



Contribution de la tarification forfaitaire sur l'accessibilité financière aux soins des populations de la Zone de santé de Kenge/Kwango en RDC (2017 à 2020)

¹Gaby Mangi Mpolekaka, ²John Inipavudu Baelani, ³Serge Ntuaboy Osonkie, ⁴Rosette Luda Lopeme, ⁵Orban Mundendi Mafumba

¹Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales Marie Reine de la Paix, Kenge, République Démocratique du Congo.

²Section Sciences infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales Marie Reine de la Paix, Kenge, République Démocratique du Congo

³ Institut Supérieur Pédagogique de Bandundu, République Démocratique du Congo

⁴Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales Marie Reine de la Paix, Kenge, République Démocratique du Congo.

⁵Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales Marie Reine de la Paix, Kenge, République Démocratique du Congo.

Abstract: This study analyzes the contribution of flat-rate pricing to financial accessibility to healthcare in the Kenge Health Zone in the Democratic Republic of Congo between 2017 and 2020. A cross-sectional quantitative study was conducted among 120 patients using structured questionnaires. Data were analyzed through descriptive statistics and Chi-square tests. The findings reveal that most respondents considered healthcare costs affordable and were able to fully pay for the healthcare services received under the flat-rate pricing system.

The study also found that household income and the perception of healthcare costs significantly influenced the ability to pay for healthcare services. Despite the positive effects observed, poverty, lack of health insurance, and geographical barriers continue to limit healthcare accessibility. The study recommends strengthening community health insurance systems, increasing healthcare subsidies, and improving social protection mechanisms.

Keywords: Flat-rate pricing ; Financial accessibility ; Healthcare services ; Kenge.

Résumé : Cette étude analyse la contribution de la tarification forfaitaire à l'accessibilité financière aux soins dans la Zone de santé de Kenge en République Démocratique du Congo entre 2017 et 2020. À travers une étude quantitative transversale menée auprès de 120 patients, les données ont été collectées par questionnaire structuré puis analysées à l'aide des statistiques descriptives et du test du Khi carré. Les résultats montrent que la majorité des répondants considèrent les tarifs des soins comme abordables et parviennent à payer totalement les frais demandés grâce à la tarification forfaitaire.

L'étude révèle également que le revenu des ménages et la perception des coûts influencent significativement la capacité de paiement des soins. Malgré les effets positifs observés, la pauvreté, l'absence d'assurance maladie et les difficultés géographiques continuent de limiter l'accès aux soins. L'étude recommande le renforcement des mutuelles de santé, l'amélioration des subventions sanitaires et le développement des mécanismes de protection sociale.

Mots clés : Tarification forfaitaire ; Accessibilité financière ; Soins de santé ; Kenge.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.20814837>

1 Introduction

Dans les pays en développement, l'accessibilité financière aux soins de santé constitue l'un des principaux défis des systèmes sanitaires modernes. En Afrique subsaharienne particulièrement, les dépenses directes des ménages représentent encore une part importante du financement des soins, ce qui limite l'utilisation régulière des services de santé par les populations les plus vulnérables. En République Démocratique du Congo (RDC), cette situation demeure préoccupante en raison de la pauvreté persistante, de l'insuffisance des mécanismes de couverture sanitaire et de la faiblesse des politiques de protection sociale (OMS, 2021). Les ménages sont souvent contraints d'effectuer des paiements directs avant de bénéficier des soins, exposant ainsi plusieurs familles à des dépenses catastrophiques de santé.

Face à cette situation, plusieurs stratégies de financement sanitaire ont été expérimentées afin d'améliorer l'accès financier aux soins. Parmi celles-ci figure la tarification forfaitaire, qui consiste à fixer un montant global et prévisible pour certaines prestations sanitaires. Cette approche vise principalement à réduire les coûts imprévus des soins et à renforcer la transparence dans les établissements sanitaires. Selon Meessen et al. (2019), la tarification forfaitaire permet d'améliorer l'utilisation des services de santé en réduisant les barrières financières auxquelles font face les ménages pauvres.

Dans les zones rurales et semi-rurales de la RDC, où les revenus des ménages restent très faibles, la question de l'accessibilité financière aux soins demeure encore plus cruciale. Les populations vivant dans ces milieux rencontrent d'importantes difficultés liées à la pauvreté, au chômage, à l'insuffisance des infrastructures sanitaires et à l'absence de mécanismes d'assurance maladie efficaces. Dans ce contexte, la tarification forfaitaire apparaît comme une stratégie susceptible de favoriser une meilleure fréquentation des structures sanitaires et de réduire les inégalités d'accès aux soins (Ridde et al., 2020).

