

Ampleur et Déterminants de la corruption passive en milieu hospitalier : étude de cas de la Zone de Santé de Luambo, province du Kasai-Central en République Démocratique du Congo

The Scope and Determinants of Passive Corruption in Hospital Settings: A Case Study of the Luambo Health Zone, Kasai-Central Provincial Health Division.

LUBEMBA TSHILOMBA Tharcisse¹, MPUNGA MUKENDI Dieudonné²

Affiliation des auteurs

- **1 :** Licencié en gestion des institutions de santé, Chef de travaux à l'Institut Supérieur de développement rural (ISDR). Économiste de la Santé, École de Santé Publique de Kinshasa
- **2 :** Professeur associé à l'École de Santé Publique de Kinshasa, Université de Kinshasa

RESUME

La corruption passive dans le secteur de la santé nuit gravement à l'équité et à la qualité des soins, en particulier dans les pays en développement. Cette étude, menée en 2025 dans la Zone de Santé de Luambo, vise à évaluer l'ampleur du phénomène et à en identifier les causes et les conséquences.

Une enquête transversale a été réalisée auprès de 422 participants, dont 295 patients et 127 prestataires. Les données ont été recueillies par questionnaire et analysées avec le logiciel SPSS.

Plus de la moitié des patients (50,7 %) et près de la moitié des prestataires (47,5 %) ont déclaré avoir été confrontés à des pratiques de corruption passive. Les services les plus touchés sont la maternité, les urgences, le laboratoire et la pharmacie. Les causes principales sont le manque de contrôle administratif (71,3 %), la faible rémunération (51,6 %), le manque de transparence (35,3 %) et la pression des patients. Les conséquences incluent la dégradation de l'image des structures (64 %), la baisse de la qualité des soins (44 %), la diminution de la fréquentation (44 %) et l'augmentation des coûts pour les ménages (39 %).

La lutte contre la corruption passive nécessite des mesures concrètes : renforcer les contrôles, revaloriser les salaires, améliorer la transparence et sensibiliser les usagers pour garantir un accès équitable aux soins.

Mots clés : Corruption passive, soins de santé, Luambo, équité, gouvernance, transparence, prestataires, patients

ABSTRACT

Passive corruption in the health sector severely undermines equity and the quality of care, particularly in developing countries. This study, conducted in 2025 in the Luambo Health Zone, aimed to assess the extent of the phenomenon and to identify its causes and consequences.

A cross-sectional survey was carried out among 422 participants, including 295 patients and 127 healthcare providers. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed with SPSS software. More than half of the patients (50.7%) and nearly half of the providers (47.5%) reported having encountered passive corruption practices. The most affected departments were maternity, emergency, laboratory, and pharmacy services. The main causes included inadequate administrative oversight (71.3%), low remuneration (51.6%), lack of transparency (35.3%), and pressure from patients. The reported consequences included the deterioration

of the institutions' image (64%), a decline in care quality (44%), decreased service utilization (44%), and increased household health care costs (39%).

Combating passive corruption requires concrete measures such as strengthening administrative controls, improving staff remuneration, enhancing transparency, and raising public awareness to ensure equitable access to healthcare services.

Keywords: Passive corruption, healthcare, Luambo, equity, governance, transparency, providers, patients

1. INTRODUCTION

Le secteur de la santé, par sa mission humanitaire et sociale, devrait incarner l'intégrité et la justice. Pourtant, la corruption y trouve un terrain fertile, s'y enracinant parfois comme une norme implicite de fonctionnement, souvent initiée par les professionnels eux-mêmes (1). Les hôpitaux, censés être des lieux de soulagement et de soins, deviennent paradoxalement des espaces vulnérables à des pratiques illicites. À l'échelle mondiale, la corruption constitue un frein majeur au développement économique et social. Dans le domaine de la santé publique, elle aggrave la précarité des systèmes déjà fragiles : dans les pays développés, les fraudes et abus liés aux soins coûtent entre 12 et 23 milliards de dollars par an à certains gouvernements (2). Comme le souligne un auteur, « la corruption est une lèpre qui a toujours rongé toutes les sociétés de tout temps » (3), illustrant ainsi son caractère universel et persistant.

La « petite corruption » dans les établissements de santé prend des formes variées : absentéisme rémunéré, détournement de fournitures médicales, ou encore demandes informelles de paiement pour des services censés être gratuits (4). Ces pratiques, bien que souvent banalisées, ont des conséquences graves sur les populations les plus vulnérables, compromettant leur accès aux soins et mettant leur santé en péril. La corruption passive, en particulier, se manifeste lorsque le personnel de santé exige un avantage sans que le patient ne l'ait sollicité. Ce comportement, bien qu'illégal, est souvent toléré en raison de la faiblesse des mécanismes de contrôle et de régulation. Plusieurs études ont démontré que les populations pauvres paient un lourd tribut à ces dérives, subissant une double peine : la pauvreté et l'exclusion sanitaire (4). Ce phénomène n'épargne aucun pays, qu'il soit riche ou en développement, et reflète une défaillance systémique des institutions censées garantir l'équité et la transparence (5).

