

A faint, light blue world map is centered in the background of the top half of the cover.

Journal of Human Resource and Leadership (JHRL)

**Paielements Informels, Motivation du Personnel et Performance des
Formations Sanitaires Publiques en RDC**



Paielements Informels, Motivation du Personnel et Performance des Formations Sanitaires Publiques en RDC

 **Bwalya Peti Richard^{1*}, Chuy Kalombola Didier², Monga Yengo Hilaire³, Ngoy Kamona Pierre Hubert⁴, Kilufya Kisoma Hugues⁵**

¹Section Techniques Biomédicales Spécialisées et Gestion des Organisation de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales (I.S.T.M) de Kolwezi, Lualaba, RDC.

²Centre des Connaissances en Santé de la RD Congo (CCSC-Asbl), École de santé publique de l'Université de Lubumbashi (ESP-UNILU), Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi (ISTM Lubumbashi), Institut Supérieur des Techniques Médicales Saint Joseph de Likasi (ISTM SJL)

³Section Techniques Biomédicales Spécialisées et Gestion des Organisation de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales (I.S.T.M) de Lubumbashi, Haut-Katanga, RDC.

⁴Section Soins infirmiers généraux, Institut Supérieur des Techniques Médicales (I.S.T.M) Musumba, Lualaba, RDC.

⁵Section Techniques Biomédicales Spécialisées et Sage-femme, Institut Supérieur des Techniques Médicales (I.S.T.M) de Likasi, Haut Katanga, RDC.

<https://orcid.org/0009-0004-0821-0210>

Accepted: 28th July, 2026, Received in Revised Form: 27th August, 2026, Published: 29th August, 2026

RÉSUMÉ

Objectif de l'étude : Cette étude vise à évaluer l'influence des paiements informels sur la motivation du personnel de santé et, par son intermédiaire, la performance des formations sanitaires publiques en RDC.

Méthodologie : Une enquête transversale a été menée auprès de 2331 prestataires de santé dans des formations sanitaires publiques. Les données ont été collectées via un questionnaire structuré auto-administré, ce qui implique une possible sensibilité aux biais de désirabilité sociale et ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 26.0. Des analyses descriptives, des tests de fiabilité, des analyses factorielles exploratoires, des tests de comparaison, des corrélations et des régressions linéaires multiples ont été réalisés.

Résultats : Les paiements informels sont largement répandus : 84,5% des répondants reconnaissent que ces pratiques sont connues du personnel et 78,7% rapportent que des remerciements en espèces sont sollicités. L'Alpha de Cronbach (0,924) indique une excellente fiabilité. L'ACP révèle cinq dimensions expliquant 71,38% de la variance. Les paiements informels sont négativement corrélés avec la motivation intrinsèque ($r=-0,438$, $p<0,001$) et la performance perçue ($r=-0,401$, $p<0,001$). La régression montre que les paiements informels expliquent 28,4% de la variance de la motivation ($R^2=0,284$, $p<0,001$).

Contribution Unique à la Théorie, aux Politiques et à la Pratique : Cette étude établit empiriquement le lien causal entre les paiements informels, l'érosion de la motivation intrinsèque et la dégradation de la performance des formations sanitaires publiques en RDC, mobilisant les théories de l'autodétermination et Principal-Agent dans un contexte de fragilité institutionnelle. Ces résultats sont toutefois à interpréter avec prudence en raison du caractère transversal et auto-déclaré des données, qui ne permet pas d'établir une causalité définitive et expose à des biais de désirabilité sociale.

Mots-clés : *Paielements informels, Motivation du personnel, Performance, Formation sanitaire, RDC*

Codes JEL: I11; I13; H51

INTRODUCTION

Les paiements informels dans le secteur de la santé sont définis dans la littérature internationale comme des paiements effectués en dehors des canaux de paiement officiels, souvent en espèces, et peuvent inclure des contributions en nature ou des cadeaux. Ces paiements sont fréquemment associés à des pratiques de corruption et sont considérés comme illégaux dans de nombreux contextes, bien qu'ils ne soient pas toujours perçus comme tels par les patients ou les prestataires de soins, notamment dans les pays où les codes légaux et éthiques sont flous ou mal appliqués (Laleva & Atanasova, 2019)). Les paiements informels sont particulièrement répandus dans les pays en transition d'Europe centrale et orientale, d'Asie et d'Afrique, où ils sont souvent exacerbés par des salaires bas et irréguliers des travailleurs de la santé, une gestion et une gouvernance faibles, ainsi que des perceptions de corruption généralisée (Kabia et al., 2021). En Chine, les paiements informels sont vus comme des institutions informelles résultant de l'échec du gouvernement et du marché à allouer efficacement les ressources de santé, et des politiques visant à faciliter la transparence et à éliminer les barrières institutionnelles sont suggérées pour réduire leur incidence (Liu et al., 2021). En somme, bien que les paiements informels soient un phénomène complexe et multiforme, ils partagent le trait commun d'être des contributions supplémentaires aux paiements officiels, souvent motivées par des lacunes systémiques dans les systèmes de santé (Gaal et al., 2006). Les paiements informels sont souvent associés à des facteurs économiques, tels que les bas salaires des travailleurs de la santé, et à des facteurs sociaux et culturels, comme les normes de don et la perception de la corruption généralisée dans le secteur public (Petroia & Zubcova, 2016a). Dans les pays d'Europe centrale et orientale, ainsi que dans les Balkans occidentaux, ces paiements sont une caractéristique clé des systèmes de santé, où ils coexistent avec des paiements formels et quasi-formels (Buch Mejsner & Eklund Karlsson, 2017). Les paiements informels peuvent également être influencés par des facteurs institutionnels, tels que la confiance institutionnelle et l'asymétrie entre les institutions formelles et informelles (Horodnic et al., 2022). Les stratégies pour réduire ces paiements incluent l'amélioration de la gouvernance, l'augmentation de la transparence, et l'engagement des organisations internationales dans des campagnes anti-corruption (Incaltarau et al., 2021; Mejsner & Karlsson, 2017). Ces paiements représentent un défi majeur pour l'équité et l'accès aux soins de santé, nécessitant une approche multidisciplinaire pour être efficacement abordés (Schaaf & Topp, 2019).

Les paiements informels ont des impacts significatifs sur l'économie et la société, comme le démontre la littérature scientifique internationale. Dans le secteur de la santé, ces paiements limitent l'accès équitable aux services, en particulier pour les populations pauvres, et sont souvent initiés par les travailleurs de la santé en raison de salaires bas et irréguliers, de mécanismes de responsabilité faibles, et de la perception d'une corruption généralisée dans le secteur public (Kabia et al., 2024 ; Kabia et al., 2021). En Europe post-communiste et dans les pays post-soviétiques, les paiements informels sont souvent perçus comme une conséquence des

transitions économiques et servent à compléter le financement des systèmes de santé, bien qu'ils ne soient pas toujours considérés comme illégaux (Fotaki, 2009). Les paiements informels sont également liés à la corruption, qui maintient l'informalité économique en permettant aux entreprises de bénéficier de failles institutionnelles, ce qui constitue un obstacle majeur au développement économique durable (Valdiglesias, 2025). Dans le contexte des soins maternels, ces paiements affectent les finances des ménages, la satisfaction des patients et le moral des prestataires, et nécessitent une approche interdisciplinaire pour être compris et abordés efficacement (Schaaf & Topp, 2019). Enfin, des études montrent que la bonne gouvernance, la confiance entre les individus, et un engagement fort contre la corruption sont associés à une diminution des paiements informels, soulignant l'importance de corriger les imperfections institutionnelles pour réduire leur prévalence (Incaltarau et al., 2021). En somme, les paiements informels représentent un défi complexe qui nécessite des solutions intégrées et adaptées aux contextes spécifiques pour promouvoir l'équité et l'efficacité dans les systèmes économiques et sociaux.

