

SCIENTIFIC ARTICLE

Le Miroir de la Santé en RDC : Analyse Éthique Vécue et Gouvernance Sanitaire

*Étude transversale sur la perception de l'éthique, de l'équité et de la sécurité
dans le système de santé congolais*

Auteurs institutionnels

Observatoire de la Gouvernance (OG)

Incubateur du Génie Scientifique Congolais (IGSC — igsc-rdc.net)

Mayelab sarl (mayelab.cd)

Revue scientifique de publication : Revue Egi (www.revuegi.net)

Échantillon : N = 312 répondants — 89,04 % province de Kinshasa

Méthodologie : questionnaire auto-administré, 54 questions, 13 blocs

Calcul des indices : méthode top-box, normalisation base 100

Soumis : Octobre 2026

Le Miroir de la Santé en RDC : Analyse de l'Éthique Vécue et de la Gouvernance Sanitaire

Étude transversale sur la perception de l'éthique, de l'équité et de la sécurité dans le système de santé congolais

Observatoire de la Gouvernance (OG) · IGSC · Mayelab sarl

Revue scientifique de publication : Revue Egi (www.revuegi.net)

Résumé

Objectif : Documenter la perception de l'éthique, de l'équité et de la sécurité dans le système de santé congolais à partir d'une enquête de grande ampleur confrontant trois regards — citoyen, professionnel et institutionnel. Méthodes : Étude transversale par questionnaire auto-administré en ligne (54 questions en 13 blocs, routage par profil), N = 312 répondants (89,04 % province de Kinshasa ; 49,68 % étudiants/stagiaires en santé ; 16,67 % patients ; 13,46 % médecins). Dix indices composites ont été calculés par méthode top-box (somme des modalités positives 4+5 des échelles Likert 1–5), normalisés sur 100. Six croisements descriptifs C1–C6 ont été conduits sur la matrice ACTEUR × EXPÉRIENCE × PROBLÈME × STRUCTURE × CONTEXTE. Résultats : La confiance interpersonnelle médecin-patient atteint un niveau satisfaisant (ICM = 73,4/100), tandis que l'équité (IEQ = 41,9/100) et la réponse aux plaintes (IRP = 36,5/100) s'effondrent en zone critique. Le paradoxe central est une confiance relationnelle élevée coexistant avec 60,75 % de répondants percevant l'argent comme déterminant des soins. Conclusion : Le déficit éthique du système de santé congolais est structurellement concentré ; la réforme doit cibler prioritairement l'accès financier, la reddition de comptes et la culture de sécurité, plutôt que la déontologie individuelle déjà intériorisée.

Mots-clés : système de santé ; éthique ; équité ; sécurité du patient ; gouvernance ; RDC ; enquête de perception ; indices composites

1. Introduction

La République Démocratique du Congo (RDC) dispose d'un système de santé mixte où le secteur public porte la charge principale des soins, en contexte de ressources limitées, de pénurie de personnel qualifié et d'inégalités géographiques marquées. Si les cadres normatifs nationaux et les principes internationaux  notamment ceux de l'OMS sur la sécurité du patient et les quatre principes de la bioéthique (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice)  sont connus des professionnels, leur application effective reste peu documentée par la perception des usagers et des soignants eux-mêmes. L'enquête « Le Miroir de la Santé en RDC », conduite conjointement par l'Observatoire de la Gouvernance (OG), l'Incubateur du Génie Scientifique Congolais (IGSC) l'actuelle Agence de Promotion du Génie Scientifique Congolais (APGSC) et Mayelab sarl, vise à combler ce déficit documentaire en confrontant trois miroirs : celui du citoyen (patient et garde-

malade), celui du professionnel (médecins, infirmiers, paramédicaux, personnel de morgue) et celui de l'institution (type de structure, secteur, contraintes organisationnelles).

L'objectif scientifique de la présente analyse est triple : (i) quantifier la perception de l'éthique vécue au moyen d'indices composites normalisés ; (ii) identifier la distribution des forces et fragilités du système selon les dimensions interpersonnelles et structurelles ; (iii) tester six hypothèses croisées sur l'écart entre éthique déclarée et éthique vécue. La distinction analytique « **éthique déclarée** $\neq$ **éthique vécue** » constitue le fil directeur : un professionnel peut déclarer respecter un principe éthique tout en étant empêché de le mettre en œuvre par des contraintes organisationnelles.