Dans certains contextes, la corruption atteint des niveaux alarmants. Au Bénin, par exemple, le taux de corruption dans les centres de santé publics était estimé à 91,34 % en 2020 (6). Face à cette réalité, il devient impératif de comprendre les mécanismes qui favorisent la corruption passive, afin de proposer des solutions adaptées. C'est dans cette optique que s'inscrit la présente étude, menée dans la Zone de Santé de Luambo, relevant de la Division Provinciale de la Santé du Kasai Central. Elle vise à mesurer l'ampleur de la corruption passive dans les structures de santé de la ZS de Luambo, tout en identifiant les facteurs qui y sont associés.

2. Matériel et Méthodes

2.1. Présentation du milieu d'étude

La Zone de Santé (ZS) rurale de Luambo est l'une des entités sanitaires relevant de la Division Provinciale de la Santé (DPS) du Kasai-Central, en République Démocratique du Congo. Elle couvre une superficie de 4 320 km² et abrite une population estimée à 37096 habitants, avec une densité moyenne de 81 habitants par km². Cette zone, majoritairement rurale, présente des défis structurels en matière d'accès aux soins, ce qui en fait un terrain pertinent pour l'étude de la corruption passive dans les services de santé.

2.2. Type d'étude

L'étude menée est de type transversal analytique. Elle s'est déroulée au cours de l'année.

2.3. Population de l'étude

L'étude a ciblé deux catégories d'acteurs : d'une part, les patients représentés par les chefs de ménage ayant eu recours aux services de santé dans la Zone de Santé de Luambo au cours des trois mois précédant l'enquête ; d'autre part, les prestataires de soins exerçant dans les structures sanitaires de la même zone durant cette période.

2.4. Echantillonnage

2.4.1. Taille de l'échantillon

Notre taille finale de l'échantillon est portée à **422 participants**.

2.4.2. Technique d'échantillonnage

Pour garantir une représentation équilibrée des perceptions et des pratiques de la corruption passive en milieu hospitalier, une stratification proportionnelle a été appliquée. Sur le 100% des interviewés 70% sont des membres de ménages et le 30% des prestataires.

Cette répartition reflète la réalité du système de santé, où les usagers sont plus nombreux, mais les prestataires jouent un rôle central dans les dynamiques de corruption.

2.4.3. Sélection des prestataires de soins

Les prestataires ont été sélectionnés par convenance dans 10 aires de santé (AS) choisies aléatoirement parmi les 21 que compte la ZS, en plus du Bureau Central de la Zone (BCZ), de l'Hôpital Général de Référence (HGR) et de l'hôpital secondaire. Cette approche permet de couvrir une diversité de structures et de niveaux de soins.

2.4.4. Sélection des ménages

Un échantillonnage en grappes à probabilités proportionnelles à la taille a été utilisé. Les aires de santé ont été considérées comme grappes primaires. Le nombre de ménages à enquêter dans chaque aire de santé a été déterminé en fonction de sa population relative. Ensuite, au sein de chaque aire, les ménages ont été sélectionnés par tirage aléatoire ou systématique, selon les listes disponibles et la configuration du terrain.

2.5. Variables d'étude

L'étude repose sur une variable dépendante principale : la corruption passive en milieu hospitalier, définie comme toute pratique non réglementaire ou illégale (pots-de-vin, cadeaux, services en nature) sollicitée ou acceptée par un agent de santé en échange d'un acte médical ou administratif censé être gratuit ou standardisé. Cette variable est mesurée à travers les déclarations des patients (expériences vécues) et les perceptions des prestataires (observations de pratiques ou tentatives de corruption). Les variables indépendantes incluent des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'instruction, religion, revenu), des éléments liés à l'expérience des soins (accueil, respect de l'ordre d'arrivée, connaissance des tarifs, paiements informels), des facteurs institutionnels (type de structure, service concerné, catégorie du personnel impliqué), ainsi que des perceptions sociales (causes perçues, habitudes culturelles, moyens de lutte). Les échelles de mesure varient entre nominale, ordinale et intervalle. Cette structuration permet d'analyser les déterminants de la corruption passive et d'identifier des pistes d'intervention dans la zone de santé de Luambo.

2.6. Collecte des données

La collecte des données s'est appuyée sur des interviews structurées, réalisées à l'aide de questionnaires standardisés administrés aux participants. Les enquêteurs ont bénéficié d'une formation préalable portant sur les objectifs de l'étude, les techniques d'entretien, le respect de l'éthique et la confidentialité des données. Un prétest du questionnaire a été réalisé dans une aire de santé non incluse dans l'échantillon final.

