

Analyse des coûts économiques des soins curatifs : dans la zone de santé de Katana, Est de la République Démocratique du Congo.

Analysis of the economic costs of curative care : in the Katana health zone, eastern Democratic Republic of Congo.

Kubali.M.V¹., Kitumaini.S.P²., Barhuze.B.S³., Kisubi.L⁴., Bajope.B⁵., Munyanga.M.S⁶.,
Coppieters .Y⁷

- Institut Supérieur des Techniques Médicale de Shabunda, (ISTM) RDC
- Université de Développement Durable en Afrique Centrale à Bukavu, (UDDAC) RDC
 - Université de la Nouvelle Pâque Bukavu (UNP) RDC
 - Institut Supérieur des Techniques Médicale de Bukavu(ISTM) RDC
 - Centre de Recherche en Sciences Naturelles de Lwiro, (CRSN-Lwiro) RDC
 - Université de Kinshasa(UNIKIN), Ecole de Santé Publique, Kinshasa, RDC
- Université libre de Bruxelles (ULB), Ecole de santé publique, Bruxelles, Belgique.

Correspondant : kubalimwisa@gmail.com

Résumé

« La santé n'a pas de prix mais à des coûts » Pour mieux répondre aux besoins réels de la population et permettre aux décideurs du secteur, d'avoir des données fiables sur les coûts économiques à l'utilisation des soins curatifs. **L'objectif** : est de contribuer à la réduction de la morbi-mortalité de la population par augmentation de l'accès aux soins curatifs pour satisfaire aux besoins de la population. **Matériel et méthodes** : l'étude est transversale analytique, allant du Janvier au Décembre 2019 avec l'aide de questionnaire d'enquête. L'échantillonnage aléatoire simple à plusieurs degrés. La taille de l'échantillon est de 374 ménages. Le traitement de données est fait à l'aide de logiciels Microsoft Excel et Epi-Info 3.5.2. Les analyses statistiques sont produites par les moyennes, les fréquences, les tableaux croisés, les écarts-types, la régression logistique, le test Khi- carré corrigé de Yates et Fisher exact. Ces tests nous ont aidés à traiter les variables significatives. **Résultats** : il ressort que les revenus mensuels des ménages sont extrêmement bas. Ce revenu est estimé en moyenne à 54.35 dollars par mois, soit un revenu moyen par habitant par jour de 0.3 dollars. Mais aussi que les coûts économiques influents significativement sur l'utilisation des services curatifs ($\chi^2=10.1$, p - value= 0.001, le coût direct moyen d'un épisode maladie représente 48.3 % du revenu mensuel du ménage, le coût indirect représente 10 %. La capacité de s'acquitter de la facture à ces coûts, détermine la qualité des soins par l'adéquation et la continuité des soins. **Conclusion** : les coûts de soins de santé, constituent une contrainte

dans l'utilisation de services. Que les décideurs politiques allouent un budget responsable afin de couvrir le plateau médical de la population aux soins/services de santé.

Mots-Clés : Coûts économiques- Utilisation- Soins curatifs- zone de santé katana - RDC.

ABSTRACT

Health has no price but costs "To better meet the real needs of the population and enable decision-makers in the sector to have reliable data on the economic costs of using curative care. The objective: is to help reduce the morbidity and mortality of the population by increasing access to curative care to meet the needs of the population. Material and methods: the study is analytical cross-section, going from January to December 2019 with the help of survey questionnaire. Simple multistage random sampling. The sample size is 374 households. Data processing is done using Microsoft Excel and Epi-Info 3.5.2 software. Statistical analyzes are produced by means, frequencies, cross-tabulations, standard deviations, logistic regression, Yates and Fisher's corrected K-squared test exact. These tests helped us to deal with the significant variables. Results: it appears that monthly household income is extremely low. This income is estimated on average at 54.35 dollars per month, or an average per capita income per day of 0.3 dollars. But also that the economic costs significantly influence the use of curative services ($\chi^2 = 10.1$, p - value = 0.001, the average direct cost of an illness episode represents 48.3% of the monthly household income, the indirect cost represents 10 % .The ability to pay the bill for these costs, determines the quality of care through the adequacy and continuity of care. The ability to pay the bill for these costs, determines the quality of care through the adequacy and continuity of care. Conclusion: the costs of health care, constitute a constraint in the use of services. Policy makers allocate a responsible budget to cover the population's medical platform for health care / services.

Keywords: Economic costs - Use - Curative care - Katana health zone - DRC.

1. Introduction

Deux tiers des personnes ont besoins de soins curatifs ne recourent pas au système de santé formel pour obtenir des soins adéquats soit par ce que les services de santé ne sont pas disponibles, et si disponibles faible qualité, soit manque de moyen financier pour y accéder. Les inégalités aux soins de santé sont alarmantes selon l'OMS, 100 millions de personnes par an sombrent dans la pauvreté à cause de leurs coûts médicaux et pour 150 Millions d'autres, les dépenses médicales représentent près de la moitié de leurs revenus (1).

Selon l'OMS, le taux d'utilisation des structures de santé dans la plupart des régions Africaines et Asiatiques est relativement faible, pourtant la morbidité est toujours élevée, ceci constituant un problème de santé publique. Des études faites sur les systèmes de soins de santé est très faible ; 0,24 au Mali, 0,34 au Burkina-Faso, 0,30 au Bénin même si les infrastructures sont présentes(2).

En Afrique subsaharienne, on enregistre la population jeune, mais improductive, le surpeuplement des ménages rend difficile la prise en charge des responsables vu son revenu insignifiant créant une grande barrière pour l'utilisation des soins de santé. Une population qui vit avec moins d'un dollars par jour à difficile à survenir aux besoins de soins de santé et la faible implication des gouvernements. Ainsi, plus de la moitié de la population n'utilise pas les services de santé suite aux difficultés financières. Au sein des pays en développement, l'accès limité aux services de santé, les manques d'infrastructures sanitaires, la faible démographie médicale et les problèmes des médicaments continuent à expliquer les problèmes majeurs de santé publique(3).

Les taux d'accès aux soins de santé oscillent entre 40 et 50 % d'après une enquête démographique et santé de l'OMS. Plus de 30 Millions de congolais n'accèdent pas aux soins de santé de qualité, à côté de ces chiffres, il faut ajouter le délabrement des infrastructures sanitaires, construite à l'époque coloniale (4).