2. Méthodologie

2.1 Conception de l'étude

Étude transversale descriptive par questionnaire auto-administré en ligne. Le questionnaire maître comporte 54 questions structurées en 13 blocs (A à M) avec routage automatique selon le profil d'acteur déclaré en Q1 (patient, médecin, infirmier, personnel de morgue, santé mentale, santé militaire, etc.). Cette architecture modulaire évite de soumettre chaque répondant à la totalité des 54 questions et garantit la pertinence des items pour chaque profil. La durée moyenne de complétion était de 8 à 10 minutes. L'enquête a été anonyme, avec consentement explicite préalable et possibilité d'interruption à tout moment.

2.2 Population et échantillon

L'échantillon final comprend N = 312 répondants. La distribution par profil (Q1) est dominée par les étudiants et stagiaires en santé (49,68 %, n = 155), suivis des patients (16,67 %, n = 52), des médecins (13,46 %, n = 42), des gardes-malades (5,77 %, n = 18) et d'autres catégories minoritaires (infirmiers 1,60 %, pharmaciens 0,96 %, personnel de morgue 0,32 %). La distribution géographique (Q2) est concentrée à 89,04 % (n = 260) sur la province de Kinshasa, les autres provinces (Haut-Katanga, Kasai-Central, Kongo-Central, Nord-Kivu) ne représentant que 1,37 % chacune. Les structures dominantes (Q3) sont l'hôpital public (38,40 %), les structures universitaires (16,73 %) et les hôpitaux privés (12,55 %). Le recul temporel (Q4) montre que 42,17 % des expériences sont récentes (moins de 6 mois ou actuelles).

2.3 Calcul des indices composites

Dix indices composites ont été construits par agrégation top-box, méthode standard en mesure d'expérience patient (cf. HCAHPS, Picker Institute). Pour chaque item de Likert 1–5, le score retenu est la somme des fréquences des modalités positives 4 (Souvent) et 5 (Toujours), exprimée en pourcentage. Cette approche, plus exigeante que la moyenne pondérée, pénètre le caractère intermittent du respect éthique. Pour les items inverses (Q17, Q18, Q20, Q45), le score retient la modalité « Jamais ». Pour les questions à choix multiples (Q19, Q21), le score est calculé

comme 100 – taux de citation du facteur dominant. Pour les échelles 0–10 (Q28, Q44, Q48–Q50), une transformation linéaire $\times 10$ est appliquée. Les indices et leur composition sont détaillés dans le Tableau 1.

2.4 Limites méthodologiques

Trois biais sont à expliciter. Premièrement, le biais de sélection géographique (89,04 % Kinshasa) restreint la validité externe au contexte urbain kino-congolais. Deuxièmement, la surreprésentation des étudiants/stagiaires (49,68 %) introduit un biais de perception critique amplifiée. Troisièmement, l'auto-administration en ligne exclut les répondants sans accès numérique, probablement les plus défavorisés  précisément ceux dont l'expérience de l'iniquité est la plus aiguë. Les corrélations discutées sont descriptives et exploratoires ; aucune inférence causale n'est revendiquée sur données agrégées.

3. Résultats

3.1 Tableau de bord éthique : dix indices composites

Les dix indices composites classés par score décroissant sont présentés dans le Tableau 1 et la Figure 1. La répartition montre une structure bipolaire : deux indices atteignent un niveau satisfaisant ($\geq 65/100$), six se situent en zone intermédiaire ($50\text{--}64/100$), et deux s'effondrent en zone critique ($< 50/100$). Cette polarisation révèle que les forces du système résident dans la relation humaine interpersonnelle, tandis que ses fragilités se concentrent sur les dimensions structurelles d'équité et de gouvernance.