2.7. Traitement et analyse des données

Un double contrôle qualité a été effectué : d'abord par les enquêteurs sur le terrain, puis par le chercheur principal pour vérifier la cohérence des réponses. Les données ont été saisies avec EPI Data 3.1 et analysées via SPSS 25.

L'analyse **descriptive** a permis de présenter les variables qualitatives sous forme de proportions, et les variables quantitatives à travers les moyennes, les médianes et les écarts-types. L'analyse **bivariée** a utilisé le test du chi carré (χ^2) pour explorer les associations entre la corruption passive et certaines variables explicatives telles que le sexe, l'âge, la profession ou le niveau d'instruction. Il convient toutefois de préciser que l'échantillonnage utilisé, bien que structuré et raisonné, ne répond pas strictement aux critères d'un échantillonnage probabiliste aléatoire. Par conséquent, le test de Khi carré utilisé vise essentiellement à dégager des tendances internes à l'échantillon et à formuler des hypothèses exploratoires, sans prétention de généralisation à l'ensemble de la population.

2.8. Considérations éthiques

L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'École de Santé Publique de Kinshasa (ESP/CE/213/2024). Le consentement éclairé a été obtenu auprès de chaque participant, avec garantie d'anonymat et de confidentialité. Les objectifs, avantages et implications de l'étude ont été clairement expliqués avant toute participation.

3. RESULTATS

3.1. Tableau I. Profil sociodémographique et économique des patients (n = 300) et des prestataires de soins (n = 122)

Variabes	Patients n (%)	Prestataires n (%)
Aire de santé		
Kalambambuji	24 (8,0%)	11 (9,0%)
Kambongo	33 (11,0%)	8 (6,6%)
Kangambo secteur	31 (10,3%)	9 (7,4%)
Kasombobishi	32 (10,7%)	9 (7,4%)
Luambo	37 (12,3%)	—

BczLuambo	—	9 (7,4%)
HGR Luambo	—	16 (13,1%)
Lueta État	31 (10,3%)	8 (6,6%)
LuetaKabelekese	—	15 (12,3%)
Minkolo	26 (8,7%)	11 (9,0%)
MuangalaNgoma	23 (7,7%)	10 (8,2%)
Muzodi	30 (10,0%)	9 (7,4%)
NdoloMayimbu	33 (11,0%)	7 (5,7%)

Sexe

Féminin	164 (54,7%)	47 (38,5%)
Masculin	136 (45,3%)	75 (61,5%)

Tranche d'âge (ans)

19–29	57 (19,0%)	33 (27,0%)
30–39	73 (24,3%)	37 (30,3%)
40–49	99 (33,0%)	23 (18,9%)
≥50	71 (23,7%)	29 (23,8%)

Niveau d'instruction

Aucun / Primaire	44 (14,7%) / 79 (26,3%)	15 (12,3%)
Secondaire	98 (32,7%)	53 (43,4%)
Universitaire / Supérieur	79 (26,3%)	54 (44,3%)

Statut matrimonial

Célibataire	46 (15,3%)	19 (15,6%)
Divorcé(e)	32 (10,7%)	13 (10,7%)
Marié(e)	184 (61,3%)	76 (62,3%)
Veuf(ve)	38 (12,7%)	14 (11,5%)

Profession / Emploi

Employé(e) / Oui	118 (39,3%)	—
Non employé(e) / Non	182 (60,7%)	—
Administratif	—	30 (24,6%)
Infirmier/Infirmière	—	60 (49,2%)
Médecin	—	12 (9,8%)

Autre	—	20 (16,4%)
Taille du ménage		
1–3 personnes	157 (52,3%)	—
3–6 personnes	108 (36,0%)	—
≥6 personnes	35 (11,7%)	—
Dépenses journalières (CDF)		
1000–3000	153 (51,0%)	—
3000–6000	100 (33,3%)	—
≥6000	47 (15,7%)	—
Années d'expérience	—	<5 : 64 (52,5%) ≥5 : 58 (47,5%)

Ce tableau présente une vue comparative des profils socio-démographiques et économiques des patients et des prestataires de soins dans la zone de santé étudiée. Les patients sont majoritairement féminins (54,7 %), tandis que les prestataires sont principalement masculins (61,5 %). Les tranches d'âge dominantes se situent entre 30 et 49 ans pour les deux groupes. Le niveau d'instruction est relativement élevé chez les prestataires, avec 44,3 % ayant un diplôme universitaire, contre 26,3 % chez les patients. La majorité des patients sont mariés (61,3 %), tout comme les prestataires (62,3 %). Les professions des prestataires sont dominées par les infirmiers (49,2 %), suivis des administratifs (24,6 %). Les patients vivent principalement dans des ménages de petite taille (1–3 personnes) et ont des dépenses journalières modestes (51 % entre 1000 et 3000 CDF). Enfin, plus de la moitié des prestataires ont moins de cinq ans d'expérience, ce qui peut influencer la qualité des services et les pratiques observées.