Le financement de la santé est un problème complexe qui se pose d'une manière aigue dans des pays Africains où les ressources sont rares. Il existe toujours un gap important entre les ressources disponibles et les besoins en financement de la santé. Ils surendettés ne peuvent pas financer correctement les services de santé. L'idée de financement de services de soins par recouvrement des coûts de prestations auprès des malades fit son apparition au début de l'année 80. Elle fut officiellement lancée par l'OMS à Bamako en 1987 sous son initiative. Son postulat de base était que le malade serait prêt à payer une somme raisonnable pour sa santé, à condition qu'il puisse trouver un service et un personnel de qualité, adapté à sa demande. Les dirigeants Africains qui se sont engagés lors de la conférence d'Abuja en 2001, à allouer au moins 15 % de leurs budgets nationaux au secteur de la santé pour la réalisation des OMD aujourd'hui Objectifs de Développement Durable, semblent avoir du mal à respecter cet engagement du fait aux faiblesses et fragmentations des politiques de santé. Pour relever les défis d'accessibilité financière de la population aux soins de santé primaires par la réduction extérieure de financement, ces engagements ont été renouvelés au Gaborone au Botswana en 2005 et au Burkina-Faso en 2006. Le financement des bailleurs extérieurs représente aujourd'hui une grande part des dépenses de santé publique du continent, dans presque la moitié des pays africain. Le financement privé de la santé est égal ou dépasse très largement les dépenses publiques, allant même à 70 % (5).

En RDC, les financements extérieurs continuent à couvrir l'essentiel des dépenses de vaccination et de la lutte contre les principales maladies comme le paludisme, la tuberculose et le VIH/Sida. Malgré la forte implication des bailleurs de fonds, la mise en place des projets dans le secteur de la santé n'affiche pas les niveaux de performance attendus ; l'élasticité du prix de la demande exclut les classes défavorisées pour lesquelles le statut d'indigent et les mesures de prise en charge qui l'accompagnent sont le plus souvent restés au stade de projet (6).

Plusieurs ménages vivent en exclusion aux soins de santé de façon temporaire ou permanente, leurs capacités à payer, de se déplacer ou encore de se libérer pour aller se faire soigner à hier, au gré de saisons et du rythme d'activités. On observe le fardeau de la santé tend à s'accroître avec la pauvreté et que la maladie est une des sources d'appauvrissement des ménages démunis. Aussi, ces derniers sont plus fréquemment exposés à de soins ou des traitements de mauvaise qualité et à des pratiques non éthiques, notamment de surfacturation. Le pouvoir d'achat ne permet pas de satisfaire les multiples besoins, les ménages ne sont pas incités à investir une partie de maigres ressources dans les cotisations pour se prémunir contre une maladie à venir (7). Au Sud- Kivu, on enregistre une faible utilisation des services de santé suite aux contraintes financières et géographique. Plus d'un million de personnes n'ont aucune forme d'accès aux soins(8).

Dans la zone de santé de Katana, comme la plupart des zones de santé de la province du Sud-kivu souffrent d'une baisse de l'utilisation des services curatifs, qui est passé de 87 % en 2014 à 83% en 2015 et à 58,3 % en 2016. Le faible pouvoir d'achat des populations ne permet ni aux structures de soins de s'autofinancer ni aux pauvres d'accéder aux soins de santé (9 et 10). La qualité des soins reste à désirer, la population a donc perdue la confiance dans les services de santé, ce qui explique la faible utilisation de services de santé. L'objectif d'étude est de contribuer à la réduction de morbi-mortalité de la population enfin d'accéder aux soins curatifs.

2. Matériel et Méthodes

- **Type d'étude** : l'étude est transversale analytique du Janvier au Décembre 2019, dans la zone de santé de Katana.
- **Techniques de collecte des données** : un questionnaire d'enquête était adressé aux ménages de la zone de santé. L'aire de santé était la plus petite unité d'organisation administrative du système de santé. Elle nous a permis d'étudier la demande des soins de santé.
- **Critères d'inclusion et d'exclusion** ; -inclusion, tous hommes et femmes âgées de 18 ans et plus, présents dans la période d'étude, tombés dans notre pas de sondage et ayant acceptés de participer à l'étude.- exclusion : ceux qui ne remplissent pas les conditions ci-haut cités.
- **Plan de collecte des données** : nous avons commencé l'enquête dans l'aire de santé 1, village 1, Ménage 1, ...avec un pas de sondage de 4 (après l'intervalle de 4 Maisons, on prenait le ménage suivant, jusqu'à atteindre le nombre de ménages requis par village, une fois au carrefour, on prônait la droite pour continuer l'enquêter pour ne pas biaiser l'étude.
- **Plan de traitements et d'analyse des données** : les données ont été saisies et traitées par logiciels suivants, Epi- info V 3.5.1, Word et Excel. les analyses statistiques sont produites par les moyennes, les fréquences, les tableaux croisés, les écarts-types, la régression logistique, le test Khi-carré corrigés de Yates et Fisher exact sur base des tableaux de contingence. Ces tests nous ont aidés à traiter les variables significatives.

- **Echantillonnage et taille de l'échantillon** : nous avons fait l'échantillonnage aléatoire simple à plusieurs degrés. Nous avons enquêté dans toute la zone de santé, où dans chaque aire de santé, nous avons tiré au hasard deux villages. Une fois dans le village, la direction prendre, était au hasard par la méthode dite « l'Orientation cardinale » qui consiste à déterminer la direction à prendre. La taille de l'échantillon était de 374 Ménages enquêtés.
- **Cadre d'étude** : la zone de santé de Katana couvre en 2019 une population de 222 952 habitants et compte 18 CS, dont 4 confessionnels, 4 postes de santé, 7 dispensaires privés, un HGR, un centre hospitalier et un institut d'enseignement médical. Le système de référence et de contre-référence y fonctionne de manière satisfaisante et y est encadré par l'équipe cadre de la Zone de Santé (9b)

Tableau 1 : L'échantillon selon les aires de santé sélectionné

Le tableau ci-dessous montre la répartition de la taille de l'échantillon par aire de santé