Code	Indice	Composition (items)	Score /100	Niveau
ICM	Confiance Médecin-Patient	Q28	73,4	● Satisfaisant
ICC	Confidentialité	Q11 + Q33	65,2	● Satisfaisant
IGS	Gouvernance Sanitaire (global)	Q48 + Q49 + Q50	63,0	● Intermédiaire
ICP	Contraintes Professionnelles	Q44 + Q45(inv) + Q46	60,4	● Intermédiaire
IES	Éthique des Soins	Moyenne Q5–Q14	57,2	● Intermédiaire
IDP	Dignité du Patient	Q5 + Q12 + Q13	55,9	● Intermédiaire
ISP	Sécurité Patient	Q20(inv) + Q21 + Q22	54,7	● Intermédiaire
IIC	Information & Consentement	Q8 + Q9 + Q10	53,8	● Intermédiaire

Code	Indice	Composition (items)	Score /100	Niveau
IEQ	Équité	Q14 + Q17(inv) + Q18(inv) + Q19	41,9	● Critique
IRP	Réponse aux Plaintes	Q23 + Q24 + Q25 + Q26	36,5	● Critique

Tableau 1 — Dix indices composites classés par score décroissant (méthode top-box, base 100)

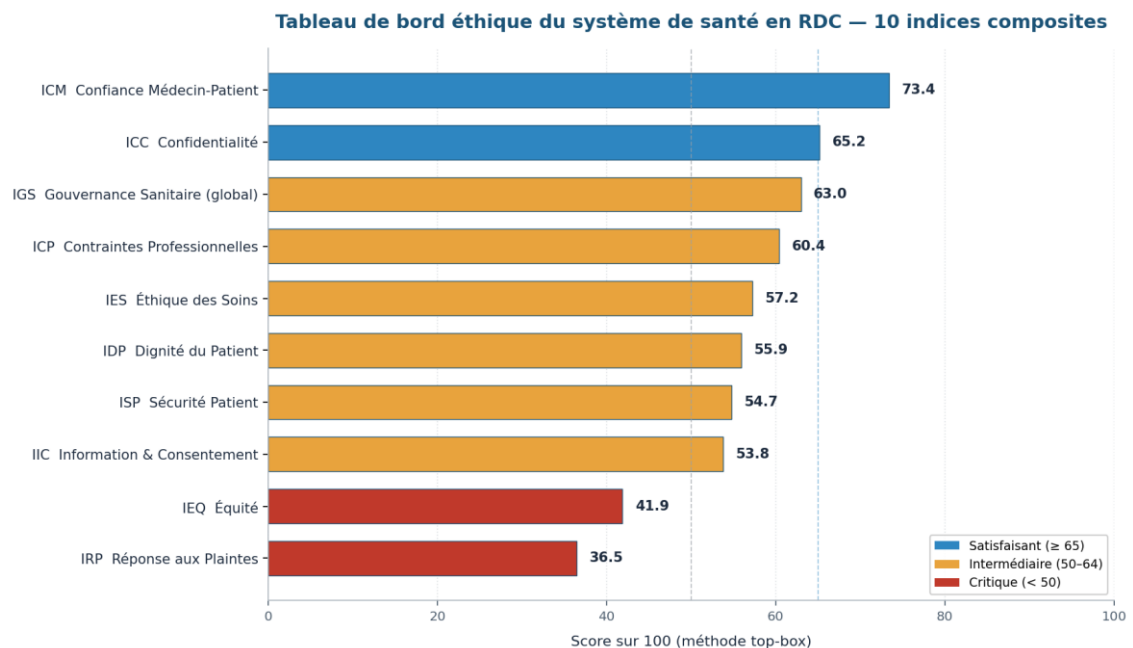


Figure 1 — Tableau de bord éthique du système de santé en RDC (10 indices, base 100)

3.2 Expérience générale (Bloc B)

Sur les dix items du Bloc B (échelle Likert 1–5), trois atteignent un score positif supérieur à 65 % : la confidentialité (Q11, **72,9 %**), l'écoute (Q7, **66,5 %**) et la dignité (Q12, **65,8 %**). À l'inverse, le respect (Q5, **49,8 %**) et la non-discrimination (Q14, **50,3 %**) plafonnent à 50 %, signalant qu'environ un répondant sur deux seulement bénéficie d'un respect et d'une équité perçus comme effectifs. Cette divergence est confirmée par l'analyse qualitative des 180 verbatims associés à Q5, qui révèlent que le respect est systématiquement « conditionné par l'argent, le statut social et le grade ».