Ampleur de la corruption passive en milieu hospitalier

Tableau III. Répartition de la Corruption passive déclarée par les patients et perçue par les prestataires selon les profils, services et les aires de santé

Variables	Corruption passive déclarée par les patients		Corruption passive déclarée par les prestataires	
	Oui n (%)	Non n (%)	Oui n (%)	Non n (%)
Total global	148 (49,3%)	152 (50,7%)	64 (52,5%)	58 (47,5%)
Type d'interviewé				
Chef de ménage	148 (49,3%)	152 (50,7%)	—	—
Prestataire	—	—	64 (52,5%)	58 (47,5%)
Type de FOSA				
Centre de Santé (CS)	—	—	28 (45,2%)	34 (54,8%)
Centre de Santé de Référence (CSR)	—	—	22 (55,0%)	18 (45,0%)
Hôpital Général de Référence (HGR)	—	—	14 (58,3%)	10 (41,7%)
Services exposés à la corruption				
– Urgence	70 (23,3%)	230 (76,7%)	26 (60,5%)	17 (39,5%)
– Laboratoire	84 (28,0%)	216 (72,0%)	23 (62,2%)	14 (37,8%)
– Pharmacie	70 (23,3%)	230 (76,7%)	23 (62,2%)	14 (37,8%)
– Maternité	0	0	24 (54,5%)	20 (45,5%)
– Autres	83 (61,0%)	117 (39,0%)	28 (70,0%)	12 (30,0%)
Aire de santé				

Variables	Corruption passive déclarée par les patients		Corruption passive déclarée par les prestataires	
	Oui n (%)	Non n (%)	Oui n (%)	Non n (%)
Total global	148 (49,3%)	152 (50,7%)	64 (52,5%)	58 (47,5%)
BczLuambo	23 (62,2%)	14 (37,8%)	6 (66,7%)	3 (33,3%)
HGR Luambo	—	—	8 (50,0%)	8 (50,0%)
Kalambambuji	11 (45,8%)	13 (54,2%)	—	—
Kambongo	15 (45,5%)	18 (54,5%)	3 (37,5%)	5 (62,5%)
Kangambu secteur	15 (48,4%)	16 (51,6%)	4 (44,4%)	5 (55,6%)
Kasombobishi	20 (62,5%)	12 (37,5%)	2 (22,2%)	7 (77,8%)
Lueta État	14 (45,2%)	17 (54,8%)	4 (50,0%)	4 (50,0%)
LuetaKabelekese	—	—	8 (53,3%)	7 (46,7%)
Minkolo	15 (57,7%)	11 (42,3%)	7 (63,6%)	4 (36,4%)
MuangalaNgoma	9 (39,1%)	14 (60,9%)	4 (40,0%)	6 (60,0%)
Muzodi	11 (36,7%)	19 (63,3%)	4 (44,4%)	5 (55,6%)
NdoloMayimbu	15 (45,5%)	18 (54,5%)	5 (71,4%)	2 (28,6%)

Ce tableau met en évidence une perception élevée de la corruption passive tant chez les patients (49,3%) que chez les prestataires (52,5%). Les services les plus exposés sont le laboratoire, la pharmacie et les urgences, avec des taux supérieurs à 60% chez les prestataires. Les centres de santé de référence et les hôpitaux généraux affichent des niveaux plus élevés que les centres de santé simples. Certaines aires de santé comme KasomboBishi et NdoloMayimbu présentent des écarts marqués entre les deux groupes, suggérant des dynamiques locales spécifiques.

3.2. Connaissances et pratiques de la corruption passive

Tableau IV. Connaissances et pratiques de la corruption passive déclarées par les patients

Variables	n=300	%
Connaissance d'autres patients/clients ayant vécu la corruption passive		
Non	200	66,7
Oui	100	33,3
A déjà été victime de la demande de frais au cours de 3 derniers mois sous forme		
Café/thé	133	44,3
boisson	99	33,0
transport	60	20,0
Autres	58	19,3
Pratiques appliquées dans cette structure sanitaire		
Paiement informel en argent	137	45,7
Services rendus en échange	90	30,0
Habitude culturelle de donner des "cadeaux" pour accélérer un service	137	45,7
Autres	63	21,0
Services plus exposés à la pratique de corruption passive		
Urgence	70	23,3
Laboratoire	84	28,0
Pharmacie	70	23,3
Autres	183	61,0

Les résultats révèlent que la corruption passive dans les structures sanitaires est largement connue, avec un tiers des patients déclarant en avoir été témoins. Les formes les plus fréquentes incluent des paiements informels tels que le "café/thé" (44,3 %) et l'argent en échange de services (45,7 %). Les services les plus exposés sont le laboratoire, l'urgence et la pharmacie.