Les paiements informels dans les systèmes de santé sont influencés par une combinaison de facteurs individuels, organisationnels et systémiques. Au niveau individuel, les caractéristiques des patients telles que le revenu, l'âge, le niveau d'éducation, le genre, l'emploi et l'état de santé jouent un rôle significatif dans la prévalence des paiements informels. Les patients peuvent être motivés à effectuer ces paiements pour obtenir un accès plus rapide ou de meilleure qualité aux services de santé, ou par gratitude envers le personnel médical (Jahangiri & Aryankhesal, 2017a; Meskarpour Amiri et al., 2019). Du côté des prestataires de soins, des facteurs tels que la réputation, l'expérience et la satisfaction salariale influencent également la demande de paiements informels (Amiri et al., 2019). Les bas salaires des professionnels de santé et les déductions irrégulières des compagnies d'assurance sont des raisons économiques qui poussent les prestataires à accepter ces paiements (Petroia & Zubcova, 2016). Sur le plan organisationnel, les faiblesses du système de santé, telles que l'insuffisance de la couverture d'assurance, le manque de ressources humaines, et l'absence de contrôle adéquat sur les tarifs et les charges, exacerbent le problème (Jahangiri & Aryankhesal, 2017). Les systèmes de santé qui manquent de modernisation et qui se concentrent davantage sur les soins curatifs que préventifs sont également plus susceptibles de voir des paiements informels. Enfin, la confiance institutionnelle joue un rôle crucial, car une faible confiance dans les institutions formelles est associée à une plus grande prévalence des paiements informels (Horodnic et al., 2022, Horodnic & Williams, 2018). Enfin, au niveau systémique, des facteurs institutionnels tels que la mauvaise gouvernance, le manque de transparence, et l'inefficacité des outils de prévention et de sanction des paiements informels contribuent à leur persistance (Incaltarau et al., 2021 ; Petroia & Zubcova, 2016). Les normes culturelles et sociales, comme la tradition de donner des cadeaux, et la perception que tout ce qui n'est pas interdit est permis, renforcent également cette pratique (Schaaf & Topp, 2019).

Les paiements informels dans les systèmes de santé internationaux sont expliqués par plusieurs théories qui mettent en lumière des facteurs économiques, sociaux, culturels et institutionnels. La théorie du choix public et la théorie institutionnelle sont souvent citées pour expliquer comment les défaillances des institutions formelles, telles que la corruption et le manque de modernisation de la gouvernance, conduisent à une asymétrie entre les institutions formelles et informelles, favorisant ainsi les paiements informels (Habibov & Auchynnikava, 2022; Horodnic & Williams, 2018). La théorie sociologique des différences dans les opportunités de vie et les déterminants sociaux de la santé souligne que les paiements informels sont plus fréquents dans les contextes où le capital social est faible et où les inégalités économiques sont prononcées (Habibov & Auchynnikava, 2022). En Roumanie, par exemple, le capital social, tel que les relations avec les médecins, et la perception d'un système de santé corrompu augmentent la probabilité de paiements informels (Buligescu & Espinoza Peña, 2020). La théorie Principal-Agent est un cadre analytique utile pour interpréter les pratiques dans les systèmes de santé des pays développés, en mettant en lumière les relations complexes entre les différents acteurs impliqués. Dans le contexte des systèmes de santé, cette théorie est souvent appliquée pour analyser les relations entre les gouvernements (ou autres entités de financement) et les prestataires de soins de santé, ainsi que les relations entre les médecins et les patients. Par exemple, dans le financement basé sur la performance (PBF), la théorie Principal-Agent aide à comprendre comment les contrats et les incitations financières peuvent influencer le comportement des prestataires de soins de santé, en soulignant les défis liés à l'alignement des objectifs et à la vérification des performances. De même, dans le cadre de la gouvernance clinique, la théorie est utilisée pour analyser les tensions entre la nécessité d'améliorer la qualité des soins et la responsabilité des organisations de santé, comme les NHS trusts au Royaume-Uni (Mannion & Huw, 2018). La relation médecin-patient est également examinée sous cet angle, où la théorie met en évidence les différences entre les relations fiduciaires et contractuelles, et comment cela affecte la prise de décision médicale (Buchanan, 1988). En outre, la gestion de la performance dans les soins primaires est souvent influencée par des facteurs tels que l'asymétrie d'information et l'alignement des objectifs, qui sont des concepts clés de la théorie Principal-Agent (Rogan, 2013 ; (Rogan & Boaden, 2017). En somme, la théorie Principal-Agent offre un cadre précieux pour comprendre et améliorer les pratiques de gouvernance et de gestion dans les systèmes de santé des pays développés, bien qu'elle présente des limitations en raison de la complexité et de la multiplicité des relations dans ces systèmes (Smith, 2002; Wilkesmann, 2016).

La théorie de l'autodétermination (TAD) offre un cadre précieux pour comprendre la motivation intrinsèque et extrinsèque des soignants dans les pays développés, en mettant l'accent sur la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux d'autonomie, de compétence et de relation. Selon cette théorie, la motivation intrinsèque, qui est le désir de réaliser une activité pour le plaisir et l'intérêt qu'elle suscite, est favorisée lorsque ces besoins sont satisfaits. Dans le contexte des soins, cela signifie que les soignants qui se sentent autonomes, compétents et

connectés aux autres sont plus susceptibles d'être intrinsèquement motivés, ce qui améliore leur bien-être et leur efficacité professionnelle (Deci, 2017a; Martela, 2020). La théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 2008) postule que la motivation intrinsèque, le désir d'agir par intérêt personnel, est favorisée par la satisfaction des besoins fondamentaux d'autonomie, de compétence et de relation. À l'inverse, les incitations externes perçues comme contrôlantes peuvent éroder cette motivation intrinsèque, un phénomène de crowding-out documenté par Frey & Jegen (2000). Dans le contexte des paiements informels, ces derniers agissent comme des récompenses extrinsèques non régulées qui, en se substituant à une reconnaissance formelle et éthique, peuvent affaiblir le sentiment d'autonomie et de compétence des prestataires, compromettant ainsi leur engagement professionnel. Les environnements de travail qui soutiennent ces besoins psychologiques, par exemple en offrant des choix, en reconnaissant les perspectives des soignants et en encourageant l'initiative personnelle, sont essentiels pour favoriser une motivation autonome, qu'elle soit intrinsèque ou extrinsèque (Karnavat, 2024). Ainsi, la TAD souligne l'importance de créer des conditions de travail qui soutiennent l'autonomie, la compétence et la relation pour optimiser la motivation et le bien-être des soignants dans les pays développés (Dombestein et al., 2020). L'effet de crowding-out sur la motivation intrinsèque des employés dans les pays développés est un phénomène bien documenté et complexe, influencé par divers facteurs contextuels et organisationnels. Les recherches montrent que l'introduction de récompenses extrinsèques, telles que des incitations monétaires, peut réduire la motivation intrinsèque des individus, notamment dans le secteur public où les employés sont souvent attirés par des récompenses intrinsèques plutôt qu'extrinsèques. Par exemple, une étude utilisant des données longitudinales britanniques a révélé que des récompenses extrinsèques plus élevées réduisent la propension des individus intrinsèquement motivés à accepter des emplois dans certains segments du secteur public au Royaume-Uni (Georgellis et al., 2011). De plus, l'utilisation extensive de systèmes de surveillance dans les organisations, facilitée par les nouvelles technologies de l'information et de la communication, a également été identifiée comme un facteur de crowding-out de la motivation intrinsèque. Cette relation est médiée par la perception des employés de leur supervision comme étant favorable à l'autonomie, ce qui peut atténuer l'effet négatif de la surveillance sur la motivation intrinsèque (Arnaud & Chandon, 2013). En outre, la théorie de la motivation crowding-out suggère que les interventions externes via des incitations monétaires peuvent affaiblir la motivation intrinsèque, bien que des preuves empiriques montrent que cet effet peut être modulé par la manière dont les politiques d'incitation sont conçues (Frey & Jegen, 2000). Enfin, des études ont également montré que le paiement variable individuel pour la performance peut avoir un effet contrôlant qui diminue la motivation intrinsèque, confirmant les propositions de la théorie de l'autodétermination (Kuvaas et al., 2020). Ainsi, bien que l'effet de crowding-out soit un phénomène reconnu, il est influencé par des facteurs tels que la perception de l'autonomie et la conception des incitations, ce qui suggère que des ajustements dans la structure des incitations pourraient potentiellement minimiser cet effet dans les pays développés.

Les paiements informels dans les systèmes de santé des pays développés ont des effets variés et souvent négatifs sur la qualité des soins. Ces paiements, qui sont des transactions non officielles entre patients et prestataires de soins, sont souvent motivés par le désir des patients d'obtenir un accès plus rapide ou de meilleure qualité aux services de santé, en contournant les délais d'attente ou en s'assurant de l'attention des médecins (Jahangiri & Aryankhesal, 2017b; Petroia & Zubcova, 2016b). Cependant, ces pratiques peuvent exacerber les inégalités d'accès aux soins, car elles favorisent ceux qui peuvent se permettre de payer, au détriment des autres (Jahangiri & Aryankhesal, 2017). En outre, les paiements informels sont souvent associés à une perception accrue de la corruption dans le système de santé, ce qui peut éroder la confiance du public dans les institutions de santé (Dallera et al., 2022) ; Incaltarau et al., 2021). Les études montrent que ces paiements sont plus fréquents dans les contextes où les institutions formelles sont faibles, où la transparence est limitée, et où la confiance dans les autorités est basse (Horodnic et al., 2021). De plus, les paiements informels peuvent avoir un impact négatif sur la santé auto-évaluée des populations, en particulier parmi les groupes vulnérables tels que les personnes vivant en milieu rural ou celles ayant un faible capital social (Habibov & Auchynnikava, 2021). Les solutions proposées pour réduire ces paiements incluent l'amélioration de la gouvernance, l'augmentation de la transparence, et le renforcement des systèmes d'assurance santé pour réduire la dépendance aux paiements directs (Koufopoulou et al., 2023). En somme, bien que certains patients puissent percevoir des bénéfices immédiats en termes de qualité des soins, les paiements informels contribuent globalement à des inégalités et à une détérioration de la confiance dans le système de santé, ce qui nuit à la qualité globale des soins (Hardardottir, 2012).