Aires de santé	Population	N	Pourcentage
Birava	23762	41	10.99
Ciranga	13341	23	6.17
Cishugi	8492	15	3.93
Ibinja	14857	25	6.87
Ihimbi	17347	30	8.92
Iko	6428	12	2.94
Irambira	8945	15	4.1
Ishugu	9188	16	4.3
Izimero	9091	16	4.25
Kabamba	13150	23	6.1
Kabushwa	18647	32	8.62
Kadjucu	10150	18	4.69
Katana Nuru	8814	15	4.1
Lugendo	8371	14	3.87
Luhihi	12824	22	5.93
Mabingu	8746	15	4.18
Mugeri	10797	19	4.99
Mushweshwe	13298	23	6.15
Total	216248	374	100

Considération éthique

Nous avons obtenu le consentement et explication aux enquêtés. Les résultats seront confidentiels à la population. Nous avons expliqué, les réponses seront utilisées pour de fin scientifique et académique. Le respect d'anonymat était respecté.

3. Résultats

3.1. Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques sociodémographiques des ménages tel que révélés par nos enquêtés.

Désignation	Fréquence	% Tendance centrale	
1. Fonction dans le ménage			
Chef de ménage	142	47	
Epouse du chef de ménage	120	39.9	
Fils/Fille	35	11.6	
Sœurs/frères chef de ménage	4		
Total	301	1.3	
		100.0	
2. Sexe d'enquêté			
F	156	51.8	
M	145	48.2	
Total	301	100.0	
3. Age d'enquêté			
18-33ans	146	48,5	Médiane=34
34-49ans	114	37,9	DS=13.24
50-65ans	29	9.6	Max.=86
>65ans	12	4.0	Min.=18
Total	301	100	
4. Taille de ménage			
1-5personnes	120	39,9	Moyenne=6.35
6-10 personnes	159	52.8	DS=13.24
> Personnes	22	7.3	Max.=20
Total	301	0.0	Min.=1
5. Niveau d'étude			
Ne sait ni lire ni écrire	86	28,6	
Sait lire et écrire	36	12.0	
Primaire	54	17,9	
Secondaire	99	32,9	
Universitaire/Supérieur	26	8.6	
Total	301	100.0	
6. Occupation de l'enquêté			
Sans occupation	25	8.3	
Salariés	97	32,2	
Elève/ Etudiant	18		
Vendeur /pêcheur	61	20.3	
Agriculteur	100	33.2	
Total	301		
7. Religion			
Catholique	149	49,5	
Protestante	129	42,8	
Musulmane	11	3.7	
TJ/ Réformateurs	12	4,00	
Total	301	100	
8. Distance avec le CS			
0-2km	199	66,1	Moyenne=2 km
3-5km	97	32,2	DS=1.4
> 5 km	5	1.7	Max.=9 km
Total	301	100.0	Min.=0.1 km

La plupart de nos enquêtées sont des chefs de ménages (soit 87.1%), majorité des femmes (51,8%). Leur âge varie entre 18 et 86 ans, constituant un âge médian de 34 ans pour une déviation standard de 13.24. Les ménages sont constitués de six personnes en moyenne et leur taille varie soit 52,8 % dont 22 % sont âgées de 0- 5 ans et plus de 50 ans pour la déviation standard de 13.24. Le niveau d'étude est inférieur soit 40,6%, ayant comme activité principale l'agriculture soit 33,2%. La croyance chrétienne domine soit 96,7 %. 66 % des ménages vit au moins de 2 Km des structures de santé avec une déviation standard de 1,4.

3.2. Tableau 3. Revenus et dépenses moyennes mensuelles des ménages

Le tableau ci-dessous montre les revenus moyens mensuels des ménages et leur répartition en dépenses moyennes mensuelles tels que révélés par nos enquêtés

1. Revenus moyens mensuels

Désignation	Fréquences	Pourcentage
0\$	2	0.7
1-25\$	33	11.0
26-50\$	82	27.2
51-75\$	66	22.0
76-100\$	49	16.3
101-125\$	24	7.9
126-150\$	16	5.3
151\$ et plus	29	9.6
Total	301	100.0

2. Dépenses moyennes mensuelles des ménages

Désignation	Moyenne (\$)	Pourcentage (\$)	Max. (\$)	Min. (\$)
Aliments	49,1	56,08	200	10
Boissons/tabac	5.5	6.37	180	0
Braises/bois/pétrole/piles	1.8	2,08	17	0.3
Frais scolaires	9,11	10,39	109	0
Habits	3.2	3.68	27.5	0
Deuil/mariage/fête/Dimes/Offrande	1.74	2.09	66	0
Amandes/contributions obligatoires	0,43	0.50	25	0
Loyer/eau/électricité	1,6	1,84	30	0
Investissements Soins de sante	4.2	4,81	141	0
	10,7	12,21	104	0
Total	87,68	100		

La source des revenus est de 54.35 \$ (ce qui donne 1.81 \$/ jour/ ménage, d'où 0,3\$/Jour/ Personne dont 40 % vit avec moins de 50 dollars le mois. La dépense journalière est de trois dollars, plus de la moitié est liée à l'alimentation soit 58,08 %.

3.3. Tableau 4. Utilisation des services de santé

Le tableau ci-dessous montre l'état morbide des ménages et leur attitude face à la maladie tel que révélés par nos enquêtés

Désignation	Fréquences	Pourcentage (%)	Tendances centrales
1. Enregistrement des malades			
Non	8	2,6	
Oui	293	97,4	
Total	301	100,0	
2. Nombre des malades dans le ménage			
1-3 malades	108	36,9	Moyenne=4.4
4-6 malades	134	45,7	DS=2.3
7 et Plus	51	17,0/0	Max.=12
Total	293	100,0	Min.=1
3. Perception de la maladie			
Grave	247	84,3	
Moins grave	46	15,7	
Total	293	100,0	
4. Avoir fréquenté une structure de soins			
Non	61	20,8	
Oui	232	79,2	
Total	293	100,0	
5. Causes de non fréquentation de la structure de soins			
Maladie moins grave	7	11,5	
Manque d'argent	20	32,8	
Soins coutent chers	6	9,8	
Détention des dettes dans la Fosa	22	36,0	
CS distant	2	3,3	
Maladie grave	2	3,2	
Discrimination au CS	2	3,2	
Total	61	100,0	

Les membres malades durant l'an 2019 (soit 97.4%), de 4 personnes en moyenne ont souffert dans chaque ménage, le plus morbide a enregistré 12 malades alors que le moins morbide en a enregistré un seul, variant entre 4 et 6 malades dans 45.7 %. De ces 293 ménages morbides, 84,3 % considèrent la maladie de leurs membres comme grave les motivant à recourir aux soins de santé.