3.3 Éthique déclarée vs éthique vécue (Blocs C et D)

La confrontation entre Q15 (comportements éthiques bien respectés) et Q16 (problèmes observés) révèle l'écart central. Les comportements déclarés bien respectés appartiennent au registre **micro-éthique individuel** : respect du patient (17,50 %), confidentialité (15,47 %), secret professionnel (14,73 %) tandis que les problèmes vécus relèvent du registre **méso-organisationnel** : négligence (13,56 %), retards excessifs (8,66 %), favoritisme (8,17 %). L'écart est

révélateur : les principes déontologiques sont intériorisés au lit du patient, mais leur traduction organisationnelle se dégrade par défaut de processus. L'Égalité de traitement, avec seulement **4,42 %** des citations, est le maillon le plus faible du registre déclaré.

La dimension financière (Bloc D) constitue le point de rupture le plus marquant. À la question Q17, **60,75 %** des répondants perçoivent « très souvent » (38,71 %) ou « souvent » (22,04 %) une influence de l'argent sur la qualité ou la rapidité des soins, contre seulement **5,91 %** « jamais ». Les paiements informels fréquents (Q18 : **23,28 %**) et les sources d'iniquité perçue (Q19 : statut social 15,18 %, argent 13,10 %, relations personnelles 11,64 %) confirment la multidimensionnalité de l'inégalité d'accès.

3.4 Sécurité du patient (Bloc E)

Plus de la moitié des répondants (**56,29 %**) ont été confrontés à un dommage évitable au moins une fois (Q20), contre 29,51 % jamais. Les types d'incidents les plus cités (Q21) sont le retard de prise en charge (24,24 %), l'absence de surveillance (11,36 %) et le problème d'équipement (10,10 %). La culture institutionnelle face aux incidents (Q22) révèle une dynamique ambivalente : 42,77 % des établissements sont perçus comme adoptant une posture d'apprentissage (« comprendre et éviter la répétition »), mais **13,87 %** tendent à dissimuler l'incident et 19,08 % des répondants ignorent la réaction institutionnelle. Cette immaturité de la culture de sécurité est aggravée par les **27,81 %** de répondants (Q25) qui craignent des représailles s'ils signalent une erreur.

3.5 Gouvernance et reddition de comptes (Bloc F)

Le Bloc F révèle le déficit institutionnel le plus marquant. Bien que **75,86 %** des répondants estiment pouvoir facilement se plaindre (Q23), seuls **17,68 %** reconnaissent un véritable mécanisme de reddition de comptes (Q26) et 38,41 % ignorent s'il en existe un. Le ratio accessibilité/effectivité = **4,3** signifie que pour quatre personnes qui estiment pouvoir se plaindre, une seule estime que cela débouche sur une véritable reddition. L'indice IRP = 36,5/100 est le plus bas du tableau de bord, confirmant que la gouvernance transparente est le maillon faible du dispositif.

3.6 Contraintes professionnelles (Bloc L)

Les professionnels déclarent que leur environnement leur permet de respecter l'éthique (Q44 = 6,42/10), mais jugent le système globalement défaillant (Q48 = 6,05/10), avec un écart de 0,37 point traduisant une conscientisation des contraintes structurelles. Les facteurs cités comme rendant l'éthique difficile (Q45) sont la surcharge de travail (13,03 %), le manque d'équipements (11,91 %) et la faible rémunération (11,01 %)  tous hors du contrôle individuel du soignant. Cette externalisation est cohérente et implique qu'une réforme exclusivement déontologique serait perçue comme injuste et inefficace.