Le sous-financement des systèmes de santé en Afrique a des répercussions économiques significatives, notamment en favorisant les paiements informels. Ces paiements, souvent effectués en espèces, sont une réponse directe aux salaires bas et irréguliers des travailleurs de la santé, ainsi qu'à la faiblesse des mécanismes de responsabilité et à la perception généralisée de la corruption dans le secteur public (Lewis, 2008). En Zambie, par exemple, une étude a révélé que 6,2 % des patients dans les établissements de santé primaires gouvernementaux ont effectué des paiements informels, ce qui représente un fardeau financier important pour les ménages pauvres (Masiye et al., 2020). Ces paiements informels sont souvent initiés par les travailleurs de la santé et sont plus fréquents dans les zones urbaines où les ressources sont limitées (Binyaruka et al., 2021; Masiye et al., 2020). En Tanzanie, les jeunes travailleurs de la santé et ceux occupant des postes élevés dans la hiérarchie sont plus susceptibles de recevoir des paiements informels, soulignant l'importance des facteurs individuels et systémiques dans ce phénomène (Binyaruka et al., 2021). Les paiements informels peuvent également être considérés comme une forme de taxation informelle, particulièrement régressive, qui pèse davantage sur les pauvres et limite l'accès équitable aux soins de santé (Olken & Singhal, 2011). Les conditions de travail en Afrique influencent considérablement la motivation des employés, et les paiements informels jouent un rôle complexe dans ce contexte. En Afrique, des facteurs tels que le confort

physique, la disponibilité des ressources, un environnement social de soutien et des politiques de travail flexibles sont cruciaux pour la motivation des employés, comme le montre une étude menée au Ghana. De plus, la culture organisationnelle, qui inclut la reconnaissance, la confiance, l'équité et le travail d'équipe, est essentielle pour maintenir l'engagement des employés (Lomotey, 2025). Cependant, dans le secteur de la santé en Tanzanie, les paiements informels sont courants et ont des effets ambivalents sur la motivation des travailleurs. Bien qu'ils puissent offrir un incitatif financier supplémentaire, ils sont souvent associés à une baisse de la satisfaction au travail et à une perte d'estime de soi, car les travailleurs se sentent contraints par les attentes des patients (Stringhini et al., 2009). En Tanzanie, les paiements informels sont également liés à des facteurs tels que la faible rémunération dans le secteur public et le manque de supervision adéquate, ce qui pousse certains travailleurs à solliciter des paiements supplémentaires pour compenser leurs bas salaires (Tumlinson et al., 2020a). En outre, dans les secteurs ruraux de l'Afrique, les conditions de travail sont souvent précaires, avec de nombreux travailleurs gagnant en dessous du salaire minimum, ce qui peut exacerber la dépendance aux paiements informels comme source de revenu supplémentaire (Nzira et al., 2025). Ainsi, bien que les paiements informels puissent temporairement améliorer la motivation par des incitations financières, ils contribuent également à un environnement de travail démotivant et inéquitable (Stringhini et al., 2009 ; Binyaruka et al., 2021).

Les paiements informels en Afrique, notamment dans le secteur de la santé, sont un phénomène répandu qui affecte la motivation des prestataires de soins et la performance des systèmes de santé. En Afrique subsaharienne, ces paiements sont souvent initiés par les travailleurs de la santé plutôt que par les patients, et sont principalement effectués en espèces. Les paiements informels limitent l'accès équitable aux soins de santé, en particulier pour les populations pauvres, et peuvent entraîner des soins retardés ou de moindre qualité (Kabia et al., 2024). Au Kenya, par exemple, les faibles salaires dans le secteur public et la collusion entre le personnel supérieur sont des moteurs clés de la sollicitation de frais informels, ce qui restreint l'accès aux soins médicaux et réduit le comportement de recherche de soins parmi les populations vulnérables (Tumlinson et al., 2020b). Enfin, les per-diems, bien qu'ils soient destinés à motiver les employés, peuvent également être abusés, ce qui illustre comment les incitations financières peuvent parfois avoir des effets pervers sur la motivation intrinsèque et la performance (Nkamleu & Kamgnia, 2014). En Sierra Leone, les taxes informelles, bien que perçues comme plus équitables que les taxes formelles, sont également un moyen de financer les biens publics locaux et de maintenir les institutions de gouvernance informelle, soulignant l'importance de la confiance dans les acteurs locaux (Van Den Boogaard et al., 2019).

En République Démocratique du Congo (RDC), les paiements des patients pour les services de santé sont principalement régis par des politiques nationales visant à réduire les paiements directs au point de service, bien que ces efforts soient encore en développement et rencontrent des défis significatifs. Depuis les années 2000, la RDC a adopté des politiques nationales pour

éliminer progressivement le paiement direct afin de rendre les soins de santé plus accessibles, mais ces politiques n'ont pas encore été pleinement mises en œuvre, ce qui entraîne une iniquité dans l'accès aux soins de santé (Tshituka, 2022). Le financement du système de santé en RDC est principalement assuré par les ménages, suivis par des contributions internationales, et enfin par le gouvernement, ce qui signifie que le paiement direct reste le principal moyen d'accès aux services de santé, poussant certains ménages dans la pauvreté (Benjamin et al., 2024). En réponse à ces défis, des réformes ont été initiées, telles que la micro-assurance santé et l'assistance médicale pour les indigents, bien que leur mise en œuvre soit lente et limitée par l'absence d'un cadre juridique adéquat (Lubula et al., 2017). De plus, le Fonds d'Achat des Services de Santé (FASS) a été mis en place dans certaines régions pour gérer les soins sous un système de tiers-payant, mais les coûts restent élevés pour les patients, obligeant certains à vendre des biens ou à s'endetter pour payer les soins (Kahindo et al., 2020). En somme, bien que des efforts soient en cours pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé en RDC, le système reste largement dépendant des paiements directs des ménages (Dumoulin & Kaddar, 1993). Le lien causal entre les paiements informels, la motivation et la performance a été exploré dans le contexte de la République Démocratique du Congo (RDC), bien que de manière indirecte et non explicitement formulée comme un lien causal direct dans les études disponibles. Les recherches montrent que la motivation des travailleurs de la santé en RDC est fortement influencée par les sources de rémunération, qui incluent souvent des paiements informels en raison de la faible rémunération gouvernementale. Par exemple, l'étude de Maini souligne que les travailleurs de la santé qui ont reçu un financement basé sur la performance (PBF) ont montré des niveaux de motivation inférieurs par rapport à ceux qui n'en ont jamais reçu, ce qui suggère que la dépendance à des sources de revenus instables peut affecter négativement la motivation (Maini, 2020). De plus, Huillery et Seban ont constaté que les incitations financières augmentaient l'effort des travailleurs de la santé pour les activités récompensées, mais cela n'a pas nécessairement conduit à une amélioration de la performance globale, en partie à cause d'un manque de capacité à développer des stratégies appropriées pour améliorer la performance (Huillery & Seban, 2014). Fox et ses collaborateurs ont également noté que, bien que le PBF ait ajouté des ressources considérables aux installations, il n'y avait pas de preuves claires d'amélioration des performances des services, ce qui suggère que les effets positifs sur la motivation ne sont pas garantis, surtout lorsque les travailleurs de la santé dépendent fortement des frais des utilisateurs pour leur rémunération (Fox et al., 2014).

En somme, le financement des systèmes de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire, en particulier dans les contextes fragiles, demeure confronté à une insuffisance chronique des ressources publiques, à une forte dépendance aux paiements directs des ménages et à des faiblesses persistantes de gouvernance. En République Démocratique du Congo (RDC), malgré les réformes engagées vers la Couverture Sanitaire Universelle et l'introduction du Financement Basé sur la Performance, les formations sanitaires publiques évoluent dans un environnement

marqué par des contraintes budgétaires, des rémunérations insuffisantes et des mécanismes de contrôle parfois limités. Dans ce contexte, les paiements informels, définis ici comme des paiements sous-table, non tarifés, non affichés et non reversés dans le circuit officiel, constituent un phénomène durable susceptible d'influencer les comportements des prestataires, la motivation du personnel et la performance financière des établissements de santé.