La Zone de santé de Kenge, située dans la province du Kwango, présente plusieurs caractéristiques socioéconomiques typiques des milieux ruraux congolais. La majorité de la population vit de l'agriculture de subsistance et des activités informelles générant des revenus instables. Cette précarité économique influence fortement la capacité des ménages à faire face aux dépenses sanitaires. Ainsi, l'introduction de la tarification forfaitaire dans cette zone visait à rendre les soins plus accessibles financièrement tout en améliorant la confiance des usagers envers les structures sanitaires.

Plusieurs études réalisées dans différents pays africains ont démontré que la tarification forfaitaire peut contribuer à améliorer l'utilisation des services de santé. Yates (2018) affirme que les politiques de réduction des paiements directs favorisent une augmentation de la fréquentation des centres de santé et réduisent les risques d'exclusion sanitaire des populations pauvres. De même, Wagstaff (2019) souligne que les mécanismes de financement adaptés permettent de limiter les dépenses catastrophiques supportées par les ménages.

Cependant, malgré les avantages souvent attribués à la tarification forfaitaire, certaines recherches mettent également en évidence plusieurs limites liées à sa mise en œuvre. Kruk et al. (2018) montrent que la réduction des coûts ne garantit pas automatiquement une amélioration de l'accès si la qualité des soins demeure insuffisante. D'autres auteurs soulignent également les difficultés liées à la gouvernance, à la disponibilité des médicaments et à la transparence dans la gestion des fonds sanitaires (Sachs, 2020).

En RDC, les données scientifiques portant sur l'impact réel de la tarification forfaitaire restent encore limitées, particulièrement dans les zones rurales. Peu d'études empiriques ont analysé l'influence de cette politique sur la capacité de paiement des ménages, la perception des coûts des soins ou encore l'utilisation effective des services sanitaires. Cette insuffisance des connaissances justifie la nécessité d'approfondir les recherches sur cette thématique afin d'éclairer les décideurs sanitaires.

La présente étude s'inscrit donc dans une perspective d'analyse de la contribution de la tarification forfaitaire à l'accessibilité financière aux soins dans la Zone de santé de Kenge entre 2017 et 2020. Elle cherche à comprendre si cette politique a réellement permis de réduire les difficultés financières rencontrées par les populations dans l'accès aux soins.

Malgré l'existence de cette politique tarifaire, plusieurs ménages continuent d'éprouver des difficultés pour payer les frais liés à leur prise en charge médicale. Certaines familles sont encore contraintes de recourir à l'endettement, à la vente des biens ou au renoncement aux soins pour faire face aux dépenses sanitaires. Cette situation soulève des interrogations sur l'efficacité réelle de la tarification forfaitaire dans la réduction des inégalités d'accès aux soins.

La problématique centrale de cette recherche repose donc sur la question suivante : dans quelle mesure la tarification forfaitaire contribue-t-elle à améliorer l'accessibilité financière aux soins des populations de la Zone de santé de Kenge ? À cette question principale s'ajoutent plusieurs interrogations secondaires relatives au rôle du revenu, à la perception des coûts des soins et à la capacité de paiement des ménages.

Pour répondre à cette problématique, cette étude s'appuie sur plusieurs hypothèses de recherche. La première hypothèse stipule que la tarification forfaitaire améliore significativement l'accessibilité financière aux soins. La deuxième suppose que le niveau de revenu des ménages influence leur capacité à payer les frais de santé. Enfin, la troisième considère que la perception des coûts des soins influence le comportement de paiement des patients. L'objectif général de cette étude est d'évaluer l'impact de la tarification forfaitaire sur l'accessibilité financière aux soins dans la Zone de santé de Kenge. De manière spécifique, il s'agit d'identifier les facteurs influençant la capacité de paiement des patients, analyser la capacité financière à payer les frais de soins selon la tarification forfaitaire et d'apprécier la perception des coûts des soins par les usagers.

2 Méthodologie

La présente étude a adopté une approche quantitative de type transversal analytique. Cette méthode a été choisie parce qu'elle permet d'étudier les relations existantes entre plusieurs variables au sein d'une population donnée pendant une période déterminée. Selon Creswell (2018), les études transversales sont particulièrement adaptées aux recherches visant à analyser les facteurs influençant des phénomènes sociaux et sanitaires. Dans le cadre de cette étude, cette approche a permis d'évaluer l'influence de la tarification forfaitaire sur l'accessibilité financière aux soins dans la Zone de santé de Kenge.