3.4. Tableau 5, Recours aux soins

Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques sociodémographiques des ménages tels que révélés par nos enquêtes

1. Prioritaire aux soins	Fréquences	Pourcentages
--------------------------	------------	--------------

Hôpital	55	18,8
CS	137	46,7
Dispensaire privé	27	9.2 17,06
Pharmacie /Automédication	50	5.1
Tradi-praticiens	15	3.1
Chambre de prière	9	100.0
Total	293	

2. Motivation du choix de la structure

Proximité avec la structure	52	16,05
Tarif moins chers	54	16.67
Services spécialisés	16	4.94
Bonne Qualité de soins	102	31.48
Gratuité et abonnement Musa	20	6.17
Gravité	60	18.52
Soins à crédit	20	6,17
Total	324	100

Plus de $\frac{3}{4}$ des ménages qui ont connu des cas de maladies ont recouru aux soins de santé (soit 79.2%), les CS qui sont la structure auxquelles doivent recourir les personnes malades n'ont reçu que 46.7 % bien que ce recours soit minime par rapport aux standards et à la moyenne de la ZS, ainsi plus de 74 % des malades ont recouru à une Fosa intégrée alors que près de 25% ont recouru à d'autres modes de soins parmi lesquels, certains se sont soignés seuls à domicile ou à la pharmacie (%), d'autres ont consulté des tradipraticiens (5.1 %) et le reste ont recouru aux groupes de prières (3,1%) pour des raisons essentiellement financières. Les fréquentations ont été motivées par la bonne qualité des soins, la proximité de la structure avec les ménages soit 31,4 %.

3.5. Tableau 6. Continuité des soins (adéquation)

Désignation	Fréquences	%
1. Avoir reçu des prescriptions médicales		
Non	68	23.2
Oui	225	76.8
Total	293	100.0
2. Obtention de tous les médicaments Prescrits		
Non	49	21.8
Oui	176	78.2
Total	225	100.0
3. Causes de non obtention de tous les médicaments		

Manque d'argent	25	51.0
Rupture des médicaments dans la Fosa	14	28.6
Détention de dettes	7	14.3
Décès	1	2.0
Discriminer par IT	1	2.0
Guéri avant	1	100.0
Total	49	

3. Avoir fini la cure

Non	63	28
Oui	162	72
Total	225	100,0

4. Causes de non adéquation

Manque d'argent	34	54.0
Guéri avant	20	31.7
Pas de médicaments au CS/Hop	6	9.5
Décédé	2	3.2
Discrimination au CS	1	1.6
Total	63	100,0

Dans l'ensemble, nous remarquons que 76.8 % ont reçu la prescription médicale, de ces 225 qui ont reçu, plus de 21 % n'ont pas obtenu tous les médicaments prescrits par manque d'argent et/ ou la détention des dettes dans la Fosa à 65.3 %, suivi de rupture des médicaments dans la Fosa soit (28,6%). Les mêmes raisons sont valables pour n'avoir pas fini la cure, car pour les 63 cas n'ayant pas fini la cure, la grande partie évoque le manque d'argent/dettes dans les Fosa (63.5%), d'autres estiment qu'ils se sont bien senti avant la fin de la cure soit (31.7%).

3.6. Tableau 7. Coûts des soins

Désignation	Fréquentations	(%)	Tendances centrales
1. Paiement de toute la facture			
Non	86	29,4	
Oui	293	70.6	
Total	293	100,0	
2. Causes de non-paiement de la facture			
Manque d'argent	75	88.3	
Ne paye pas	3	3.5	
Indigent	3	3.5	
Chambre de prière	5	5.8	
Total	86	100,0	

3. Coût de la facture à la dernière fréquentation

	11	3.8	Moyenne= 26.3 \$
0	56	19.1	DS=48,9
1-2	95	32,4	Max.=289 \$
3-10	131	44.7	Min.=0 \$
Plus de 11	293	100,0	
Total			

4. Coût indirect

1-2	214	73,0	Moyenne= 5.49 \$
3-10	12	4.1	DS=15.7
Plus de 11	30	10,2	Max.=150 \$
Total	37	12,6	Min.=0 \$
	293	100,0	

5. d'autres frais dans la FOSA

Non Oui	242	82,6
Total	51	17.4
	293	100,0

Nous remarquons que pour les ménages qui ont utilisé les services curatifs, 86 ne sont pas capables de s'acquitter de leurs factures (29,4%), ce qui pourra influencer leur réutilisation des services curatifs à leurs prochains épisodes maladies. La quasi-totalité -de nos enquêté morbides n'a pas payé toute la facture pour les soins par manque d'argent (88.2%). Egalement payent 26.3\$, en moyenne le cout direct 5.39\$ pour les couts indirects. Malgré 73% de nos enquêtés qui ont estimé n'avoir pas payé de transport à la recherche des soins pendant nos enquêtes, nous avons remarqué que certains ménages ont payé des ambulances pour leur transport à l'HGR ou à Bukavu (HPGR), mais aussi 17.4 % des enquêtés déclarent avoir payé d'autres frais en dehors de la facturation, paiement sans lequel le malade ne recevra pas les soins appropriés.

3.7. Tableau 8. Sources des fonds pour les soins et abonnement à la Musa

Le tableau ci-dessous, montre les différentes sources de fond pour le paiement de la facture aux soins et l'abonnement à la mutuelle de santé.