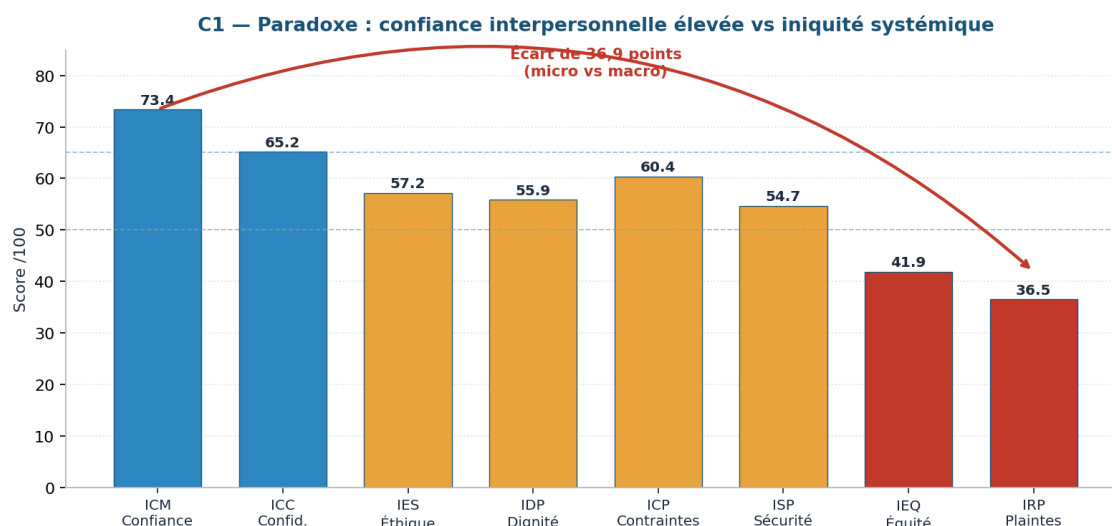


Figure 2 — Paradoxe C1 : confiance interpersonnelle élevée vs iniquité systémique

4. Discussion

4.1 Le paradoxe de la confiance compensatoire

Le résultat le plus marquant de cette étude est la coexistence d'une confiance interpersonnelle élevée (ICM = 73,4/100) avec une iniquité systémique massive (60,75 % des répondants perçoivent l'argent comme déterminant). Ce paradoxe, illustré par la Figure 2, suggère que la relation humaine soignant-soigné fonctionne comme un **amortisseur social** : les patients maintiennent une confiance personnelle envers leur soignant tout en condamnant le système global. Cette dissociation micro/macro n'est pas spécifique au contexte congolais ■ elle est observée dans de nombreux systèmes sous tension ■ mais elle est ici particulièrement saillante. La confiance interpersonnelle est un capital exposé à érosion accélérée si les conditions structurelles ne s'améliorent pas.

4.2 L'écart entre éthique déclarée et éthique vécue

Le croisement C2 confirme que les comportements éthiques déclarés bien respectés (Q15) appartiennent au registre micro-éthique individuel, tandis que les problèmes vécus (Q16) relèvent du registre méso-organisationnel. La chaîne causale plausible se lit comme suit : surcharge de travail (Q45, 13,03 %) → retards de prise en charge (Q21, 24,24 %) → perception de négligence (Q16, 13,56 %) → dommage évitable (Q20, 56,29 %). Cette chaîne n'est pas une causalité démontrée mais une séquence compatible avec les données agrégées. Elle implique que les réformes doivent cibler les conditions structurelles (effectifs, équipements, rémunération) autant que le comportement individuel.

4.3 Le déficit de gouvernance transparente

Le croisement C4 met en évidence un déficit institutionnel profond : 75,86 % des répondants peuvent se plaindre, mais seulement 17,68 % estiment qu'il existe un véritable mécanisme de

reddition de comptes. Le taux de « ne sait pas » (38,41 %) sur Q26 signale non pas une absence d'opinion, mais une opacité institutionnelle : les répondants ignorent s'il existe un mécanisme, ce qui équivaut fonctionnellement à son absence. Aucune réforme de la sécurité patiente ou de l'équité ne produira d'effet durable sans restauration préalable de la crédibilité du mécanisme de plainte.