Le milieu d'étude est la Zone de santé de Kenge située dans la province du Kwango en République Démocratique du Congo. Cette zone sanitaire est caractérisée par une forte proportion de populations rurales vivant essentiellement des activités agricoles et commerciales informelles. Les difficultés économiques, la faible couverture sanitaire et l'absence de mécanismes performants de protection sociale justifient le choix de cette zone comme cadre de recherche.

La population d'étude était constituée des patients fréquentant les structures sanitaires appliquant le système de tarification forfaitaire. L'échantillon comprenait 120 répondants sélectionnés dans différentes structures sanitaires de la Zone de santé de Kenge. La technique d'échantillonnage utilisée était l'échantillonnage aléatoire simple afin de garantir une meilleure représentativité des participants.

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structuré administré directement aux patients. Le questionnaire comprenait des questions relatives aux caractéristiques sociodémographiques des répondants, au niveau de revenu, à la perception des coûts des soins, à la capacité de paiement et à l'appréciation de la tarification forfaitaire. Cette méthode de collecte a permis d'obtenir des informations quantitatives fiables sur les expériences vécues par les usagers des services de santé.

Avant l'administration du questionnaire, une phase de pré-test a été réalisée auprès d'un petit groupe de patients afin de vérifier la clarté, la cohérence et la compréhension des questions. Les ajustements nécessaires ont été effectués pour améliorer la qualité de l'outil de collecte des données. Cette étape a contribué à renforcer la validité du questionnaire utilisé.

Les variables étudiées comprenaient des variables indépendantes et dépendantes. Les variables indépendantes concernaient notamment l'âge, le sexe, le niveau de revenu, le statut matrimonial, le niveau d'instruction et la perception des coûts des soins. La variable dépendante principale était la capacité de paiement des frais de santé dans le cadre de la tarification forfaitaire.

Les données collectées ont été encodées et analysées à l'aide des méthodes statistiques descriptives et analytiques. Les fréquences et pourcentages ont été utilisés pour décrire les caractéristiques des répondants. Pour analyser les relations entre les variables, le test du Khi carré (χ^2) a été appliqué afin d'évaluer la significativité statistique des associations observées.

Le seuil de signification statistique retenu était de 5 % ($p < 0,05$). Une relation était considérée statistiquement significative lorsque la valeur de p était inférieure à 0,05. Cette méthode a permis de vérifier les hypothèses formulées dans le cadre de cette recherche.

Sur le plan éthique, les participants ont été informés des objectifs de l'étude avant leur participation. Le consentement libre et éclairé des répondants a été obtenu. L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été respectés tout au long de la recherche conformément aux principes éthiques de la recherche scientifique.

Enfin, cette méthodologie a permis d'obtenir des données pertinentes pour analyser la contribution de la tarification forfaitaire à l'accessibilité financière aux soins dans la Zone de santé de Kenge tout en garantissant la rigueur scientifique nécessaire à une étude académique.

3 Résultats et discussion

3.1. Résultats

3.1.1. Résultats d'analyses descriptives

3.1.1.1. La qualité du répondant

Les résultats du tableau N°1 ci-après montrent que, sur les 120 enquêtés, 92 personnes soit 76,7 % étaient les patients eux-mêmes tandis que 28 répondants soit 23,3 % étaient les pères des patients. Aucun répondant n'appartenait à la catégorie « parenté » ni « autre ».

Tableau 1. Distribution de l'échantillon selon la qualité du répondant

Qualité du répondant	Fréquence	%
Patient lui-même	92	76,7
Père du patient	28	23,3
Parenté	0	0
Autre	0	0
Total	120	100,0

3.1.1.2. Facteurs influençant la capacité de paiement des patients

3.1.1.2. 1. Les caractéristiques démographiques des répondants

Les résultats du tableau N°2 montrent que la tranche d'âge de 26 à 33 ans représente 28,3 % de l'échantillon, suivie de celle de 38 à 41 ans avec 22,5 %, de 18 à 25 soit 20 %, tandis que les groupes de 42 à 49 ans, 50 à 57 ans et 58 à 65 ans représentent respectivement 10 %, 7,5 % et 9,2 %. Les personnes âgées de 66 ans et plus ne représentent que 2,5 %.

Tableau 2. Répartition des effectifs selon l'âge

Age en année	Fréquence	%
18-25 ans	24	20,0
26-33ans	34	28,3
38-41ans	27	22,5
42-49ans	12	10,0
50-57ans	9	7,5
58-65 ans	11	9,2
66ans et plus	3	2,5
Total	120	100,0

Le tableau N°3, indique que 66 répondants soit 55 % étaient de sexe féminin contre 54 répondants soit 45 % de sexe masculin.