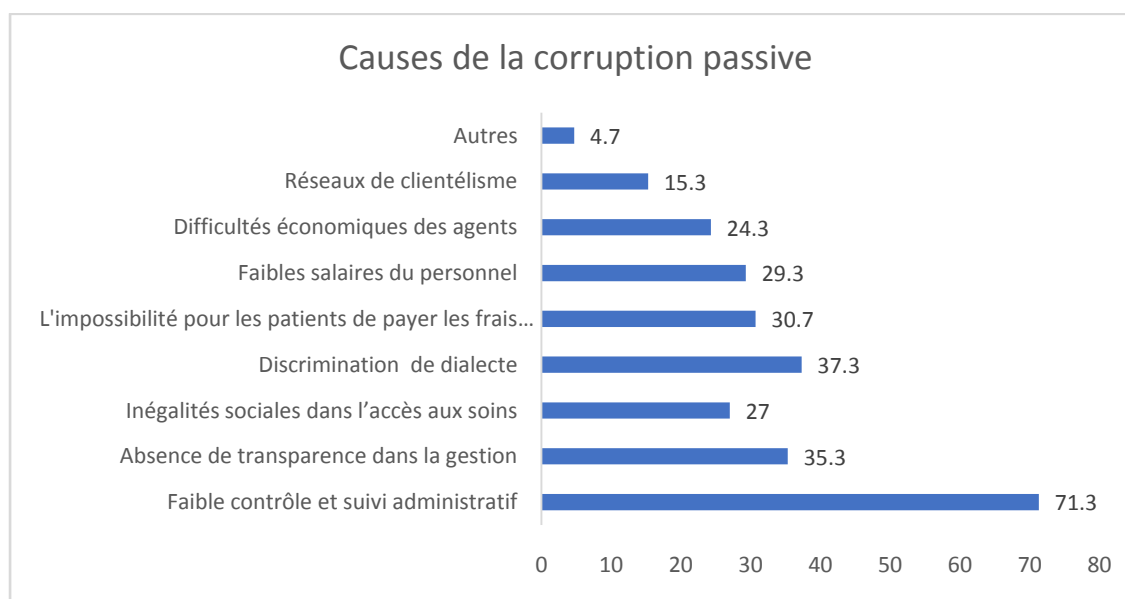


Figure 1. Causes de pratique de la corruption passive chez les patients

Les causes principales identifiées sont le faible contrôle administratif (71,3 %) et le manque de transparence dans la gestion. Ces pratiques sont également alimentées par des facteurs socio-économiques comme les faibles salaires du personnel et les difficultés financières des agents.

Tableau V. Services exposés et causes de la corruption passive déclarées par les prestataires

Prestataires	Fréquence	Pourcentage
Services les plus exposés à la pratique de corruption passive		
Maternité	44	36,1
Urgence	43	35,2
Laboratoire	37	30,3
Pharmacie	37	30,3
Autres	40	32,8
Principales causes de la corruption passive		
Faible rémunération des personnels de santé	63	51,6
Mauvaise gestion de chefs	32	26,2
Manque de contrôle	52	42,6
Culture de Complaisance	41	33,6
Pression des patients	33	27,0
Autres	3	2,5

Les prestataires identifient la maternité et les urgences comme les services les plus touchés par la corruption passive. Les causes principales évoquées incluent la faible rémunération (51,6 %) et le manque de contrôle (42,6 %), reflétant une vulnérabilité systémique. La culture de complaisance et la pression des patients contribuent également à normaliser ces pratiques. Ces facteurs soulignent la nécessité de réformes structurelles et d'un meilleur encadrement.

Tableau VI. Facteurs associés à la corruption passive déclarée par les patients sur base du test de Khi-carré

Variables	Corruption passive des patients		p-value
	Oui n(%)	Non n(%)	
Aire de santé			0.43

Corruption passive des patients			
Variables	Oui n(%)	Non n(%)	p-value
Kalambambuji	11 (45.8%)	13 (54.2%)	
Kambongo	15 (45.5%)	18 (54.5%)	
Kangambu secteur	15 (48.4%)	16 (51.6%)	
Kasombobishi	20 (62.5%)	12 (37.5%)	
Luambo	23 (62.2%)	14 (37.8%)	
Lueta Etat	14 (45.2%)	17 (54.8%)	
Minkolo	15 (57.7%)	11 (42.3%)	
Muangalangoma	9 (39.1%)	14 (60.9%)	
Muzodi	11 (36.7%)	19 (63.3%)	
Ndolomayimbu	15 (45.5%)	18 (54.5%)	
Sexe du répondant			0.154
Féminin	87 (53.0%)	77 (47.0%)	
Masculin	61 (44.9%)	75 (55.1%)	
Âge			0.43
20–25 ans	27 (47.4%)	30 (52.6%)	
25–30 ans	42 (57.5%)	31 (42.5%)	
30–40 ans	47 (47.5%)	52 (52.5%)	
40 et plus	32 (45.1%)	39 (54.9%)	
Niveau d'instruction			0.001
Aucun	9 (20.5%)	35 (79.5%)	
Primaire	36 (45.6%)	43 (54.4%)	
Secondaire	56 (57.1%)	42 (42.9%)	
Universitaire	47 (59.5%)	32 (40.5%)	
Religion			0.44
Catholique	55 (47.4%)	61 (52.6%)	
Église de Réveil	32 (43.8%)	41 (56.2%)	
Kimbanguiste	11 (57.9%)	8 (42.1%)	
Musulmane	14 (56.0%)	11 (44.0%)	
Protestante	26 (49.1%)	27 (50.9%)	
Sans religion	10 (71.4%)	4 (28.6%)	
Statut matrimonial			0.64
Célibataire	24 (52.2%)	22 (47.8%)	
Divorcée	13 (40.6%)	19 (59.4%)	
Mariée	94 (51.1%)	90 (48.9%)	
Veuf(ve)	17 (44.7%)	21 (55.3%)	
Emploi			0.003
Oui	71 (60.2%)	47 (39.8%)	
Non	77 (42.3%)	105 (57.7%)	