Les causes profondes trouvent leur origine dans le sous-financement chronique du système de santé, la faiblesse des rémunérations, l'irrégularité des salaires, les insuffisances de la gouvernance financière, la faiblesse des mécanismes d'audit et de redevabilité, l'application inégale des textes réglementaires, ainsi que les contraintes économiques et sociales propres aux contextes fragiles. Ces facteurs créent un environnement où les paiements informels deviennent progressivement une stratégie d'adaptation économique. À l'échelle organisationnelle, l'absence d'affichage systématique des tarifs, l'opacité dans la gestion des recettes, la faible traçabilité des encaissements, l'asymétrie d'information entre prestataires et usagers, la supervision insuffisante et la recherche de revenus complémentaires favorisent le développement des paiements informels. Ces mécanismes modifient progressivement les systèmes d'incitation des agents de santé en renforçant la motivation extrinsèque au détriment de la motivation intrinsèque. La persistance des paiements informels non reversés dans le circuit officiel de recouvrement des recettes des formations sanitaires publiques en République Démocratique du Congo altère les mécanismes de motivation intrinsèque et extrinsèque du personnel de santé et compromet durablement la performance financière des établissements, limitant leur capacité à fournir des soins efficaces, équitables et durables.

À court terme, les paiements informels entraînent des fuites quotidiennes de recettes, une sous-déclaration des revenus, une perte de confiance des patients, une démotivation des agents respectant les procédures, des conflits internes et une augmentation des inégalités d'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables. À moyen terme, ils favorisent une érosion durable de la motivation intrinsèque, un désengagement professionnel, une instabilité budgétaire des établissements, une dégradation progressive de la qualité des soins, des difficultés de fidélisation du personnel et un affaiblissement des mécanismes de financement basé sur la performance. À long terme, la normalisation des paiements informels peut conduire à l'institutionnalisation de pratiques de corruption de proximité, à une perte de crédibilité des établissements publics, à une fragilisation durable de leur viabilité financière, à l'exclusion persistante des populations vulnérables, à la fuite des ressources humaines qualifiées et à un ralentissement des progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle et les Objectifs de Développement Durable.

La présente étude comble plusieurs lacunes identifiées dans la littérature. Elle propose une modélisation empirique du lien causal entre paiements informels, motivation et performance dans un contexte de fragilité institutionnelle, combinant pour la première fois en RDC les apports de la théorie de l'autodétermination et de la théorie Principal-Agent. Elle explore les différences

contextuelles entre types de structures et milieux d'exercice. Cinq hypothèses principales sont testées : (H1) les paiements informels sont négativement associés à la motivation intrinsèque ; (H2) la motivation intrinsèque est positivement associée à la performance perçue ; (H3) les paiements informels sont négativement associés à la performance ; (H4) la motivation intrinsèque médiatise la relation entre paiements informels et performance ; (H5) les perceptions diffèrent selon le sexe, le type de structure et le milieu d'exercice.

MATERIELS ET METHODES

Cette étude transversale a été conduite, auprès de 2331 prestataires, dans les hôpitaux généraux de références et les centres de santé des zones de santé rurales et urbaines dans la province du Haut Katanga, en République démocratique du Congo, entre les mois de janvier 2026 et le mois de juin de l'année 2026, période couvrant le déploiement du questionnaire et la compilation des réponses. Elle a adopté une approche quantitative afin d'obtenir une compréhension complète de l'appréhension des professionnels de la santé sur les paiements informels. Des plateformes des réseaux sociaux, en l'occurrence Whatsapp, ont été mises à contribution pour le déploiement du questionnaire. L'utilisation de WhatsApp comme canal de diffusion a pu introduire un biais de sélection lié à l'accès inégal aux technologies numériques et à la surreprésentation potentielle des prestataires plus jeunes ou en milieu urbain. Pour limiter ce biais, des versions papier ont également été distribuées dans les structures où la connectivité était limitée, et une analyse de sensibilité a été réalisée pour comparer les réponses en ligne et papier (résultats non significatifs, $p > 0,05$). Un échantillonnage stratifié à deux degrés a été réalisé. Au premier degré, 15 zones de santé (9 rurales et 6 urbaines) ont été sélectionnés aléatoirement parmi les 27 zones de santé de la province du Haut Katanga. Au second degré, dans chaque zone, un hôpital général de référence et deux centres de santé ont été inclus, soit un total de 45 structures de santé. Tous les prestataires exerçant dans ces structures depuis au moins six mois et ayant consenti à participer ont été inclus. Le questionnaire structuré auto-administré utilisé comportait 51 items repartis en quatre dimensions : sociodémographique (6 items), perception des paiements informels (19 items), motivation du personnel (12 items), performance des formations sanitaires (9 items), lien entre paiements informels, motivation et performance (5 items). Sur les 51 items initiaux, 20 ont été utilisés pour les analyses factorielles exploratoires et les régressions, les items restants (questions sociodémographiques, items de contrôle) n'étant pas inclus dans les échelles composites. Le Tableau 4 présente la structure factorielle finale retenue après épuration. Les réponses étaient mesurées sur des échelles de Likert à 5 points. Chaque échelle était expliquée brièvement afin de les nuancer et faciliter la compréhension de la réponse choisie. L'instrument a été pré-testé auprès de 20 prestataires d'un centre de santé pilote en milieu urbain afin d'évaluer la clarté et la pertinence contextuelle. Des adaptations sémantiques ont été apportées suite à ce test. Les résultats ont été analysés à l'aide de SPSS version 26.0. Des analyses descriptives, des tests de fiabilité (Alpha de Cronbach), des analyses factorielles exploratoires (ACP) et les facteurs ont été retenus selon le critère de Kaiser (valeurs propres > 1) et confirmés par l'examen

du scree plot. La rotation Varimax a été utilisée pour faciliter l'interprétation (Kaiser, 1960 ; Field, 2018). Des tests de comparaison (t de Student, ANOVA), des corrélations (Pearson) et des régressions linéaires multiples ont été réalisés.

Les biais de sélection qui pourraient affecter la représentativité de l'échantillon et limiter la généralisation des résultats ont été minimisés en utilisant des stratégies telles que la sélection des prestataires issus de différentes structures sanitaires et des zones de santé très éloignées les uns des autres, ainsi que la distribution de questionnaires dans des formats variés, en ligne et papier, permettant d'atteindre un plus large éventail de participants. En ce qui concerne les biais de réponse, il demeure un risque que les réponses soient influencées par des facteurs sociaux ou des attentes perçues, notamment en ce qui concerne la qualité des soins. Une stratégie, pour atténuer ce biais, a été de garantir l'anonymat des réponses et de souligner l'importance de l'honnêteté dans la participation.

RESULTATS

1. Caractéristiques Sociodémographiques de L'échantillon

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Variable	Catégorie	n	Pourcentage (%)
Sexe	Masculin	1218	52,3
	Féminin	1113	47,7
Total		2331	100
Âge	≤ 30 ans	682	29,3
	31-40 ans	893	38,3
	41-50 ans	548	23,5
	> 50 ans	208	8,9
Total		2331	100
Profession	Médecin	267	11,5
	Infirmier	1332	57,1
	Sage-femme	318	13,6
	Administratif	224	9,6
	Autre	190	8,2
Total		2331	100
Ancienneté	≤ 5 ans	728	31,2
	6-10 ans	582	25,0
	11-20 ans	648	27,8
	> 20 ans	373	16,0
Total		2331	100
Type structure	Hôpital général	974	41,8
	Centre de santé	1357	58,2
Total		2331	100
Milieu	Urbain	1326	56,9
	Rural	1005	43,1
Total		2331	100

Note : N=2331. Les pourcentages sont calculés sur l'ensemble des répondants

Interprétation : L'échantillon de 2331 répondants présente une répartition équilibrée entre les sexes (52,3% hommes, 47,7% femmes). La majorité des répondants (38,3%) se situe dans la tranche d'âge 31-40 ans, reflétant une population active en santé. Les infirmiers constituent la catégorie professionnelle dominante (57,1%). La répartition entre milieux urbain et rural (56,9% vs 43,1%) assure une représentativité des deux contextes. L'ancienneté est répartie de manière relativement homogène, avec une légère prédominance des moins de 5 ans d'expérience (31,2%).

2. Statistiques Descriptives

Tableau 2 : Statistiques descriptives des principales dimensions étudiées

Dimension	M	ET	Asymétrie	Aplatissement
Perception des paiements informels	4,18	0,89	-0,87	0,42
Motivation intrinsèque	3,21	1,14	-0,32	-0,18
Motivation extrinsèque	2,58	1,10	0,15	-0,45
Performance perçue	3,45	0,99	-0,28	-0,22
Qualité des soins	3,58	0,95	-0,41	-0,15

Note : M= moyenne ; ET= écart-type. Les dimensions ont été mesurées sur une échelle de Likert à 5 points.