Tableau 3. Répartition des effectifs selon leur sexe

Sexe	Fréquence	%
Masculin	54	45,0
Féminin	66	55,0
Total	120	100,0

Il révèle du tableau N°4 que 92 répondants soit 76,7 % étaient mariés, 9 soit 7,5 % célibataires, 3 soit 2,5 % divorcés, 9 soit 7,5 % veufs ou veuves et 7 soit 5,8 % appartenaient à d'autres catégories.

Tableau 4. Présentation des effectifs des enquêtés selon leur statut matrimonial

Statut marital	Fréquence	%
Célibataire	9	7,5
Marié(e)	92	76,7
Divorcé(e)	3	2,5
Veuf sur Veuve	9	7,5
Autre	7	5,8

Total	120	100,0
-------	-----	-------

A la lecture du tableau 5, 46 ménages soit 38,3 % comptaient entre 5 et 6 personnes, 38 ménages soit 31,7 % avaient 3 à 4 personnes, 24 ménages soit 20 % comptaient 7 personnes et plus tandis que 12 ménages soit 10 % avaient seulement 1 à 2 personnes.

Tableau 5. Répartition des enquêtés selon la taille du ménage

Taille du ménage	Fréquence	%
1-2 personnes	12	10,0
3-4 personnes	38	31,7
5-6 personnes	46	38,3
7 et plus	24	20,0
Total	120	100,0

3.1.1.2.2. Les caractéristiques socioéconomiques

Le tableau 6, révèle que 48 répondants soit 40 % étaient sans emploi, 38 répondants soit 31,7 % travaillaient dans le secteur public, 10 répondants soit 8,3 % travaillaient dans le secteur privé, 10 autres soit 8,3 % étaient travailleurs indépendants et 14 répondants soit 11,7 % exerçaient d'autres activités.

Tableau 6. Distribution des effectifs d'enquêtés selon l'occupation professionnelle

Occupation professionnelle	Fréquence	%
Employé secteur public	38	31,7
Employé secteur privé	10	8,3
Travailleur indépendant	10	8,3
Sans emploi	48	40,0
Autre	14	11,7
Total	120	100,0

Le tableau N°7 indique que 57 répondants soit 47,5 % avaient un niveau secondaire, 35 répondants soit 29,2 % avaient un niveau primaire et 28 répondants soit 23,3 % n'avaient aucun niveau d'instruction.

Tableau 7. Présentation du niveau de formation des répondants

Niveau de formation le plus élevé	Fréquence	%
Aucun	28	23,3
Primaire	35	29,2
Secondaire	57	47,5
Total	120	100,0

Le tableau 8 montre que 64 répondants soit 53,3 % avaient un revenu faible, 53 répondants soit 44,2 % avaient un revenu moyen et seulement 3 répondants soit 2,5 % avaient un revenu élevé.

Tableau 8. Distribution des effectifs des répondants par niveau de revenu

Revenu mensuel	Fréquence	%
Bas	64	53,3
Moyen	53	44,2
Elevé	3	2,5
Total	120	100,0

Le tableau 9, présente la distribution des enquêtés selon le montant du revenu mensuel. Les résultats montrent que 53 répondants soit 44,2 % avaient un revenu compris entre 5 000 FC et 25 000 FC. Ensuite, 20 répondants soit 16,7 % avaient un revenu variant entre 26 000 FC et 46 000 FC. Les revenus compris entre 47 000 FC et 67

000 FC concernaient 10 répondants soit 8,3 %, tandis que 5 répondants soit 4,2 % avaient un revenu compris entre 68 000 FC et 88 000 FC. Les revenus de 89 000 FC à 109 000 FC représentaient 5 %, ceux de 110 000 FC à 130 000 FC représentaient 2,5 %, alors que 23 répondants soit 19,2 % avaient un revenu supérieur ou égal à 131 000 FC.

Tableau 9. Répartition de montant du revenu mensuel des enquêtés

Montant du revenu mensuel	Fréquence	%
5000FC-25000FC	53	44,2
26000FC-46000FC	20	16,7
47000FC-67000FC	10	8,3
68000FC-88000FC	5	4,2
89000FC-109000FC	6	5,0
110000FC-130000FC	3	2,5
131000FC et plus	23	19,2
Total	120	100,0

35 répondants soit 29,2 % ne possédaient aucun bien de valeur. Par ailleurs, 37 répondants soit 30,8 % possédaient uniquement une radio, 20 répondants soit 16,7 % avaient un téléphone Android, 14 répondants soit 11,7 % possédaient une moto, tandis que seulement 1 répondant soit 0,8 % possédait une maison durable. Les petits élevages représentaient 2,5 % et les gros élevages 0,8 %. (tableau N° 10)