Corruption passive des patients			
Variables	Oui n(%)	Non n(%)	p-value
Bien accueilli			0.35
Oui	80 (51.9%)	74 (48.1%)	
Non	68 (46.6%)	78 (53.4%)	
Informé de la tarification			0.014
Oui	52 (60.5%)	34 (39.5%)	
Non	96 (44.9%)	118 (55.1%)	
Connaissance de la corruption passive			0.001
Oui	103 (58.9%)	72 (41.1%)	
Non	45 (36.0%)	80 (64.0%)	
Paiement forcé pour service gratuit			0.001
Oui	76 (69.7%)	33 (30.3%)	
Non	72 (37.7%)	119 (62.3%)	

Les résultats mettent en évidence plusieurs variables significativement associées à la corruption passive déclarée par les patients. Le niveau d'instruction apparaît comme un facteur clé : les personnes ayant un niveau universitaire sont plus enclines à signaler des cas de corruption. De même, les individus ayant un emploi semblent davantage exposés que les sans-emploi. L'information préalable sur les tarifs des soins joue un rôle protecteur, réduisant les risques de pratiques illicites. Par ailleurs, les personnes déjà sensibilisées à la corruption passive ou ayant été contraintes de payer pour un service censé être gratuit sont plus susceptibles d'en faire état.

4. DISCUSSION

4.1. Résultats clés

L'étude réalisée dans la Zone de Santé de Luambo met en évidence une forte prévalence de la corruption passive, avec 50,7 % des patients et 47,5 % des prestataires concernés. Les pratiques les plus répandues incluent des paiements informels tels que le "café/thé" ou l'argent contre services, affectant principalement les services de laboratoire, d'urgence, de maternité et de pharmacie. Les causes majeures sont le manque de contrôle administratif, la faible rémunération du personnel et l'absence de transparence. Les patients instruits ou salariés sont plus susceptibles de dénoncer ces abus, tandis que l'information préalable sur les tarifs réduit les risques. Les conséquences sont lourdes : dégradation de l'image des structures, baisse de la qualité des soins, faible fréquentation et hausse des coûts. Ces effets nuisent à la confiance entre usagers et prestataires et affaiblissent le système de santé. Il est donc urgent d'instaurer des réformes structurelles pour garantir l'équité et améliorer la gouvernance sanitaire.

4.2. Ampleur et causes de la corruption passive

La corruption passive dans les structures sanitaires de la Zone de Santé (ZS) de Luambo atteint un niveau préoccupant, avec des pratiques informelles largement répandues. Les formes les plus courantes incluent le versement d'argent en échange de services ou le "café/thé", touchant principalement les services de laboratoire, d'urgence, de maternité et de pharmacie. Ces pratiques traduisent une normalisation des comportements illicites, souvent tolérés dans le quotidien hospitalier.

Les causes identifiées sont multiples et interconnectées : faible contrôle administratif (71,3 %), bas salaires du personnel (51,6 %), absence de transparence dans la gestion, pression des patients et culture de complaisance. Ces facteurs créent un environnement propice à la corruption, où les prestataires, confrontés à des difficultés économiques, adoptent ces pratiques comme mécanisme de survie. Le rapport U4 (7) souligne que les relations entre personnel médical et patients peuvent renforcer la tolérance à ces comportements, surtout en l'absence de mécanismes de reddition de comptes.

Les résultats de Luambo s'inscrivent dans une tendance observée à l'échelle régionale. Nayihouba et Wodon (9) ont montré qu'en Afrique subsaharienne, près d'un patient sur cinq a dû verser un pot-de-vin pour accéder aux soins. Kabore (33), au Burkina Faso, a mis en évidence une banalisation de la corruption dans les hôpitaux, alimentée par des pratiques informelles devenues routinières. Vian (8) insiste sur le rôle des défaillances institutionnelles et l'absence de sanctions dans l'enracinement de ces pratiques.