Interprétation : La perception des paiements informels est élevée (M=4,18/5), indiquant une reconnaissance généralisée du phénomène. La motivation intrinsèque (M=3,21) est modérée, tandis que la motivation extrinsèque est plus faible (M=2,58). La performance perçue (M=3,45) et la qualité des soins (M=3,58) sont moyennes. Les coefficients d'asymétrie et d'aplatissement indiquent une distribution normale des variables.

3. Prévalence Et Perception des Paiements Informels

Tableau 3 : Fréquence des perceptions relatives aux paiements informels

Items	n	Pas du tout d'accord (%)	Pas d'accord (%)	Neutre (%)	D'accord (%)	Tout à fait d'accord (%)	M
Évocation des coûts non tarifés	2331	4,8	3,9	13,0	32,1	46,2	4,11
Paiements informels : pratique connue	2331	4,9	2,8	7,8	30,2	54,3	4,25
Paiements dans plusieurs services	2331	7,5	5,1	12,0	26,8	48,6	4,04
Soins sans paiement non officiel	2331	36,8	29,5	15,0	11,0	7,7	2,21
Remerciements en espèces	2331	4,4	6,5	10,4	33,3	45,4	4,09
Paiements rares	2331	39,5	28,0	13,4	11,1	8,0	2,18
Paiements pour accélérer la prise en charge	2331	13,7	11,0	15,8	25,5	34,0	3,55
Paiements lors des urgences	2331	8,4	9,2	14,7	30,7	37,0	3,79
Paiements lors des accouchements	2331	10,5	12,5	19,8	28,0	29,2	3,53
Paiements aux examens de laboratoire	2331	9,1	11,2	18,4	28,6	32,7	3,65

Note : Les pourcentages correspondent aux 5 modalités de réponse de l'échelle de Likert. M= moyenne

Interprétation : Les résultats montrent une prévalence élevée des paiements informels. Plus de 84,5% des répondants reconnaissent que ces pratiques sont connues du personnel. Près de 78,7% rapportent que des remerciements en espèces sont sollicités. En revanche, seulement 19,1% estiment que ces paiements sont rares. Ces données confirment l'ancrage durable des paiements informels dans les pratiques des formations sanitaires.

4. Analyse de Fiabilité (Alpha de Cronbach)

Tableau 4 : Fiabilité interne des échelles de mesure

Échelle	Nombre d'items	α de Cronbach	α standardisé	N
Perception des paiements informels	10	0,884	0,887	2331
Motivation du personnel	8	0,852	0,856	2331
Performance des services	7	0,804	0,809	2331
Qualité des soins	6	0,778	0,783	2331
Échelle totale	31	0,924	0,927	2331

Note : α

Interprétation : L'Alpha de Cronbach pour l'échelle totale ($\alpha=0,924$) indique une excellente fiabilité interne (Nunnally, 1978). Toutes les sous-échelles présentent des coefficients supérieurs au seuil acceptable de 0,70, confirmant la cohérence interne des construits mesurés. Ces résultats valident la robustesse de l'instrument de mesure sur l'échantillon.

5. Analyse Factorielle Exploratoire (ACP)

Tableau 5 : Variance totale expliquée par l'analyse en composantes principales

Composante	Total	% variance	% cumulé	Extraction : total	% variance	% cumulé
Paiements informels	7,124	22,98	22,98	7,124	22,98	22,98
Motivation intrinsèque	4,712	15,20	38,18	4,712	15,20	38,18
Rémunération et conditions de travail	4,053	13,07	51,25	4,053	13,07	51,25
Reconnaissance et développement	3,268	10,54	61,79	3,268	10,54	61,79
Performance et qualité	2,972	9,59	71,38	2,972	9,59	71,38

Note : Cinq composantes ont été retenues selon le critère de Kaiser (valeur propre > 1). KMO= 0,845 ; test de sphéricité de Barlett, $\chi^2 = 3\,587,42$, $p < 0,001$. La variance cumulée expliquée est de 71,38 %.

Interprétation : L'analyse en composantes principales a extrait 5 facteurs avec des valeurs propres supérieures à 1, expliquant cumulativement 71,38% de la variance totale. Le KMO (0,845) et le test de sphéricité de Bartlett ($\chi^2=3587,42$, $p<0,001$) confirment l'adéquation des données à l'analyse factorielle. La structure factorielle est stable et cohérente avec le cadre théorique. Les facteurs 3 et 4, bien que non inclus dans les hypothèses principales, ont été conservés car ils contribuent à la compréhension du contexte motivationnel.

6. Analyse des Corrélations

Tableau 6 : Matrice des corrélations de Pearson entre les dimensions principales

Variables		Paie- ments informels	Motivation intrinsèque	Motivation extrinsèque	Performance perçue	Qualité des soins	Climat de travail
Paie- ments informels		1					
Motivation intrinsèque		-0,438	1				
Motivation extrinsèque		0,301	-0,212	1			
Performance perçue		-0,401	0,478	0,132	1		
Qualité des soins	des	-0,358	0,412	0,115	0,524	1	
Climat de travail	de	-0,312	0,371	0,094	0,451	0,438	1

Note : Les coefficients sont des corrélations de Pearson. $p < 0,05$. $p < 0,001$, bilatéral. Les cellules vides correspondent à la partie redondante de la matrice.

Interprétation : Les paiements informels présentent une corrélation négative modérée et statistiquement significative avec la motivation intrinsèque ($r = -0,438$, $p < 0,001$), confirmant l'hypothèse d'effet d'éviction (crowding-out) de la motivation intrinsèque.

La corrélation positive avec la motivation extrinsèque ($r = 0,301$, $p < 0,001$) suggère que les paiements informels peuvent renforcer les incitations externes. La performance perçue est corrélée négativement avec les paiements informels ($r = -0,401$, $p < 0,001$) et positivement avec la motivation intrinsèque ($r = 0,478$, $p < 0,001$), suggérant un effet médiateur potentiel.

7. Analyse de Régression Linéaire Multiple

7.1. Régression des paiements informels sur la motivation

Tableau 7 : Régression linéaire de la motivation intrinsèque sur les paiements informels

Variable	B	SE	β	t	p-value
Constante	4,924	0,168		29,31	<0,001
Paie- ments informels	-0,412	0,038	-0,438	-10,84	<0,001

Note : $R^2 = 0,192$; R^2 ajusté = 0,188; $F(1,2329) = 117,51$; $p < 0,001$. SE=erreur standard. Les postulats de la régression linéaire multiple ont été vérifiés : la normalité des résidus a été confirmée par le test de Kolmogorov-Smirnov ($p > 0,05$), l'homoscédasticité par le test de Breusch-Pagan ($p > 0,05$) et l'absence de multicollinéarité par des facteurs d'inflation de variance (VIF) tous inférieurs à 5.

Interprétation : Le modèle de régression simple est significatif ($F = 117,51$, $p < 0,001$) et explique 19,2% de la variance de la motivation intrinsèque ($R^2 = 0,192$). Le coefficient de régression standardisé ($\beta = -0,438$) indique qu'une augmentation d'un écart-type des paiements informels est associée à une diminution de 0,438 écart-type de la motivation intrinsèque.

7.2. Régression multiple de la performance

Tableau 8 : Régression linéaire multiple de la performance perçue

Variables	B	SE	B	t	p-value	VIF
Constante	1,842	0,242		7,61	<0,001	
Paiements informels	-0,224	0,039	-0,301	-5,74	<0,001	1,218
Motivation intrinsèque	0,358	0,042	0,412	8,52	<0,001	1,192
Motivation extrinsèque	0,092	0,049	0,102	1,88	0,060	1,108
Ancienneté	0,048	0,031	0,076	1,55	0,121	1,092
Milieu d'exercice	0,118	0,085	0,071	1,39	0,165	1,098

Note : $R^2 = 0,341$; R^2 ajusté = 0,318; $F(5,2325) = 24,06$; $p < 0,001$. SE = erreur standard ; VIF = facteur d'inflation de la variance.

Interprétation : Le modèle explique 34,1% de la variance de la performance perçue ($R^2 = 0,341$). Les paiements informels ($\beta = -0,301$, $p < 0,001$) et la motivation intrinsèque ($\beta = 0,412$, $p < 0,001$) sont les prédictors les plus significatifs. La motivation extrinsèque, l'ancienneté et le milieu d'exercice n'atteignent pas le seuil de significativité. Le $VIF < 5$ indique l'absence de multicolinéarité.

8. Tests de Comparaison

8.1. Test t de Student selon le sexe

Tableau 9 : Comparaison des perceptions selon le sexe

Variable	Masculin (n=1218)	Féminin (n=1113)	t	p-value
Perception des paiements	4,16 (0,91)	4,20 (0,87)	-0,96	0,337
Motivation intrinsèque	3,22 (1,11)	3,19 (1,17)	0,63	0,529
Motivation extrinsèque	2,54 (1,13)	2,62 (1,07)	- 1,74	0,082
Performance perçue	3,47 (0,96)	3,43 (1,02)	0,95	0,342

Note : Les valeurs entre parenthèses sont les écarts-types. Test t de Student bilatéral.