4.4 L'imaturité de la culture de sécurité

Le croisement C5 révèle que 56,29 % des répondants ont été exposés à un dommage évitable, mais que seulement 58,95 % des établissements sont perçus comme adoptant une culture de sécurité positive. Le tiers restant (21,96 % de réaction punitive ou dissimulatrice + 19,08 % d'ignorance) traduit une culture de sécurité immature. La transition vers une culture de sécurité — au sens de l'OMS — suppose un signal politique fort : le signalement d'incident doit devenir un acte protégé et valorisé, pas risqué.

4.5 Limites de l'étude

Trois limites principales sont à considérer. Premièrement, les biais de sélection (concentration kino-congolaise, surreprésentation étudiante) limitent la généralisabilité ; les conclusions décrivent avant tout le contexte urbain observé par des regards en formation. Deuxièmement, les corrélations discutées sont descriptives et exploratoires ; aucune inférence causale n'est possible sur données agrégées en fréquences. Troisièmement, la divergence quantitative/qualitative observée sur Q14 (50,3 % de non-discrimination positive) versus verbatims Q5/Q54 (saturation du motif financier) suggère que les échelles Likert agrégées sous-estiment les violations éthiques concentrées sur une sous-population. Ces limites appellent une vague 2 d'enquête multi-provinces avec quota par profil.

5. Recommandations

Cinq recommandations prioritaires découlent de l'analyse, hiérarchisées par impact attendu sur les indices déficitaires (IEQ, IRP, ISP) et par faisabilité opérationnelle. Chacune est adossée à un chiffre du jeu de données.

#	Recommandation	Justification chiffrée	Porteur	Indice visé
P1	Supprimer le paiement préalable pour les urgences vitales et obstétricales	Q17 : 60,75 % ; Q18 : 23,28 %	Ministère Santé	IEQ

#	Recommandation	Justification chiffrée	Porteur	Indice visé
P2	Mécanisme national de plainte indépendant et anonyme	IRP = 36,5 ; Q26 : 38,41 % NSP	Ordre + OG	IRP
P3	Politique nationale de culture de sécurité non punitive	Q20 : 56,29 % ; Q22 : 13,87 % dissim.	Ministère + Hôp.	ISP
P4	Revaloriser la rémunération et renforcer les effectifs soignants	Q45 : 13,03 % surcharge, 11,01 % rém.	Min. + Finances	ICP, IES
P5	Comités d'éthique clinique opérationnels dans chaque structure	Q47 : 8,72 % citent comités	Établissements	IGS, IRP

Tableau 2 — Cinq recommandations prioritaires adossées aux données

L'étude démontre que des dispositifs numériques sont encore très faibles dans le domaine de santé, d'où la nécessité de mettre en place des outils pouvant permettre aux patients de signaler à temps réel les abus issus du personnel soignant. En ce jour le pays dispose d'une base des données des innovations dans ce domaine, gérée par l'Incubateur du Génie Scientifique Congolais (IGSC/APGSC).

6. Conclusion

Cette étude confirme l'hypothèse centrale d'un déficit éthique structurellement concentré dans le système de santé congolais. Les dimensions interpersonnelles — confiance (ICM = 73,4/100) et confidentialité (ICC = 65,2/100) — atteignent un niveau satisfaisant, traduisant un capital humain soignant préservé. En revanche, les dimensions structurelles — équité (IEQ = 41,9/100), réponse aux plaintes (IRP = 36,5/100) et sécurité patient (ISP = 54,7/100) — s'effondrent, révélant un déficit de gouvernance et non de déontologie individuelle. Le paradoxe de la confiance compensatoire et l'écart entre éthique déclarée et éthique vécue constituent les deux enseignements transversaux de l'analyse.

Les cinq recommandations priorisées ciblent les trois indices critiques par des leviers spécifiques : suppression du paiement préalable, mécanisme de plainte indépendant, culture de sécurité non punitive, revalorisation des soignants et comités d'éthique opérationnels. La condition de réussite tient dans une seule exigence, exprimée par le verbatim récurrent de

l'enquête : « la santé n'a pas de prix ». Les vagues suivantes de recherche devront étendre l'échantillon aux provinces de conflit et aux zones rurales, pondérer par profil professionnel, et conduire une étude longitudinale pour mesurer l'effet des réformes éventuelles sur les indices déficitaires.