À l'international, une revue Cochrane (34) a démontré que l'augmentation des salaires et la transparence des tarifs peuvent réduire les paiements informels, comme observé au Kirghizistan. Ces interventions ciblées — agences indépendantes, médiateurs, affichage clair des tarifs — sont des leviers efficaces pour limiter les abus. Elles montrent que même dans des contextes fragiles, des réformes bien conçues peuvent produire des résultats significatifs.

Les conséquences de la corruption passive sont lourdes : dégradation de l'image des établissements (64 %), baisse de la qualité des soins (44,3 %), faible fréquentation (44 %) et hausse des coûts pour les ménages (39 %). Les prestataires eux-mêmes reconnaissent une perte de confiance (34,4 %) et une accentuation des inégalités d'accès (20,5 %). Ces effets compromettent la performance globale du système de santé et aggravent les disparités sociales.

Pour y remédier, il est essentiel de renforcer les mécanismes de contrôle, d'instaurer une gestion transparente, de revaloriser les salaires et de sensibiliser les usagers à leurs droits. La lutte contre la corruption passive dans la ZS de Luambo exige une réforme structurelle, une volonté politique affirmée et une mobilisation communautaire durable

4.3. Facteurs associés à la corruption passive en milieu hospitalier

Les résultats de l'étude menée dans la Zone de Santé de Luambo montrent que la corruption passive est influencée par des facteurs socio-économiques et informationnels. Un niveau d'instruction élevé, notamment universitaire, favorise la dénonciation des pratiques illicites, en cohérence avec les travaux de Nayihouba et Wodon (7), qui soulignent que les individus instruits sont plus conscients de leurs droits et plus enclins à signaler les abus. L'emploi constitue également un facteur d'exposition, probablement lié à la capacité financière des individus, comme l'a observé Kabore (33) dans son étude sur le CHR de Dédougou. Par ailleurs, l'accès préalable à l'information sur les tarifs officiels agit comme un facteur protecteur, réduisant les risques de paiements informels, ce qui rejoint les conclusions de Vian (8) sur l'importance de la transparence dans les systèmes de santé.

Ces résultats s'inscrivent dans une tendance continentale. Ouedraogo et al. (18) ont montré que la corruption médicale en Afrique subsaharienne limite l'accès aux soins et affecte la qualité des services. Des enquêtes menées au Nigeria, au Cameroun et au Sénégal révèlent que les paiements informels sont fréquents et souvent exigés pour des services censés être gratuits (21, 28). Même en Europe, une étude financée par la Commission européenne (2017) a démontré que la corruption persiste sous forme d'accès privilégié aux soins et de pratiques doubles. Ces constats convergent vers l'idée que la corruption est systémique, et que l'information, la sensibilisation et la régulation sont des leviers essentiels pour la combattre.

Enfin, la sensibilisation préalable à la corruption apparaît comme un déclencheur de la dénonciation. La Banque mondiale (35) souligne que les campagnes d'éducation civique et les mécanismes de plainte accessibles renforcent la résilience des patients face aux abus. Les études de Nayihouba et Wodon (9), ainsi que celles de la Fédération Hospitalière de France (36), insistent sur l'importance d'une approche multisectorielle, combinant transparence, responsabilisation des agents de santé et implication communautaire. Les résultats de Luambo s'inscrivent donc dans une dynamique globale de lutte contre la corruption dans les systèmes de santé.

4.4. Forces et faiblesses

L'étude repose sur des données empiriques récentes et variées, recueillies auprès de patients et prestataires, permettant une analyse croisée pertinente. Elle intègre des variables socio-économiques et institutionnelles, offrant une lecture adaptée au contexte de Luambo. Toutefois, l'absence de données qualitatives limite la compréhension des motivations profondes. Les réponses auto-rapportées peuvent induire des biais. L'étude ne tient pas compte des réformes politiques en cours. Ces limites invitent à compléter par des recherches plus approfondies.

5. Conclusion

Cette étude révèle les mécanismes complexes de la corruption passive dans la ZS de Luambo, influencés par des facteurs individuels et institutionnels. Elle recommande une approche multisectorielle fondée sur la transparence, la sensibilisation et la responsabilisation des acteurs. Pour renforcer l'impact, des recherches qualitatives et longitudinales sont nécessaires. La lutte contre ce fléau exige une volonté politique forte et une réforme structurelle de la gouvernance sanitaire. Ce travail offre une base solide pour orienter les politiques vers un accès équitable et une meilleure qualité des soins.

6. Contributions des auteurs

LUBEMBA TSHILOMBA Tharcisse a conçu le protocole de recherche, réalisé la collecte et l'analyse des données, et rédigé l'intégralité du mémoire. **Le Dr Prof. MPUNGA Dieudonné** a assuré l'encadrement scientifique, la relecture critique et l'orientation méthodologique tout au long du processus.

7. Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cette étude. Aucune influence extérieure, financière ou institutionnelle n'a orienté les résultats ou les conclusions du travail.