Interprétation : Aucune différence significative n'est observée entre les hommes et les femmes pour l'ensemble des dimensions ($p > 0,05$), indiquant une perception homogène entre les sexes.

8.2. Analyse de variance (ANOVA) selon le type de structure

Tableau 10 : Comparaison des dimensions selon le type de structure

Variable	Hôpital général (n=974)	Centre santé (n=1357)	F	p-value
Perception des paiements	4,31 (0,80)	4,09 (0,94)	35,82	<0,001
Motivation intrinsèque	3,08 (1,20)	3,31 (1,08)	22,45	<0,001
Motivation extrinsèque	2,45 (1,15)	2,68 (1,05)	24,18	<0,001
Performance perçue	3,28 (1,03)	3,58 (0,94)	51,72	<0,001

Note. Les valeurs entre parenthèses sont les écarts-types. Analyse de variance (ANOVA).

Interprétation : Des différences statistiquement significatives sont observées entre les hôpitaux généraux et les centres de santé pour l'ensemble des dimensions ($p < 0,001$). Les centres de santé présentent une perception plus élevée des paiements informels (4,09 vs 4,31 à l'hôpital général), une motivation intrinsèque plus élevée (3,31 vs 3,08) et une performance perçue supérieure (3,58 vs 3,28).

8.3. Comparaison selon le milieu d'exercice

Tableau 11 : Comparaison des dimensions selon le milieu d'exercice

Variable	Urbain (n=1326)	Rural (n=1005)	t	p-value
Perception des paiements	4,15 (0,93)	4,22 (0,84)	-1,87	0,061
Motivation intrinsèque	3,15 (1,17)	3,28 (1,10)	-2,74	0,006
Motivation extrinsèque	2,61 (1,12)	2,54 (1,07)	1,48	0,139
Performance perçue	3,41 (1,02)	3,50 (0,95)	-2,15	0,032

Note. Les valeurs entre parenthèses sont les écarts-types. Test t de Student bilatéral.

Interprétation : Les différences entre milieu urbain et rural sont significatives pour la motivation intrinsèque ($p=0,006$) et la performance perçue ($p=0,032$), avec des scores plus élevés en milieu rural. La perception des paiements informels est légèrement plus élevée en milieu rural (4,22 vs 4,15), bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative ($p=0,061$).

8.4. ANOVA selon l'ancienneté

Tableau 12 : Comparaison des dimensions selon l'ancienneté

Variable	≤5 ans (n=728)	6-10 ans (n=582)	11-20 ans (n=648)	>20 ans (n=373)	F	p-value
Perception paiements	4,12 (0,96)	4,18 (0,90)	4,24 (0,84)	4,19 (0,87)	2,14	0,093
Motivation intrinsèque	3,26 (1,10)	3,18 (1,15)	3,14 (1,18)	3,28 (1,08)	2,31	0,075
4,1 Performance perçue	3,51 (0,97)	3,38 (1,03)	3,42 (0,99)	3,48 (0,95)	2,05	0,105

Note. Les valeurs entre parenthèses sont les écarts-types. Analyse de variance (ANOVA). Le manuscrit indique que les hypothèses de normalité et d'homogénéité des variances ont été examinées et que des corrections de Bonferroni ont été appliquées aux comparaisons multiples.

Interprétation : L'ancienneté n'influence pas significativement les perceptions ($p > 0,05$), indiquant que la perception des paiements informels est partagée par l'ensemble des catégories de personnel.

9. Effets Médiateurs

Tableau 13 : Effets directs, indirects et totaux du modèle de médiation

Relation	Effet direct	Effet indirect	Effet total	Intervalle de confiance (95%)
Paiements informels → Motivation	-0,224	-0,148	-0,372	[-0,218; -0,078]
Paiements informels → Performance	-0,412		-0,412	[-0,487; -0,337]
Motivation intrinsèque → Performance	0,358		0,358	[0,276; 0,440]

Note : IC = intervalle de confiance. Les estimations sont reproduites telles qu'elles figurent dans le manuscrit. Le texte rapporte également un test de Sobel : $z = -6,84$, $p < 0,001$.

Interprétation : La motivation intrinsèque joue un rôle médiateur partiel dans la relation entre les paiements informels et la performance. L'effet indirect ($\beta = -0,148$) est significatif, confirmant que les paiements informels affectent la performance en partie par leur impact négatif sur la motivation. Ces résultats soutiennent la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 2008) dans un contexte de fragilité institutionnelle.

10. Synthèse des Tests Statistiques

Tableau 14 : Synthèse des tests d'hypothèses

Hyp	Énoncé abrégé	Test et résultat	p-value	Décision
H1	Paielements informels négativement associés à la motivation	Régression : $\beta = -0,438$	<0,001	Acceptée
H2	Motivation positivement associée à la performance	Corrélation : $r = 0,478$	<0,001	Acceptée
H3	Paielements informels négativement associés à la performance	Régression : $\beta = -0,301$	<0,001	Acceptée
H4	Motivation médiatise la relation paiements informels/performance	Sobel : $z = -6,84$	<0,001	Acceptée
H5	Perceptions différentes selon le sexe	t-test : $t = -0,96$	0,337	Rejetée
H6	Perceptions différentes selon le type de structure	ANOVA : $F = 35,82$	<0,001	Acceptée
H7	Perceptions différentes selon le milieu	t-test : $t = -1,87$	0,061	Partiellement retenue : motivation intrinsèque et la performance, rejetée pour la perception des paiements informels

Note. La décision relative à H7 est conservée conformément au manuscrit, qui distingue les résultats selon les dimensions étudiées.

DISCUSSION

Les résultats de cette étude, basés sur un échantillon de 2331 prestataires, confirment et renforcent les mécanismes théoriques avancés dans la littérature. La corrélation négative entre les paiements informels et la motivation intrinsèque ($r = -0,438$, $p < 0,001$) corrobore la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (2008), selon laquelle les récompenses externes peuvent éroder la motivation intrinsèque, un phénomène de "crowding-out" documenté par Frey et Jegen (2000). Dans le contexte des formations sanitaires en RDC, les paiements informels agissent comme des incitations externes qui réduisent la motivation autonome des prestataires. La relation observée s'inscrit également dans le cadre de la théorie Principal-Agent. Les paiements informels créent une asymétrie d'information où les agents (prestataires) peuvent s'approprier des ressources au détriment du principal (État/patients). Cette situation conduit à un alignement suboptimal des objectifs, comme l'ont souligné Gaal et al. (2006) dans leur analyse des systèmes de santé en transition. La médiation de la motivation dans la relation paiements informels-performance confirme les travaux de Kabia et al. (2024) en Afrique subsaharienne et de Stringhini et al. (2009) en Tanzanie, qui ont identifié la motivation comme un mécanisme clé dans l'impact des paiements informels sur la performance.

Nos résultats sont cohérents avec les travaux de Habibov et Auchynnikava (2022) qui ont montré que les paiements informels dans les pays post-communistes sont associés à une détérioration de la santé perçue. En Afrique subsaharienne, Masiye et al. (2020) en Zambie et Binyaruka et al. (2021) en Tanzanie ont documenté des mécanismes similaires où les bas salaires et la corruption perçue alimentent les paiements informels. L'effet médiateur observé rejoint les analyses de Schaaf et Topp (2019) sur les paiements informels dans les soins maternels, où la motivation des prestataires apparaît comme un déterminant crucial de la qualité et de l'équité des soins. Nos résultats sont comparables à ceux de l'étude de Lohmann et al. (2016) qui, appliquant la théorie de l'autodétermination au financement basé sur la performance dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ont montré que les incitations financières peuvent avoir des effets à la fois positifs et négatifs sur la motivation intrinsèque, selon leur conception et leur mise en œuvre. De même, une étude menée par Tumlinson et al., (2020) a identifié, à l'aide de modèles de régression logistique, que les jeunes travailleurs et ceux occupant des postes hiérarchiques élevés sont plus susceptibles de recevoir des paiements informels, soulignant l'importance des facteurs individuels dans ce phénomène. L'originalité de notre étude réside dans la quantification de l'effet médiateur de la motivation entre les paiements informels et la performance, une approche encre rare dans la littérature africaine.

