ ). Ces résultats suggèrent que l'instruction constitue un facteur déterminant du recours aux soins.

Tableau 8. Relation entre les caractéristiques des structures sanitaires et l'utilisation des services de santé

Variables	Modalité	Caractéristiques des structures et l'utilisation des services		Khi-deux	ddl	p-value
		Oui	Non			
Type de structure	HGR	41 (38,3)	66 (61,7)	46,583 <sup>a</sup>	4	0,000
	CSR	52 (80,0)	13 (20,0)			
	CS	17 (63,0)	10 (37,0)			
	PS	4 (40,0)	6 (60,0)			
	Autres	8 (19,5)	33 (80,5)			
Statut de la structure	Étatique	102 (50,2)	101 (49,8)	1,705 <sup>a</sup>	2	0,426
	Privé	17 (45,9)	20 (54,1)			
	Confessionnel	3 (30,0)	7 (70,0)			

Une association statistiquement significative est observée entre le type de structure sanitaire et l'utilisation des services de santé ( $p < 0,001$ ). A l'inverse, le statut juridique de la structure n'influence pas significativement l'utilisation des services ( $p = 0,426$ ). Le recours aux soins semble donc davantage lié à la nature de l'établissement qu'à son statut administratif.

Tableau 9. Relation entre les pratiques de recouvrement des coûts et l'utilisation des services de santé

Variables	Modalités	Pratiques de recouvrement et l'utilisation des services		Khi-deux	ddl	p-value
		Oui	Non			
Mise en	Oui	41 (46,1)	48	0,413	1	0,520

place du recouvrement	Non	81 (50,3)	(53,9) 80 (49,7)	51,25	3	0,000
	Types de frais appliqués	Consultation	66 (78,6)			
Impact sur les recettes	Traitement	29 (26,9)	79 (73,1)	10,74	3	0,013
	Médicaments	25 (45,5)	30 (54,5)			
	Autres	2 (66,7)	1 (33,3)			
	Très positif	42 (37,8)	69 (62,2)			
	Neutre	59 (60,2)	39 (39,8)			
	Négatif	17 (53,1)	15 (46,9)	8 <sup>a</sup>		
	Très négatif	4 (44,4)	5 (55,6)			

Les types de frais appliqués ( $p < 0,001$ ) ainsi que la perception de l'impact du recouvrement sur les recettes ( $p = 0,013$ ) sont significativement associés à l'utilisation des services de santé. En revanche, la simple existence d'un mécanisme de recouvrement des coûts n'apparaît pas associée à l'utilisation des services ( $p = 0,520$ ).

Tableau 10. Relation entre l'accessibilité financière, la satisfaction des patients et l'utilisation des services de santé

Variables	Modalités	Accessibilité financière, satisfaction des patients et l'utilisation des services de santé		Khi-deux	ddl	p-value
		Oui	Non			
Paiement des frais	Oui	115 (50,0)	115 (50,0)	1,657 <sup>a</sup>	1	0,198
	Non	7 (35,0)	13 (65,0)			
Coût perçu	Très abordable	25 (43,9)	32 (56,1)	3,271 <sup>a</sup>	4	0,514
	Abordable	20 (58,8)	14 (41,2)			
	Neutre	17 (56,7)	13 (43,3)			
	Cher	51 (47,7)	56 (52,3)			
	Très cher	9 (40,9)	13 (59,1)			
Satisfaction	Très satisfait	2 (50,0)	2 (50,0)	26,916 <sup>a</sup>	4	0,000
	Satisfait	46 (78,0)	13 (22,0)			
	Neutre	46 (38,0)	75 (62,0)			
	Insatisfait	10 (45,5)	12 (54,5)			
	Très insatisfait	18 (40,9)	26 (59,1)			

Les résultats montrent que la satisfaction des patients est fortement associée à l'utilisation des services de santé ( $p < 0,001$ ). En revanche, ni le paiement des frais ( $p = 0,198$ ) ni la perception du coût des soins ( $p = 0,514$ ) ne présentent d'association statistiquement significative avec l'utilisation des services. Ces résultats suggèrent que la qualité perçue des soins constitue un facteur plus déterminant du recours aux services que le coût lui-même.