Tableau 10. Présentation des résultats selon les biens de valeur possédés par les ménages

Biens de valeur que possède le ménage	Fréquence	%
Aucun	35	29,2
Radio	37	30,8
Téléphone Androïde	20	16,7
Motos	14	11,7
Maisons durables	1	0,8
Ferme petits bétails	3	2,5
Ferme gros bétails	1	0,8
Autres à préciser	3	2,5
Plus d'une réponse	6	5,0
Total	120	100,0

Le tableau 11 montre que 82 répondants soit 68,3 % se rendaient à pied dans les structures sanitaires contre 38 soit 31,7 % qui utilisaient la moto. La forte proportion des patients se déplaçant à pied révèle des difficultés importantes d'accessibilité géographique aux structures sanitaires.

Tableau 11. Répartition des répondants selon le moyen de transport utilisé pour atteindre la structure de soins

Moyen utilisé pour venir à la structure	Fréquence	%
Pied	82	68,3
Moto	38	31,7
Autre	0	0
Total	120	100,0

Le tableau 12 révèle que 112 répondants soit 93,3 % n'appartenaient à aucune mutuelle de santé ni assurance maladie contre seulement 8 répondants soit 6,7 % bénéficiant d'une couverture sanitaire.

Tableau 12. Répartition des effectifs des enquêtés selon leur appartenance à une mutuelle de santé ou assurance maladie.

Appartenance à une mutuelle de santé ou assurance maladie	Fréquence	%
Oui	8	6,7
Non	112	93,3
Total	120	100,0

3.1.2. Présentation de résultats sur la capacité financière à payer les frais de soins selon la tarification forfaitaire

Le tableau 13 montre que 73 répondants soit 60,8 % avaient consulté pour des soins curatifs, 23 soit 19,2 % pour les consultations prénatales (CPN), 11 soit 9,2 % pour l'accouchement, 6 soit 5 % pour la petite chirurgie, 6 soit 5 % pour la planification familiale et 1 répondant soit 0,8 % pour d'autres services.

Tableau 13. Distribution des réponses selon le service sur prestation consulté par les patients.

Service sur prestation utilisé	Fréquence	%
Consultation curative	73	60,8
CPN	23	19,2
Accouchement	11	9,2
Petite chirurgie	6	5,0
Planification familiale	6	5,0
Autre	1	0,8
Total	120	100,0

Le tableau 14 montre que les 120 répondants soit 100 % connaissaient l'existence de la tarification forfaitaire.

Tableau 14. Présentation des résultats de la connaissance de l'existence d'un système de tarification forfaitaire par les clients

Connais l'existence de la tarification forfaitaire	Fréquence	%
Oui	120	100,0
Non	0	0,0
Total	120	100,0

Il ressort du tableau N°15 que 92 répondants soit 76,7 % ont connu la tarification forfaitaire grâce à l'affichage dans les structures sanitaires tandis que 28 répondants soit 23,3 % ont été informés par les campagnes de sensibilisation.

Tableau 15. Distribution des effectifs selon la source d'information sur l'existence de la tarification forfaitaire

Source d'information de la tarification forfaitaire	Fréquence	%
Affichage	92	76,7
Par sensibilisation	28	23,3
Autre	0	0,0
Total	120	100,0

A la lumière du tableau N°16, 118 répondants soit 98,3 % payaient les soins en espèces, tandis que 1 répondant soit 0,8 % payait en nature et 1 autre soit 0,8 % recourait à l'emprunt.

Tableau 16. Répartition des réponses de clients sur la modalité de paiement de frais pour la prise en charge

Modalité de paiement de frais pour la prise en charge	Fréquence	%
En espèce	118	98,3
En nature	1	0,8
Emprunt	1	0,8
Total	120	100,0

Pour le tableau 17, 100 répondants soit 83,3 % ont payé totalement les frais demandés contre 20 répondants soit 16,7 % qui n'ont payé qu'une partie ou n'ont pas payé du tout.

Tableau 17. Répartition des clients selon leur capacité de payer la totalité de frais demandés pour les soins

Paiement en totalité de frais demandés	Fréquence	%
Tout payé	100	83,3
Une partie payée ou pas du tout	20	16,7
Total	120	100,0

A la lumière du tableau 18, on note que 44 répondants soit 36,7 % ont payé entre 1 501 FC et 3 000 FC, 33 soit 27,5 % ont payé entre 3 001 FC et 5 000 FC, 30 soit 25 % ont payé entre 500 FC et 1 500 FC tandis que 12 soit 10 % ont payé entre 5 001 FC et 10 000 FC.