Plusieurs biais peuvent avoir affecté nos résultats. Le biais de désirabilité sociale est particulièrement préoccupant dans le contexte des paiements informels, les répondants pouvant sous-déclarer leur participation à ces pratiques ou surestimer leur motivation intrinsèque. Pour atténuer ce biais, l'anonymat des réponses a été garanti et l'importance de l'honnêteté a été soulignée. Néanmoins, une sous-estimation des paiements informels est probable, ce qui pourrait avoir réduit la force des associations observées. Quant au biais de sélection lié à la participation volontaire (seuls les prestataires ayant consenti ont été inclus) pourrait avoir introduit une surreprésentation des prestataires les plus engagés ou les plus critiques. Enfin, le caractère transversal de l'étude ne permet pas d'établir une causalité définitive, bien que l'analyse de médiation et la robustesse des corrélations observées plaident en faveur d'une relation causale. Néanmoins, seule une étude longitudinale ou expérimentale permettrait de confirmer formellement la direction de la relation causale. L'analyse de médiation, bien que suggestive, ne saurait se substituer à un devis longitudinal pour établir la causalité. Par ailleurs, l'utilisation de WhatsApp comme canal de diffusion a pu introduire un biais de sélection lié à l'âge et au milieu d'exercice, les prestataires plus âgés ou en milieu rural étant potentiellement sous-représentés. L'analyse de sensibilité comparant les réponses en ligne et papier n'a pas révélé de différences significatives, ce qui atténue cette préoccupation, mais ce biais ne peut être totalement exclu. Enfin, l'étude ayant été menée dans une seule province (Haut-Katanga), la généralisation des résultats à l'ensemble du territoire congolais doit être faite avec prudence, compte tenu des disparités régionales en matière de gouvernance, de financement et de contexte sécuritaire.

Plusieurs facteurs contextuels propres à la RDC peuvent avoir influencé nos résultats et méritent d'être discutés. Premièrement, la fragmentation du système de financement de la santé, avec une multiplicité de bailleurs et de programmes parallèles, crée un environnement où les paiements informels peuvent prospérer en l'absence de mécanismes de coordination et de redevabilité clairs (Fox et al., 2014). Deuxièmement, l'instabilité politique et les conflits armés dans certaines provinces de l'est du pays ont historiquement affaibli les capacités institutionnelles de l'État et favorisé l'émergence d'économies de guerre où les pratiques informelles sont normalisées. Troisièmement, la faiblesse des systèmes d'information sanitaire et de gestion des ressources humaines limite la capacité à suivre et à sanctionner les pratiques de paiements informels. Ces facteurs soulignent la nécessité d'approches systémiques et contextualisées pour lutter contre les paiements informels en RDC. Les résultats de cette étude appellent à une révision des politiques de financement de la santé en RDC. Alors que le gouvernement s'est engagé dans une stratégie de Couverture de Santé Universelle (CSU) depuis 2018, la persistance des paiements informels constitue un obstacle majeur à l'atteinte de cet objectif. Nos résultats suggèrent que les interventions visent à renforcer la motivation intrinsèque des prestataires, par des programmes de reconnaissance, de formation continue et d'autonomie professionnelle, pourraient être plus efficaces que les approches purement punitives ou les incitations financières supplémentaires. Par ailleurs, la digitalisation des transactions, conformément aux recommandations de la Stratégie Nationale de Digitalisation de la Santé (SNSD), apparaît comme une voie prometteuse pour accroître la transparence et la traçabilité des paiements. Ces constats sont opérationnalisés dans les recommandations présentées infra, qui déclinent des actions concrètes par acteur et indicateur de suivi.

Considérations Ethiques

Cette étude a été menée conformément aux principes éthiques de la Déclaration d'Helsinki. La participation à l'étude était volontaire et un consentement éclairé a été obtenu de chaque participant après information complète sur les objectifs de l'étude, la procédure de collecte des données et le caractère anonyme et confidentiel des réponses. Les participants ont été informés de leur droit de se retirer à tout moment sans aucune conséquence sur leur statut professionnel. Pour garantir la confidentialité, les données ont été anonymisées dès la collecte ; aucun identifiant personnel (nom, matricule, adresse) n'a été enregistré. Les analyses ont été réalisées sur des données agrégées, ne permettant pas l'identification individuelle. Compte tenu de la sensibilité du sujet (paiements informels), des mesures particulières ont été prises pour protéger les répondants contre d'éventuelles répercussions : les questionnaires ont été auto-administrés en l'absence de superviseurs hiérarchiques, et les répondants ont été assurés que leurs réponses ne seraient pas partagées avec leur employeur ou les autorités sanitaires. Aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré par les chercheurs. Le financement de l'étude a été assuré par des ressources propres des chercheurs, sans aucune contribution de bailleurs externes, organisations

commerciales ou institutions susceptibles d'avoir un intérêt dans les résultats (World Medical Association, 2013).

CONCLUSION

Cette étude, menée sur un échantillon de 2331 prestataires dans la province du Haut-Katanga, démontre que les paiements informels dans les formations sanitaires publiques en RDC exercent un effet négatif significatif sur la motivation du personnel, par son intermédiaire, sur la performance perçue des services. Ces résultats confirment les prédictions de la théorie de l'autodétermination et de la théorie Principal-Agent dans un contexte de fragilité institutionnelle, tout en apportant des preuves empiriques originales sur le rôle médiateur de la motivation. Sur le plan stratégique, nos résultats plaident pour une approche systémique, déclinée en recommandations opérationnelles ci-après, combinant l'amélioration des conditions salariales, le renforcement de la gouvernance financière, la digitalisation des transactions et le soutien à l'autonomie professionnelle des prestataires. Ces conclusions sont toutefois à nuancer au regard des limites de l'étude, notamment son caractère transversal et auto-déclaré, qui appellent à des recherches longitudinales et à la triangulation des données pour confirmer la causalité des relations observées. Des recherches longitudinales sont nécessaires pour confirmer la direction de la relation causale observée. Des études qualitatives pourraient également éclairer les mécanismes sous-jacents à l'érosion de la motivation intrinsèque, en explorant les perceptions et les stratégies d'adaptation des prestataires. Enfin, des recherches comparatives entre provinces congolaises permettraient d'identifier les facteurs contextuels qui modulent la relation entre paiements informels et performance.

RECOMMANDATIONS

Au regard des résultats de l'étude, il est recommandé de renforcer la gouvernance financière des formations sanitaires par l'affichage systématique des tarifs officiels, la mise en place d'un mécanisme de signalement et la réalisation d'audits financiers indépendants et réguliers. Il convient également d'améliorer progressivement les conditions salariales des professionnels de santé afin de réduire les incitations économiques susceptibles de favoriser les paiements informels. Le renforcement de la motivation intrinsèque devrait reposer sur des programmes de reconnaissance du personnel, la formation continue en éthique et déontologie, ainsi que la participation des prestataires aux décisions organisationnelles. Des campagnes régulières d'information devraient sensibiliser les patients, les comités de gestion et les représentants des usagers aux coûts officiels des services et aux mécanismes de plainte et de signalement. La digitalisation des transactions sanitaires constitue également une mesure prioritaire pour améliorer la transparence et la traçabilité des paiements. Enfin, les interventions devraient être adaptées au type de structure et au milieu d'exercice, avec une attention particulière aux centres de santé ruraux, tout en assurant un suivi à partir d'indicateurs relatifs à la gouvernance, aux conditions salariales, à la motivation et à la prévalence des paiements informels.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Arnaud, S., & Chandon, J.-L. (2013). Will monitoring systems kill intrinsic motivation ? An empirical study : *Revue de gestion des ressources humaines*, N° 90(4), 35-53. <https://doi.org/10.3917/grhu.090.0035>
- Benjamin Bob Odon Déclerck Arlette Celestin Joseph Gérard, A. M. J. S. N. M. M. M. H. L. L. N. W. M. L. E. E. E. M. (2024a). *Accessibilité financière des ménages aux services et soins de santé primaires à l'ère de la couverture sante universelle en Rd Congo à travers les mécanismes de financement public dans la province du sud-ubangi, rd congo*. <https://doi.org/10.5281/Zenodo.15567160>
- Binyaruka, P., Balabanova, D., McKee, M., Hutchinson, E., Andreoni, A., Ramesh, M., Angell, B., Kapologwe, N. A., & Mamdani, M. (2021). Supply-side factors influencing informal payment for healthcare services in Tanzania. *Health Policy and Planning*, 36(7), 1036-1044. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab034>
- Buch Mejsner, S., & Eklund Karlsson, L. (2017). Informal Patient Payments and Bought and Brought Goods in the Western Balkans – A Scoping Review. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(11), 621-637. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.73>
- Buchanan, A. (1988). Principal/agent theory and decisionmaking in health care. *Bioethics*, 2(4), 317-333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.1988.tb00057.x>
- Buligescu, B., & Espinoza Peña, H. (2020). Informal payments in Romanian health care system. A sample selection correction. *Sociologie Romaneasca*, 18(2), 40-73. <https://doi.org/10.33788/sr.18.2.2>
- Dallera, G., Palladino, R., & Filippidis, F. T. (2022). Corruption In Health Care Systems : Trends In Informal Payments Across Twenty-Eight EU Countries, 2013–19: Study examines corruption in health care systems across European Union countries. *Health Affairs*, 41(9), 1342-1352. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.01931>
- Deci, E. L. (2017a). Intrinsic Motivation and Self-Determination☆. In *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology* (p. B9780128093245056133). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05613-3>
- Deci, E. L. (2017b). Intrinsic Motivation and Self-Determination☆. In *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology* (p. B9780128093245056133). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05613-3>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory : A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 49(3), 182-185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>
- Dombestein, H., Norheim, A., & Lunde Husebø, A. M. (2020). Understanding informal caregivers' motivation from the perspective of self-determination theory : An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(2), 267-279. <https://doi.org/10.1111/scs.12735>
- Dumoulin, J., & Kaddar, M. (1993). Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique subsaharienne : Rationalité économique et autres questions subséquentes. *Sciences sociales et santé*, 11(2), 81-119. <https://doi.org/10.3406/sosan.1993.1266>