## IV. DISCUSSION

La présente étude visait à analyser l'impact des mécanismes de recouvrement des coûts sur la durabilité financière et la qualité des soins dans les structures sanitaires rurales de la Zone de Santé de Mosango, en RDC. Les résultats mettent en évidence des interactions complexes entre financement, utilisation des services, perception des usagers et performance des structures, dans un contexte de forte dépendance aux paiements directs des ménages.

### IV.1. Recouvrement des coûts et durabilité financière

Le recouvrement des coûts constitue la principale source de financement opérationnel des structures sanitaires rurales étudiées, confirmant les observations faites dans plusieurs contextes d'Afrique subsaharienne où les subventions publiques et la couverture par assurance maladie restent limitées [1,3,6]. Cependant, cette source demeure instable et dépendante de la fréquentation des services, exposant les structures à des fluctuations financières et limitant leur capacité à planifier des investissements ou à renforcer la motivation du personnel, comme l'ont également montré des études au Burkina Faso et en RDC [7,9]. McIntyre et al. soulignent que la durabilité financière ne peut reposer uniquement sur le recouvrement des coûts sans mécanismes de mutualisation des risques [2].

### IV.2. Recouvrement des coûts et utilisation des services

Les coûts des soins apparaissent comme un facteur déterminant de l'utilisation des services, en particulier pour les populations à faible revenu. Une proportion notable de patients a déclaré avoir retardé ou renoncé à des soins pour des raisons financières, ce qui rejoint les constats d'études africaines sur l'effet des paiements directs comme barrière à l'accès aux soins [4,8,10]. Xu et al. ont montré que les paiements directs augmentent le risque de dépenses catastrophiques et contribuent à l'appauvrissement des ménages [11]. Dans Mosango, cette baisse de fréquentation réduit également les recettes issues du recouvrement des coûts, créant un cercle vicieux qui fragilise encore plus la situation financière des structures [6,12].

### IV.3. Recouvrement des coûts et qualité perçue des soins

La perception de la qualité des soins est contrastée. Certains patients associent le paiement à une meilleure disponibilité des médicaments et à un accueil plus structuré, mais beaucoup expriment une insatisfaction quant au rapport coût-qualité, en accord avec Donabedian, qui souligne que la qualité perçue dépend à la fois des résultats cliniques et de l'expérience du patient [15]. Des études en Tanzanie et en

RDC montrent également que le paiement direct ne garantit pas une amélioration de la qualité perçue, surtout lorsque les ressources sont insuffisantes ou mal redistribuées [10]. A Mosango, les recettes servent principalement à couvrir les charges courantes, au détriment des investissements structurels, et la perception négative des coûts peut affecter la relation soignant-soigné et la fidélisation des patients, phénomène observé par Kruk et al. [16].

### IV.4. Implications pour la politique et la pratique

Les résultats suggèrent que le recouvrement des coûts, bien qu'indispensable à court terme, ne peut être le seul mécanisme de financement compatible avec l'équité, l'accessibilité et la qualité. L'introduction ou le renforcement de mécanismes complémentaires, tels que subventions ciblées, mutualisation communautaire ou programmes de gratuité pour les populations vulnérables, pourrait réduire la dépendance aux paiements directs tout en améliorant l'utilisation des services et la durabilité financière [2,5]. Une gouvernance financière transparente et participative est également essentielle pour une utilisation efficace et légitime des ressources.