Désignation	Fréquences	Pourcentage (%)
1, Source des fonds / pour les soins		

Vendre sur les économies de la maison	171	41.40
Vendre les récoltes	73	17.68
Vendre une parcelle	13	2.15
Travail de mains d'œuvre	24	5.81
Les soins sont gratuits	10	2,42
Emprunt à quelqu'un	86	20.82
Employeur	10	2.42
Aides volontaires/dons	26	6.30
Total	413	100.00

2. Abonnement à la Musa

Non	230	78,5
Oui	63	21,5
Total	293	100 0

3. Source des fonds pour abonnement Musa

Vendre sur les économies de la maison	27	42.7
Vendre les récoltes	10	15,9
Emprunt	7	11,3
Employeur	1 1	17.4
Aides volontaires/dons	8	12,7
Total	63	100,0

4. Causes de non abonnement à la Musa

Manque d'argent	172	
Sans utilité (Ne tombe pas souvent)	25	10,8
Jamais entendu	8	3,5
Déçu par la mauvaise prise en charge	17	7,4
Interdits par la religion	6	2,6
Non connu	2	0.8
Total	230	100,0

5. Nombre des jours perdu pour un épisode maladie

0 jour	48	16,4
1-7jours	113	38,6
8-14jours	71	24,2
15 jours et plus	61	20,8
Total	293	100,0

17,68 % de nos enquêtés vendent leurs récoltes destinés à l'alimentation pour les soins de santé, et plus de 20 % s'endettent à quelqu'un pour payer les soins et 41.4 % vendent sur les économies de la maison (les bétails, les appareils électroménagers, l'épargne de la maison, 21,5 % de nos enquêtés sont membres de la Musa où plus de 27 % ont soit vendu les récoltes

ou s'emprunter et 42,7% ont vendu sur les économies de la maison. Mais aussi que la population perd en moyenne 10.6 jours pour un épisode maladie.

Analyse des déterminants de l'utilisation des services curatifs

3.8. Tableau 9. Déterminants sociodémographiques

Le tableau ci-dessous, présente les associations entre les variables pouvant influencer les coûts économiques et l'utilisation des services curatifs

Variables indépendantes		L'utilisation Oui	des services Non	Chi-2	OR IC9	p-Value	Décision
Sexe	F	112(74.2 %)	39 (25.8%)	4.13	0.52 [0.39-0.94]	0,041	S
	M	120(84.5 %)	22(15.5 %)				
Taille ménage	<6 Pers	126 (76.8 %)	38(23.2 %)	0.72	[0.39-1.28]	0.33	NS
	>Pers.	106 (82,2 %)	23 (17.8 %)				
Niveau d'instruction	<Primaire	118(70.7 %)	49 (29.3 %)	2.59	0,25 [0.12-0,49]	0.11	NS
	>Primaire	114(90.5 %)	12 (9.5 %)				
Occupation	Sans	32 (80 %)	8 (20 %)	0.68	1.52 [0.68-3.69]	0.40	NS
	Occupé	183(72.3%)	70 (27.7 %)				
Perception de la maladie	Grave	202(81.8 %)	45 (18.2 %)	5.4	2.38 [1.17-4.73]	0.019	S
	Bénigne	30 (65.2 %)	16 (34.8%)				
Nombre des malades	≤ 4Pers.	141(77.9%)	40(22.1 %)	0,28	0.81 [0,44-1.46]	0.59	NS
	>4pers.	91(81.3 %)	21(18.8 %)				
Recours Fosa intégré	Oui	184(85.6%)	31(14.4)	18.63	3.6 [2.03-6.72]	0.00001	S
	Non	48(61.5%)	30(38,5%)				
Continuité des soins	Oui	135(82.8 %)	28(17.2 %)	0,013	1.01 [0.45-2.17]	0.88	NS
	Non	52(82.5 %)	11(17.5 %)				

Le sexe masculin augmente près de 2 fois la chance de consulter les services de soins que les enquêtés étaient du sexe féminin OR=0.52 [0.39-0,94], Chi²=4.13 (p-value=0.041), cela due au niveau d'instruction entraînant aussi la capacité de répondre, le test est statistiquement significatif donc le sexe de l'enquêté influence la réponse à la fréquentation de la structure de soins. Pas des liens statistiquement significatifs d'utilisation des services curatifs et la taille de ménage (Chi²=0.94, p-value=0.33 ; OR=0.72 [0,39-1,28]), le niveau d'instruction (Chi²=2.59 p-value=0.11, OR=0.25 [0.12-0.49]), l'occupation (chi²=0.68, p-value=0.40; OR=1.52 [0.68-3.69]), la continuité de soins (Chi² = 0,013) p-value=0.88 ; OR=1.01 [0.45,17]) et le nombre de malades dans le ménage(chi²=0.28, p-value=0.59.

OR=0.81 [0.44-1.46]), Par contre pour la perception de la maladie, nous avons trouvé que les faites de percevoir la maladie comme étant grave, augmente 2 fois plus la chance d'utiliser des services curatifs que ceux ayant perçu la maladie comme moins grave OR=2.38 [1.17-4.73], donc l'utilisation de la Fosa est fonction de la perception de la maladie par le ménage. Chi²=5.4 p-value = 0,01. Quant au recours aux Fosa intégré, nous

avons trouvé que les ménages utilisent près de 4 fois les Fosa intégrées que d'autres formes de soins ($\chi^2=18,63$, $p\text{-value}=0.00001$ et $OR=3.6$ [2.03-6.72]).

3.9. Tableau 10. Analyse des déterminants liés aux Coûts

Le Tableau ci-dessous nous explique les liens trouvés entre l'utilisation et les coûts économiques.