8. Remerciements

L'auteur remercie vivement le comité scientifique de la Faculté de Santé Publique de l'Université de Kinshasa pour son encadrement. Il exprime également sa profonde gratitude au Département de l'Économie de la Santé pour son appui méthodologique et technique.

9. ORCID des auteurs

- **LUBEMBA : 0009-0001-9628-8082**
- **MPUNGA : 0000-0002-1160-8738**

10. REFERENCES

- [1] Ablakpa JA, Koffi CL, Adjoumani K. Analyse sociologique des logiques de corruption et de leur incidence systémique sur la gouvernance des services de santé en Côte d'Ivoire. *Revue ACAREF*. 2025.
- [2] AcclassatoHouensou D. Comportement de corruption et accès au centre public de soins de santé au Bénin. 2020.
- [3] AcclassatoHouensou D. Comportement de corruption et accès aux prestations de soins de santé au Bénin. Université d'Abomey-Calavi; 2019.
- [4] Banque mondiale. Renforcer la transparence dans les systèmes de santé africains. Washington (DC): World Bank; 2021.
- [5] Centre Anti-Corruption Resource. La corruption dans le secteur de la santé. Bergen: U4; 2009.
- [6] Centre Anti-Corruption Resource. U4 Issue. 2009.
- [7] Nordberg C, Vian T. La corruption dans le secteur de la santé. Bergen: U4 Anti-Corruption Resource Centre; 2009.
- [8] Vian T. Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Policy Plan*. 2015;30(2):110–121.
- [9] Nayihouba A, Wodon Q. La corruption dans les services de santé en Afrique: ampleur et corrélats. *Educatio*. 2022.
- [10] Delavallade C. Corruption publique: facteurs institutionnels et effets sur les dépenses publiques [thèse]. Paris: Université Paris I Panthéon-Sorbonne; 2007.
- [11] COGS. Politiques de lutte contre la corruption dans les systèmes de santé africains. *Policy Brief No. 4*. Dublin City University; 2022.
- [12] Commission européenne. Study on corruption in the healthcare sector. Bruxelles: European Commission; 2017.
- [13] KimboCare. Dans quelle mesure le manque de transparence peut-il détruire l'écosystème de la santé en Afrique ? *Blog KimboCare*; 2023.
- [14] Organisation mondiale de la santé. Comptes nationaux de la santé: le Congo lance la collecte des données. OMS Afrique; 2021.
- [15] Dargachi S, Ben Lallouna H. Effet d'une mauvaise qualité de service sur le comportement déviant des usagers. *RevSciGest*. 2017;5:99–
- [16] Fall A, Guèye M. Les pratiques informelles dans les hôpitaux sénégalais: entre tolérance et résignation. *Santé Publique*. 2014;26(5):637–644.
- [17] Fédération Hospitalière de France. Lutte contre la corruption dans les établissements de santé. Paris: FHF; 2017.
- [18] Ouedraogo A, Zongo A, Kafando B. Paiements informels et accès aux soins dans les hôpitaux publics du Burkina Faso. *RevEconDev*. 2022;30(1):45–62.
- [19] Cochrane Collaboration. Interventions visant à réduire la corruption dans le secteur de la santé. *Cochrane DatabaseSystRev*. 2021;CD008856.
- [20] Grete Faremo. Pour que la lutte contre la corruption réussisse, nous avons besoin de dépenses publiques transparentes. *UNOPS*; 2021.
- [21] Johnson J. Anti-corruption strategies in fragile states. U4 Issue. 2014;(10):1.
- [22] Kabore B. Étude des déterminants de la corruption passive au CHR de Dédougou [mémoire de maîtrise]. Ouagadougou: Université de Ouagadougou; 2007.
- [23] Kobeissi H, Aubert B. Satisfaction des patients et corruption dans les hôpitaux publics. *Santé et Société*. 2014;12(2):45–60.
- [24] Mas G. Informal payments in health care: evidence from Nigeria. *Afr J HealthEcon*. 2015;4(2):23–34.

- [25] Traoré A. La lutte contre la corruption et les droits de l'Homme: approche comparative des cas guinéen, français et camerounais [thèse]. Toulouse: Université Toulouse 1 Capitole; 2024.
- [26] Ouedraogo I, Maiga E, Gillanders R, Aja-Eke D. Corruption dans le secteur de la santé et accès aux soins en Afrique. *COGS Policy Brief No. 4*. Dublin City University; 2022.
- [27] Porignon D. Néolibéralisme et politique de soins de santé. *Santé Conjuguée*. 2017;(78).
- [28] Programme des Nations Unies pour le Développement(PNUD). Corruption et développement. Vienne: ONU; 2009.
- [29] Radio Okapi. La corruption en RDC: un phénomène social enraciné. *Radio Okapi*; 2024.
- [30] Ministère du Plan. Rapport économique et social 2017–2021.; République démocratique du Congo, 2021.
- [31] Transparency International. Baromètre mondial de la corruption: Afrique. Berlin: Transparency International; 2024.