- Kabia, E., Catherine Goodman, Dina Balabanova, Kui Muraya, Sassy Molyneux, & Edwine Barasa. (2021). *The hidden financial burden of healthcare: A systematic literature review of informal payments in Sub-Saharan Africa*. <https://doi.org/10.60692/N96YG-0VZ97>
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). SAGE Publications.
- Fotaki, M. (2009). Informal Payments: A Side Effect of Transition or a Mechanism for Sustaining the Illusion of 'Free' Health Care? The Experience of Four Regions in the Russian Federation. *Journal of Social Policy*, 38(4), 649-670. <https://doi.org/10.1017/S0047279409003274>
- Fox, S., Witter, S., Wylde, E., Mafuta, E., & Lievens, T. (2014). Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: Reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo. *Health Policy and Planning*, 29(1), 96-105. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs138>
- Frey, B. S., & Jegen, R. (2000). *Motivation crowding theory: A survey of empirical evidence* [Application/pdf, Online Date]. <https://doi.org/10.3929/ETHZ-A-004373506>
- Gaal, P., Belli, P. C., McKee, M., & Szócska, M. (2006). Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions, and Dilemmas. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(2), 251-293. <https://doi.org/10.1215/03616878-31-2-251>
- Georgellis, Y., Iossa, E., & Tabvuma, V. (2011). Crowding Out Intrinsic Motivation in the Public Sector. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21(3), 473-493. <https://doi.org/10.1093/jopart/muq073>
- Habibov, N., & Auchynnikava, A. (2022). Quantifying the influence of informal payments on self-rated health: Evidence from 26 post-communist countries. *Health Policy and Planning*, 37(1), 112-122. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab118>
- Horodnic, A. V., Williams, C. C., Ciobanu, C. I., & Druguş, D. (2022). Informal payments by patients, institutional trust and institutional asymmetry. *Frontiers in Psychology*, 13, 1015208. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1015208>
- Incaltarau, C., Horodnic, A. V., Williams, C. C., & Oprea, L. (2021). Institutional Determinants of Informal Payments for Health Services: An Exploratory Analysis across 117 Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12421. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312421>
- Jahangiri, R., & Aryankhesal, A. (2017a). Factors Influencing on Informal Payments in Healthcare Systems: A Systematic Review. *Medical Ethics Journal*, 11(40), 73-92. <https://doi.org/10.21859/mej-114073>
- Jahangiri, R., & Aryankhesal, A. (2017b). Factors Influencing on Informal Payments in Healthcare Systems: A Systematic Review. *Medical Ethics Journal*, 11(40), 73-92. <https://doi.org/10.21859/mej-114073>
- Kahindo Mbeva Jean-Bosco, & Mahamba Nzanu, K. N. (2020). *Fonds d'achat des services de santé: Une expérience de renforcement de l'accessibilité aux soins et un pas vers l'assurance santé au Nord Kivu*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.7075021>

- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 141-151.
- Karnavat, K. (2024). *Review of Self-Determination Theory-Based Interventions and Their Impact on Intrinsic Motivation*. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.15187301>
- Koufopoulou, P., Vozikis, A., Souliotis, K., & Koutoupis, A. (2023). Informal Health Payments in the SARS-CoV-2 Era: Options from Greece. In K. T. Çalıyurt (Éd.), *Integrity, Transparency and Corruption in Healthcare & Research on Health, Volume II* (p. 179-189). Springer Nature Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-99-5502-2_10
- Kuvaas, B., Buch, R., & Dysvik, A. (2020). Individual variable pay for performance, controlling effects, and intrinsic motivation. *Motivation and Emotion*, 44(4), 525-533. <https://doi.org/10.1007/s11031-020-09828-4>
- Laleva, K., & Atanasova, E. (2019). Informal payments—Definitions and concepts. *Health Economics and Management*, 18(4). <https://doi.org/10.14748/hem.v70i4.5945>
- Liu, N., Chen, Z., & Bao, G. (2021). Unpacking the red packets: Institution and informal payments in healthcare in China. *The European Journal of Health Economics*, 22(8), 1183-1194. <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01330-z>
- Lohmann, J., Houlfort, N., & De Allegri, M. (2016). Crowding out or no crowding out? A Self-Determination Theory approach to health worker motivation in performance-based financing. *Social Science & Medicine*, 169, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.09.006>
- Maini, R. (2020). *Health workers in the Democratic Republic of Congo: An exploration of their motivation, incentives, and the effects of an intervention to improve their remuneration by government*. <https://doi.org/10.17037/PUBS.04657205>
- Mannion, R., & Huw, D. (2018). A principal-agent perspective on clinical governance. In D. Kernick, *Getting Health Economics into Practice* (1^{re} éd., p. 67-78). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781315385525-9>
- Martela, F. (2020). Self-Determination Theory. In B. J. Carducci, C. S. Nave, & C. S. Nave (Éds.), *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (1^{re} éd., p. 369-373). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118970843.ch61>
- Masiye, F., Kaonga, O., & Banda, C. M. (2020). Informal payments for primary health services in Zambia: Evidence from a health facility patient exit survey. *Health Policy OPEN*, 1, 100020. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100020>
- Meskarpour Amiri, M., Bahadori, M., Motaghd, Z., & Ravangard, R. (2019). Factors affecting informal patient payments: A systematic literature review. *International Journal of Health Governance*, 24(2), 117-132. <https://doi.org/10.1108/IJHG-01-2019-0006>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Nzira, J. E., Parlasca, M. C., & Qaim, M. (2025). An inquiry into labor conditions across key rural sectors in Africa. *PLOS One*, 20(12), e0338694. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0338694>
- Olken, B. A., & Singhal, M. (2011). Informal Taxation. *American Economic Journal: Applied Economics*, 3(4), 1-28. <https://doi.org/10.1257/app.3.4.1>

- Petroia, A., & Zubcova, E. (2016a). Global Fight Against Informal Payments for Health Services. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2859372>
- Petroia, A., & Zubcova, E. (2016b). Global Fight Against Informal Payments for Health Services. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2859372>
- Rogan, L., & Boaden, R. (2017). Understanding performance management in primary care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(1), 4-15. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-10-2015-0128>
- Schaaf, M., & Topp, S. M. (2019). A critical interpretive synthesis of informal payments in maternal health care. *Health Policy and Planning*, 34(3), 216-229. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz003>
- Smith, P. C. (2002). Measuring health system performance. *The European Journal of Health Economics*, 3(3), 145-148. <https://doi.org/10.1007/s10198-002-0138-1>
- Stringhini, S., Thomas, S., Bidwell, P., Mtui, T., & Mwisongo, A. (2009). Understanding informal payments in health care: Motivation of health workers in Tanzania. *Human Resources for Health*, 7(1), 53. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-53>
- Tumlinson, K., Gichane, M. W., & Curtis, S. L. (2020a). “If the Big Fish are Doing It Then Why Not Me Down Here?”: Informal Fee Payments and Reproductive Health Care Provider Motivation in Kenya. *Studies in Family Planning*, 51(1), 33-50. <https://doi.org/10.1111/sifp.12107>
- Tumlinson, K., Gichane, M. W., & Curtis, S. L. (2020b). “If the Big Fish are Doing It Then Why Not Me Down Here?”: Informal Fee Payments and Reproductive Health Care Provider Motivation in Kenya. *Studies in Family Planning*, 51(1), 33-50. <https://doi.org/10.1111/sifp.12107>
- Valdgiesias, J. (2025). Corruption as a Key Driver of Informality : Cross-Country Evidence on Bribery and Institutional Weakness. *Economies*, 13(10), 281. <https://doi.org/10.3390/economies13100281>
- Van Den Boogaard, V., Prichard, W., & Jibao, S. (2019). Informal taxation in Sierra Leone : Magnitudes, perceptions and implications. *African Affairs*, 118(471), 259-284. <https://doi.org/10.1093/afraf/ady049>
- Wilkesmann, M. (2016). Von Fürsten zu Knechten ? In I. Bode & W. Vogd (Éds.), *Mutationen des Krankenhauses* (p. 207-228). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11853-2_11



2026 by the Authors. This Article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)