Variables indépendantes	L'utilisation des services curatifs		Chi-2	OR (IC 95%)	P-Value	décision	
	Oui	Non					
Revenu mensuel	$\geq 54\$$	109(68.6%)	50(31.4%)	3.95	0.57	0.047	S
	$> 54 \$$	106(79.1%)	28(20.9%)		(0.33-0.98)		
N'avoir pas de dettes	Oui	164(79.2%)	43(20.8%)	11.3	2.6	0.007	S
	Non	51(59.3%)	35(40.7%)		(1.5-4.5)		
Abonnement MUSA	Oui	46(73%)	17(27%)	11.7	0.3	0.0041	S
	Non	186 (80.8%)	44(19.2%)		[0.14-0.86]		
Avoir payé autres frais	Oui	40 (80%)	10(20%)	0.88	1.52	0.34	NS
	Non	170 (73.3%)	65 (27.7%)		[0.73-3.34]		
Coûts directs de la maladie	$\geq 26\$$	171 (74.7%)	58(25.3%)	11.7	0.14	0.0006	S
	$> 26 \$$	61 (95.3%)	3(4.7%)		0.03-0.47		
Coûts indirects	$\geq 5\$$	185(76.8%)	56(23.2%)		0,35	0.04	S
	$> 5\$$	47(90.4%)	5(9.6%)		(0.11-0.87)		
Coûts économiques	$\geq 31\$$	170(74.9%)	57(25.1%)	10.1	0,19	0.001	S
	$> 31\$$	62(93,9%)	4(6.1%)		(0,05-0.51)		

Les faites qu'un ménage ait un revenu \$ par mois, diminue la chance d'utiliser des services de soins ($\chi^2=3.95$, $p\text{-value}=0,04$, $OR=0.57$ [0.33-0.98]) et les ménages n'ayant pas des dettes dans les Fosa, ont plus de 2 fois la chance d'utiliser une structure de soins ($OR=2.6$ [1 ,5-4.5]), la détention des dettes dans la Fosa, détermine la forme de jours aux soins à prendre, ($\chi^2=1$ 1.3, $p\text{-value}=0.0007$). Quant aux coûts économiques [les coûts directs ($\chi^2=11.7$, $p\text{-value}=0,0006$), les coûts indirects $p\text{-value}=0.04$], les faites que les ménages payent plus de 31 \$ augmentent fortement le lue de ne pas utiliser les services de soins $p\text{-value}=0,001$, $OR=0.19$ [0.05-0.51]) ; alors le paiement des frais supplémentaires est indépendant de l'utilisation des services de santé .52 [0.73-3.34]), pas des liens statistiquement significatifs ($\chi^2= 0,88$, $p\text{-value}= 0,34$).

3.9. Tableau 10.11. Déterminants de la fréquentation d'une Fosa intégrée

Le tableau ci-dessous, donne des résultats analysés liés à la fréquentation d'une

Variable indépendante	Recours aux Fosa		Chi ²	OR	p-value	Décision
	Oui	Non				

Continuité des soins	Oui	109 (67%)	54 (33%)	4.7	0,42 [0.19-0,8]	0.030	S
	Non	52 (82.5%)	11(17.5%)				
Revenu	≥54\$	106(70,7%)	44(29.3%)	0.89	0.75 [0,44-1.2]	0.34	NS
	>54 \$	109(76.2%)	34(23.8%)				
Perception de la maladie	Oui	173(72,4%)	66(27.6%) 12(26.1%)	0.001	0.92 [0.4-1.8]	0.97	NS
	Non	34(73.9%)					
Nombre de malades	≥4 mlds\$	127(72.4%)	48(27.4%) 30(27.3%)	0.01	0.99 (0.57-1.6)	0.91	NS
	>4mlds\$	80(76.7%)					
Autres frais	Oui	32(65.3%)	17(34.7%)	1.32	0.64 [0.33-1.26]	0.24	S
	Non	176(74.6%)	60(25.4%)				
Dettes	Oui	62(72.1%)	24(27.9%)	0.03	0.91 [0.61-1.9]	0.86	NS
	Non	153(73.9%)	54(26.1%)				
Abonnement MUSA	Oui.	59 (93.7%)	4(6.3%)	15.58	6,9634 [2.63-23,3]	0,007	NS
	Non	156(67.8%)	54(26.1%)				
Coûts directs de la maladie		156(67.8%)	74(32.2%) 4 (6.3%)	0.99	0.14 [0.04-0.37]	0.19	NS
		59 (93.7%)					
Coûts indirects		159 (74%)	72(92.3%) 6(7.7%)		0,23 [0.08-0.55]	0.2	NS
Coûts		174(74.4%) 41 (73.4%)	60(25.6%) 18(30.5%)	0.34	1,27 [0.66-2.3]	0.55	NS

Les faites de recourir à une Fosa intégrée, augmente la chance de la continuité des soins ($\chi^2=4.7$, p-value=0,03 et OR=0.42 [0.19-0.8]), mais aussi les membres de la Musa, ont 7 fois la chance de fréquenter une Fosa intégrée que les non membres (OR= 6,9634 [2,63-23,3], avec ces liens statistiquement significatifs, $\chi^2= 15.58$, avons loupé que l'utilisation des Fosa dépend de l'abonnement à la Musa (p-value=0,000069) . par contre nous avons trouvé qu'il y a pas de liens statistiques entre le recours à une Fosa intégrée et revenu de ménages ($\chi^2=0.89$, le perception de la maladie ($\chi^2=0.001$, p-value=0.97), le nombre des malades dans le ménage ($\chi^2=0.01$, p-value=0,91), les coûts économiques ($\chi^2=0,34$, p-value=0.55) et la détention des dettes ($\chi^2=0.03$, p-value=0.86).

11. Tableau 12. Analyse des coûts sur l'utilisation des Fosa et de l'adéquation

Variable indépendante		Avoir obtenu tous les médicaments		Chi-2	OR IC=95%	P- value	Décision
		Oui	non				
Avoir payé la facture	oui	149(81%)	35(19%)	3.65	2.19 (1.02-4.6)	0.05	S
	non	27(65.9%)	14(34.1%)				
Jours	Fosa	142(76.3%)	44(23.7%)	1.6	0.47	0.20	NS

Prioritaire	Autres	34(87.2%)			(0.15-1.2)		
Adéquation							
Avoir tout	oui	137(74.1%)	48(25.9%)	1.39	1.64	0.23	NS
Payé	non	12(63.4%)	65(36.6%)		0.78-0.35		
Avoir payé							
Nombres		130(71.8%)	51(28.3%)	0.18	1.15	0.66	NS
de malades		77(68.8%)	35(31.3%)		(0.68-1.9)		

Nous remarquons qu'il y a dépendance entre le paiement de la facture et l'obtention des médicaments, OR=2.19 [1,02-4,6], les ménages ayant payé la facture ont plus de 2 fois la chance d'obtenir tous les médicaments prescrits, Il y a un lien uement significatif entre ces 2 variables ($\chi^2=4.48$ à un p-value=0.03). Par contre, nous avons trouvé qu'il y a pas de liens statistiquement significatifs entre l'obtention de tous es médicaments prescrits et le recours à la Fosa intégrée ($\chi^2=1.6$, p-value=0.20, 72.19 [l .02-4.6], mais aussi entre l'adéquation et la détention des dettes ($\chi^2=1.39$, p-value=0.23, 1.64 (0.78-0.35).