Tableau 18. Distribution des effectifs selon le montant payé pour la prise en charge

Montant payé pour la prise en charge	Fréquence	%
500 à 1500 FC	30	25,0
1501 à 3000FC	44	36,7
3001 à 5000 FC	33	27,5
5001 à 10000FC	12	10,0
10001 à 15000FC	1	0,8
Total	120	100,0

Le tableau N°19 montre que 115 répondants soit 95,8 % estiment que la tarification forfaitaire est respectée, 3 soit 2,5 % pensent qu'elle n'est pas respectée et 2 répondants soit 1,7 % considèrent qu'elle est partiellement respectée.

Tableau 19. Répartition des réponses de clients selon leurs avis sur le respect de la tarification forfaitaire

Respect de la tarification	Fréquence	%
Oui	115	95,8
Non	3	2,5
Partiellement	2	1,7
Total	120	100,0

Le tableau 20 montre que 82 répondants soit 68,3 % trouvent les soins abordables, 34 répondants soit 28,3 % les trouvent moins chers tandis que seulement 4 répondants soit 3,3 % considèrent les soins comme chers.

Tableau 20. Distribution des effectifs selon l'appréciation du coût de soins par les clients

Appréciation du coût de soins par les clients	Fréquence	%
Cher	4	3,3
Moins cher	34	28,3
Abordable	82	68,3
Total	120	100,0

Au regard du tableau 21, montre que 91 répondants soit 75,8 % ont confirmé que le montant payé incluait effectivement le paquet de soins tandis que 29 répondants soit 24,2 % ont répondu négativement.

Tableau 21. Distribution des effectifs de réponses relative à l'inclusion du paquet de soins dans le montant payé

Inclusion du paquet de soins dans le montant payé	Fréquence	%
Oui	91	75,8
Non	29	24,2
Total	120	100,0

3.1.3. Données d'analyses inférentielles

3.1.3.1. Les caractéristiques démographiques des répondants

Le tableau nous montre que le test statistique du Khi carré donne une valeur de $\chi^2 = 2,315$ avec 6 degrés de liberté (ddl = 6) et une probabilité $p = 0,889$. Il n'y a pas d'association entre l'âge et la capacité de paiement des frais de soins. La valeur $p = 0,889$ étant largement supérieure au seuil de signification de 0,05.

Tableau 22. Relation entre âge de l'enquêté et paiement en totalité de frais demandés

Age	Paiement en totalité de frais demandés		Total	chi ²	ddl	p	S
	Oui	Non					
18-25 ans	34	18	52				
26-33ans	52	30	82				
38-41ans	24	15	39	2,315	6	0,889	NS
42-49ans	17	10	27				
Total	100	20	120				

3.1.3.2. Les caractéristiques socioéconomiques

A la lecture du tableau 23, le test du Khi carré donne les résultats suivants : $\chi^2 = 9,735$; ddl = 2 ; $p = 0,008$. La valeur du Khi carré de 9,735 montre qu'il existe des différences importantes entre les catégories de revenu concernant la capacité de paiement des soins. Les degrés de liberté (ddl = 2) indiquent que trois catégories de revenu ont été comparées dans cette analyse statistique. La valeur $p = 0,008$ est inférieure au seuil de signification de 0,05.

Tableau 23. Relation entre niveau de Revenu mensuel et Paiement en totalité de frais demandés

Revenu mensuel	Paiement en totalité de frais demandés	Total	chi ²	ddl	p	S
----------------	--	-------	------------------	-----	---	---

	Oui	Non					
Bas	47	17	64				
Moyen	50	3	53	9,735	2	0,008	TS
Elevé	3	0	3				
Total	100	20	120				

3.1.3.3. La perception des coûts des soins par les usagers

Le tableau N°24 indique qu'il n'existe pas une relation statistique entre le respect de la tarification forfaitaire et la capacité de paiement des soins ($\text{Chi}^2 = 5,885$; ddl = 2 ; p = 0,053).

Tableau 24. Relation entre Respect de la tarification selon le client et paiement en totalité de frais demandés

Respect de la tarification selon le client	Paiement en totalité de frais demandés		Total	chi ²	ddl	p	S
	Oui	Non					
Oui	97	18	115				
Non	1	2	3	5,885	2	0,053	TS
Partiellement	2	0	2				
Total	100	20	120				

Pour le tableau N°25, le test statistique donne les résultats suivants : $\text{Chi}^2 = 24,768$; ddl = 2 ; p = 0,000. La valeur élevée du Khi carré (24,768) montre qu'il existe une forte différence entre les catégories de perception des coûts concernant la capacité de paiement des soins. Les degrés de liberté (ddl = 2) indiquent que trois catégories d'appréciation des coûts ont été comparées. La valeur p = 0,000 est très inférieure au seuil de signification de 0,05. Cela signifie qu'il existe une relation hautement significative entre la perception du coût des soins et le paiement total des frais demandés. L'indication « TS » signifie ici que la relation est très significative sur le plan statistique.