## V. CONCLUSION

L'étude montre que le recouvrement des coûts joue un rôle ambivalent dans les structures sanitaires rurales de Mosango : il constitue une source essentielle de financement opérationnel, mais sa dépendance aux paiements directs des ménages fragilise l'accessibilité financière, l'utilisation des services et la durabilité financière des structures. Lorsque les coûts sont perçus comme élevés par rapport à la qualité des soins, ils deviennent une barrière pour les populations rurales à faible revenu, créant un cercle vicieux réduisant les recettes et limitant les investissements pour améliorer la qualité.

Le recouvrement des coûts, bien qu'indispensable, ne suffit pas à garantir durabilité et qualité ; une approche intégrée combinant protection financière, gouvernance transparente et stratégies d'amélioration de la qualité est nécessaire pour concilier viabilité économique et équité d'accès aux soins.

### Recommandations

L'étude propose plusieurs recommandations pour améliorer le financement et la performance des structures sanitaires rurales :

- Aux autorités sanitaires nationales et provinciales : renforcer les subventions publiques et promouvoir des politiques réduisant la dépendance aux paiements directs des ménages, en ligne avec les objectifs de couverture sanitaire universelle.

## Evaluation de l'impact des mécanismes de recouvrement ...

- Aux gestionnaires des structures : adopter une tarification sociale ou différenciée, et mettre en place des mécanismes d'exemption pour les populations vulnérables, notamment les indigents.
  - Aux partenaires techniques et financiers : soutenir la mise en place de mécanismes de mutualisation des risques, comme les mutuelles communautaires, et renforcer les capacités des gestionnaires en gouvernance financière et gestion transparente des ressources.
  - Aux chercheurs et institutions académiques : encourager des études longitudinales et interventionnelles pour évaluer l'impact à long terme des réformes de financement sur la durabilité financière, la qualité des soins et l'équité d'accès en milieu rural.
9. Donabedian A. La qualité des soins médicaux : concepts et méthodes d'évaluation. Paris : Masson ; 2005.
  10. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. Qualité des soins dans les pays à revenu faible et intermédiaire. *The Lancet Global Health*. 2018;6(11):e1196-e1252.
  11. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégies de financement pour la couverture sanitaire universelle. Genève : OMS ; 2019.
  12. Ministère de la Santé Publique, RDC. Profil sanitaire de la province du Kwilu. Kinshasa : MSP ; 2020.

### REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2010 : le financement des systèmes de santé – le chemin vers une couverture universelle. Genève : OMS ; 2010.
2. McIntyre D, Kutzin J. Systèmes de financement de la santé : comment faire progresser la couverture sanitaire universelle. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. 2016;94(8):602-604.
3. Banque mondiale. Financement de la santé en Afrique subsaharienne : défis et perspectives. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2019.
4. Organisation mondiale de la Santé. Cadre pour le financement équitable des systèmes de santé. Genève : OMS ; 2018.
5. Lagarde M, Palmer N. L'impact des paiements directs sur l'utilisation des services de santé en Afrique. *Bulletin de l'OMS*. 2011;89(3):197-205.
6. De Allegri M, Ridde V, Louis VR, et al. Facteurs influençant l'utilisation des services de santé dans les contextes de recouvrement des coûts. *Santé Publique*. 2015;27(2):191-200.
7. Ministère de la Santé Publique, RDC. Plan national de développement sanitaire 2016–2020. Kinshasa : MSP ; 2016.
8. Ensor T, Cooper S. Surmonter les obstacles financiers à l'accès aux soins en Afrique. *Journal of African Economies*. 2004;13(1):80-105.
13. Fortin MF, Gagnon J. Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives. Montréal : Chenelière Éducation ; 2016.
14. Onwujekwe O, Hanson K, Fox-Rushby J. Méthodes d'évaluation de l'équité financière des soins. *Social Science & Medicine*. 2006;62(1):99-110.
15. Ridde V, Queuille L. Méthodes d'enquête en santé publique en Afrique. Paris : Karthala ; 2014.
16. Association Médicale Mondiale. Déclaration d'Helsinki : principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains. *JAMA*. 2013;310(20):2191-2194.