4 .Discussion

Nous constatons que, la majorité de nos enquêtés étaient des responsables de ménages parmi lesquels de sexe féminin ont plus de risque de ne pas fréquenter une fosa intégrée (OR=0.52 [0.39-0.94]), l'âge médiane est de 34 ans avec une déviation standard de 13.8. Ces résultats sont comparables à ceux obtenu à Ouagadougou par Ouatara Salim cité par Angle.A(11), qui a trouvé que le sexe masculin influençait significativement la fréquentation des structures de soins (p-value=0.003) OR=2.1 IC 95%=(1.03-6.4), que le fait d'être du sexe masculin influençait la décision de fréquenter une structure de soins et que la population de ce district sanitaire est encore jeune car l'âge médian était de 35 ans, alors que ceux trouvés par Kakule dans la zone de santé d'Uvira,(12) l'âge de médian est de ménage est de 45,5 ans contrairement à l'étude menée par Doumbouya, qui a trouvé que les femmes qui fréquentaient les centres étaient majoritairement jeunes(plus de 79 % ont moins de 35 ans) donnant un âge médian de 31 ans (13). L'influence de l'âge sur le recours aux soins reste faible (p-value>0.05, OR= 1,11 IC à 95 % = 1,58-1,64). La taille des ménages est en moyenne à 6,35, et l'utilisation de services de soins curatifs ne répondait de la taille du ménage (p-value= 0, 33), des résultats proches de ceux trouvés dans les études démographiques et santé faite par le ministère du Plan de la RDC,2014 qui dit que la taille moyenne d'un ménage est de 5,3 en milieu rural et de 5.7 en milieu urbain(14). De l'instruction plus de la moitié, leur instruction est inférieur à l'école primaire, alors moins de 1/10^e sont de niveau universitaire, et qu'il y a pas des liens statistiquement significatifs entre l'utilisation des services de santé et le niveau d'instruction (p-value = 0.40) et un $\chi^2=0.68$ (15). Des résultats qui sont légèrement inférieurs à ceux trouvés à Pweto par Mulenga, qui a trouvé que 77% avaient un niveau inférieur au primaire et seul 33 % pour le niveau secondaire et universitaire. 50 % sont des

agriculteurs, vendeurs ou pêcheurs, ces résultats sont proches à ceux trouvés par Novib et IPS du Nord- Kivu et du Ministère du Plan et de la santé de la RDC(16).

Les dépenses des ménages pour la santé

Nous avons trouvé que les revenus de ménages est supérieur à la moyenne soit 54,3\$ ont plus de chance d'utiliser les services de santé que ceux ayant un revenu inférieur à la moyenne $\chi^2=3.95$, p-value 0.04, OR= 0.57 [0.33-0.98]. Des ménages qui ont un revenu moyen de 54.35\$, ce qui donne 1.81\$/ jour / personne, ceux-ci sont proches trouvés par Novib et IPS/ Nord- kivu dans une enquête sociodémographique et accessibilité menée qui a trouvé que la population vivait avec 2.0\$ soit 0.33\$/personne/ jour, ce qui est en dessous du seuil de la pauvreté, ensuite nous avons trouvé que le coût direct d'une épisode maladie s'élève à 31\$ soit 54.9 % du revenu moyen mensuel et que 22.3% de nos enquêtés ont un revenu inférieur au coût d'un seul épisode maladie alors que Asumani, dans son étude à Kalehe, a trouvé que 45 % disposaient d'un revenu inférieur aux coûts de soins de façon permanente, pour couvrir les dépenses de soins, tout le revenu devrait être consommé. Parmi ces 175 individus, 77 soit 44 % ont consulté les structures de soins lors de la maladie tandis que 108 sur 197 dont le revenu est supérieur au coût de soins en utilisant les services de santé soit 54%(8b). Selon Aneurin.Bevan., cité par Kubali.M.V., qui illustre le principe selon lequel un service de santé satisfaisant est essentiellement celui qui traite les riches et les pauvres de manière identique, sans pénaliser la pauvreté ni avantager la richesse(17).

Les coûts directs et indirects des ménages

Vu nos résultats, les ménages paient en moyenne 31\$ pour l'épisode maladie pour les membres de leurs familles dont 26.6 \$ pour le coût direct et 5.4\$ pour le coût indirect, ce qui représente 58.9 % du revenu moyen des ménages 54.3\$, mais ainsi que ces coûts économiques évalués pour un épisode maladie soit 31.7\$ sont supérieurs au revenu mensuel de plus de 20 % de ménages. Ces résultats sont inférieurs à ceux trouvés à Uvira par Magnat en 2012 (12b), qui dit, les ménages paient pour un épisode maladie 50\$ quel que soit l'âge et le temps, dont 43.1\$ pour les coûts directs (médicaments, consultation curative et hospitalisation) et 6.9\$ pour les coûts indirects (Communication, transports, Pont de vin.) (18). Nos enquêtés fréquentés une formation sanitaire intégrés soit 39.9% ne faisant pas recours aux formations sanitaires par manque d'argent ou la détection des recettes, ils vont aussi chercher des soins d'autres formes comme l'automédication, chambre de prière, des tradi-praticiens ou rester à la maison. Les résultats trouvés par Aymar B(19), dans la zone de santé de Masa au Bas Congo en 2009 soit 27% des ménages enquêtés font recours aux structures de soins et que près de ¾ des ménages n'utilisent pas des soins de santé pour des raisons financières et géographiques soit 23.1%. Alors que nos résultats s'approchent issus d'une enquête menée en 2004 par Médecins Sans Frontière Burundi, de la population ne se rend pas aux formations sanitaires pour de raison financière soit 82%, celui de Kadidiatou.K., qui

a trouvé 83,2% n'utilisent pas. Le paiement supplémentaires à la facture soit 17,4% paye autre facture liée aux soins(20), ce paiement est indépendant de la fréquentation d'une formation sanitaire intégrée ou non, ces résultats sont comparable à ceux trouvés par Aymar.B., trouve 49% de ceux qui ont fréquenté l'hôpital ont d'autres frais supplémentaires à la facture (21).