Tableau 25. Relation entre l'appréciation du coût de soins par les clients et paiement en totalité de frais demandés

Appréciation du coût de soins par les clients	Paiement en totalité de frais demandés		Total	chi ²	ddl	p	S
	Oui	Non					
Cher	0	4	4				
Moins cher	33	1	34	24,768	2	0,000	TS
Abordable	67	15	82				
Total	100	20	120				

3.2. Discussion des résultats

3.2.1. Résultats d'analyses descriptives

3.2.1.1. Qualité du répondant

Le fait que 76,7 % des répondants soient les patients eux-mêmes constitue un atout méthodologique majeur. Cela garantit que les données recueillies proviennent de personnes ayant directement expérimenté le paiement des soins, ce qui renforce la validité interne de l'étude. Ridde et al. (2020) insistent sur l'importance de recueillir les perceptions des bénéficiaires directs pour mieux comprendre les obstacles financiers à l'accès aux soins.

3.2.2. Facteurs influençant la capacité de paiement des patients

3.2.2.1. Les caractéristiques démographiques des répondants

La prédominance féminine (55 %) confirme les observations de WHO (2021), qui montrent que les femmes sont les principales utilisatrices des services de santé primaires, notamment pour les soins liés à la maternité et à la planification familiale.

La forte proportion de personnes mariées (76,7 %) traduit une organisation familiale où les charges sanitaires sont collectives. Wagstaff (2019) souligne que les charges familiales influencent fortement la capacité des ménages à accéder aux soins, ce qui explique pourquoi les familles nombreuses rencontrent davantage de difficultés financières.

La taille moyenne des ménages (5 à 6 personnes) accentue cette pression, corroborant Kruk et al. (2018), qui identifient la taille élevée des ménages comme un facteur aggravant des difficultés d'accès financier.

3.2.2.2. Les caractéristiques socioéconomiques

Les résultats révèlent une vulnérabilité économique importante : 40 % des répondants sont sans emploi, ce qui réduit leur capacité à financer les soins. La Banque mondiale (2022) considère le chômage comme un obstacle majeur à l'accès aux soins en RDC.

De plus, 53,3 % des répondants déclarent avoir un revenu faible, confirmant la précarité économique de la zone étudiée. ce qui corroborent avec Wagstaff (2019).

Le niveau d'instruction joue également un rôle : 23,3 % des répondants n'ont aucun niveau scolaire, ce qui limite leur compréhension des mécanismes de tarification forfaitaire. Bennett et al. (2018) montrent que l'éducation influence fortement l'utilisation des services sanitaires et la capacité à comprendre les politiques de financement.

L'absence de biens de valeur chez 29,2 % des ménages traduit une pauvreté structurelle, confirmant Filmer et Pritchett (2019), qui considèrent la possession de biens comme un indicateur fiable du statut socioéconomique.

Enfin, l'accessibilité géographique reste problématique : 68,3 % des patients se rendent à pied aux structures sanitaires, ce qui reflète les contraintes de transport et de distance. Peters et al. (2018) identifient ces contraintes comme des barrières majeures à l'utilisation des services de santé en Afrique subsaharienne.

3.2.2.3. La capacité financière à payer les frais de soins selon la tarification forfaitaire

La tarification forfaitaire est connue de tous les répondants (100 %), ce qui témoigne de l'efficacité des stratégies de communication, notamment l'affichage (76,7 %). Meessen et al. (2019) soulignent que l'information des populations est essentielle pour la réussite des politiques de financement sanitaire.

Cependant, l'absence de couverture sanitaire (93,3 % sans assurance) expose les ménages à des dépenses directes et parfois catastrophiques. WHO (2021) rappelle que l'absence de protection sociale est l'un des principaux défis des systèmes de santé africains.

3.2.2.4. La perception des coûts des soins par les usagers

Les résultats révèlent que la majorité des patients perçoivent les coûts comme abordables (68,3 %) et que la transparence dans l'application des tarifs renforce la confiance des usagers (95,8 %). Ces constats rejoignent les analyses de Ridde et al. (2020) et de Meessen et al. (2019), qui insistent sur l'importance de la confiance et de l'information dans l'adhésion aux politiques de financement sanitaire.

3.2.3. Analyses inférentielles et implications

Les résultats montrent que l'âge n'est pas un facteur significatif ($\text{Chi}^2 = 2,315$; $p = 0,889$), ce qui suggère que les difficultés financières touchent toutes les catégories d'âge.