L'adéquation des ménages à s'acquitter de leur facture de soins

Parmi les ménages qui n'ont pas reçu les médicaments prescrits soit 45% par manque d'argent et que les ménages obtiennent tous les médicaments prescrits en fonction du paiement des frais y relatifs $\chi^2=4.48$ à un p -value= 0.03 signifie que les patients qui n'ont pas payé des frais de soins courent plus de deux fois les risques de n'avoir pas tout le médicament soit $OR=2.19[1.02-4.6]$, ceux-ci sont supérieurs à ceux obtenus par Doumbia.A.K, cité par Mazambi qui a dit, le manque d'argent était le principal motif évoqué par les femmes qui n'ont pas acheté les médicaments prescrits soit 52% contrairement aux résultats trouvés par Novib et IPS Nord-Kivu soit 37% n'ont pas un traitement adéquat par manque d'argent. 30% détiennent des dettes dans des formations sanitaires, le fonctionnement des formations sanitaires soit $\chi^2=11.3$ avec p -value de 0.0007, signifie les ménages ayant les dettes ont 2.6 fois le risque d'utiliser d'autres formes de recours aux soins ou même rester à la maison (21b).

5. Conclusion

L'évaluation économique peut être outil flexible dans la formulation d'une politique de santé. Elle peut apporter une transparence appréciable dans un secteur public ; elle peut aider les décideurs d'être plus objectifs et cohérents d'une décision à l'autre. La santé n'est pas en elle-même quelque chose qui puisse être achetée ou vendue dans certaines situations. Ce sont des soins de santé qui sont des marchandables. Notre article s'inscrit sur la contribution au développement durable lié à la santé, Il ressort de ces résultats que les ménages de la zone de santé vivent dans une situation de pauvreté extrême, en moyenne de 0.30\$ par personne par jour et que les caractéristiques socioéconomiques élevées ne les prédisposent pas à une bonne accessibilité aux services de santé. Dans les conditions actuelles les dépenses de santé engagées par les ménages prennent une part importante dans les revenus de ménages soit 18.3%. Ceci plongeant la population au départ pauvre dans la mesure où les conditions précaires dans lesquelles les gens vivent et les exposent à la maladie. Malheureusement, sans détenir de moyens nécessaires pour y faire face, les ménages n'ayant pas payés la facture, ainsi courent presque 3 fois le risque de non adéquation. Les ménages dépensent plus de 30 % pour les soins/services de santé de leurs revenus et s'appauvrissent davantage. Nous constatons que les contraintes financières liées aux dépenses engagées, influent négativement sur la qualité des soins de santé, car elles diminuent l'adéquation et l'obtention de tous les médicaments. Comme conséquence, la dégradation de l'état de santé qui constitue un facteur de sous-développement. Les décideurs pourraient encourager la mise en place des micro-assurances, ainsi augmenter le budget alloué au secteur et promouvoir la bonne gouvernance.

6. Références

1. Zerbo.A, (2006)., *Le juste prix pour la santé*, Editions Masson, France.
2. OMS, (2013)., *Utilisation des services de santé au Canada*, Genève.
3. ONU, (2013)., *Indice de développement humain*, New-York.
4. OMS, (2013)., *Statistiques Sanitaires Mondiales*, Genève.
5. OMS, (1987)., *Initiative de Bamako*, Mali-Bamako.
6. RDC, Ministère de la Santé Publique, Secrétariat Général, (2014)., *Soumission GAVI pour le soutien espèces au renforcement des systèmes de santé*, Kinshasa.
7. Richard. V, (2009)., *Financement de la santé en Afrique subsaharienne*, le recouvrement des coûts, 4p, Méd .Trop, 64 :337-340.
8. Assumani .B, (2015) ., *Problématique de l'accessibilité aux soins de santé dans la zone de santé de Kalehe*, Mémoire de licence UOB.
9. Zone de santé de Katana, (2019)., *Rapport annuel*, katana, février.
10. RDC, Minisanté, Secrétariat Général, (2013)., *Rapport final de CNS-RDC 2010- 2011*, Kinshasa, Août.
11. Angle.Allal., Al. Fassi et AV.FAR, (2012)., *Etudes sur les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc*- Rabat.
12. Kakule.M, (2012)., *Etude des déterminants de l'utilisation des services curatifs dans la zone de santé d'UVIRA*, Mémoire inédit, ISTM-GOMA.
13. Doumbuya et Bumba.A, (2009)., *Les déterminants socio-économiques influençant l'accessibilité aux soins de santé dans la zone de santé de Masa au Bas-Congo*, Mémoire de licence inédit.
14. Ministère de la santé publique et du Plan, (2014)., *Enquête démographique et Santé 2*, Kinshasa- RDC.
15. Cilundika. M, (2013)., *Les facteurs déterminants le faible taux d'utilisation par les ménages du service curatif dans la zone de santé de Pweto au Katanga*, Mémoire de licence inédit UNILU.
16. Novib et IPS, (2005)., *Enquête socio-économique et d'accessibilité aux soins de santé au Nord- Kivu*, Goma, en RDC, Inédit.
17. Kubali.M.V.,Byemba.K.E &Baluku. B. J. (2020) *Politiques et Systèmes de santé : dans le monde, en Afrique et en RDC*, Editions Universitaires Européennes, ISBN : 978-620-2-54615-7, Paris- France, P.168-653.
18. Lututala.A. B et Al, (2004)., *Les coûts annexes des soins d'hospitalisation des malades dans le réseau BDOM Kinshasa*, Avril, Editions Management et Avenir, P15.

19. Aymar.B, (2009)., *Les déterminants socio-économiques influençant l'accessibilité aux soins de santé dans la zone de santé de Massa au Bas- Congo*, Mémoire de Master.
20. Kadidiatou.K, (2007)., *Utilisation des services de santé et perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Sègue (Cercle de Kolokani)*, Inédit CEAG.
21. Mazambi .J.K et Al, (2002)., *Les déterminants du comportement de recours au centre de santé au milieu urbain Africain : les résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa- RDC en développement sanitaire*, No. 160, en Août.

© GSJ