Le test du Khi carré ($\text{Chi}^2 = 9,735$; $p = 0,008$) démontre que le revenu est un déterminant statistiquement significatif de la capacité de paiement, ce qui rejoint les conclusions de Wagstaff (2019).

En revanche, le revenu et la perception des coûts apparaissent comme des variables déterminantes. Cette conclusion confirme que la tarification forfaitaire améliore l'accessibilité, mais son efficacité reste conditionnée par la situation économique des ménages.

Le test statistique ($\text{Chi}^2 = 24,768$; $p = 0,000$) confirme une relation hautement significative entre perception des coûts et capacité de paiement. Cela montre que la perception joue un rôle aussi important que le revenu dans l'adhésion au système. Ridde et al. (2020) insistent sur le rôle de la confiance et de la transparence dans l'acceptation des politiques sanitaires.

4. Conclusion

La présente étude avait pour objectif d'évaluer la contribution de la tarification forfaitaire à l'accessibilité financière aux soins dans la Zone de santé de Kenge entre 2017 et 2020. Les résultats obtenus démontrent globalement que cette politique sanitaire a permis d'améliorer l'accès financier aux soins pour une grande partie des populations étudiées.

L'étude a montré que la majorité des répondants considéraient les coûts des soins comme abordables et parvenaient à payer totalement les frais demandés. Cette situation traduit l'impact positif de la tarification forfaitaire dans la réduction des barrières financières aux soins de santé.

Cependant, plusieurs difficultés persistent encore malgré les résultats encourageants observés. La pauvreté des ménages, le chômage, l'absence d'assurance maladie et les difficultés géographiques limitent encore l'accès équitable aux soins pour certaines catégories de la population.

Les analyses statistiques ont également confirmé que le niveau de revenu et la perception des coûts influencent fortement la capacité de paiement des soins. Ainsi, les ménages à faibles revenus restent les plus vulnérables face aux dépenses sanitaires.

Au regard de ces résultats, il est recommandé de renforcer les mécanismes de mutuelles de santé afin d'améliorer la protection financière des ménages pauvres. Les autorités sanitaires devraient également subventionner davantage les soins destinés aux populations vulnérables vivant dans les zones rurales.

Enfin, il serait important d'améliorer les infrastructures sanitaires, de renforcer les campagnes de sensibilisation communautaire et de développer des mécanismes modernes de paiement des soins afin de consolider les acquis de la tarification forfaitaire et améliorer durablement l'accessibilité financière aux soins.

REFERENCES

- [1] Bennett, S., Peters, D., & Mills, A. (2018). Financement de la santé et accès aux soins dans les pays à faible revenu. *Politique et planification sanitaires*, 33(4), 455-463.
- [2] Creswell, J. W. (2018). *Plan de recherche : approches qualitatives, quantitatives et mixtes* (5e éd.). Sage Publications.
- [3] Filmer, D., & Pritchett, L. H. (2019). Estimation des effets de richesse sans données de dépenses. *Démographie*, 38(1), 115-132.
- [4] Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., & Pate, M. (2018). Les systèmes de santé de haute qualité à l'ère des Objectifs de Développement Durable. *The Lancet Santé Mondiale*, 6(11), e1196-e1252.
- [5] Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Tashobya, C., & Gilson, L. (2019). Suppression des frais des utilisateurs dans le secteur de la santé : revue des processus politiques dans six pays d'Afrique subsaharienne. *Politique et planification sanitaires*, 26(2), ii16-ii29.
- [6] Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Rahman, M. H. (2018). Pauvreté et accès aux soins de santé dans les pays en développement. *Annales de l'Académie des sciences de New York*, 1136(1), 161-171.
- [7] Ridde, V., Yaogo, M., Zongo, S., & Somé, P. A. (2020). Suppression des frais des utilisateurs et accès aux soins de santé en Afrique. *Politique et planification sanitaires*, 35(3), 245-256.
- [8] Sachs, J. D. (2020). *Économie et politiques mondiales de la santé*. Oxford University Press.
- [9] Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2019). *Méthodes de recherche pour les étudiants en gestion* (8e éd.). Pearson Education.
- [10] Wagstaff, A. (2019). *Économie et financement de la santé dans les pays en développement*. Add your reference here
- [11] Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., & Evans, T. (2020). Protection des ménages contre les dépenses catastrophiques de santé. *Affaires sanitaires*, 26(4), 972-983.
- [12] Yates, R. (2018). Couverture sanitaire universelle et suppression des frais des utilisateurs. *The Lancet*, 373(9680), 2078-2081.