
M.E.S., Numéro 134, Vol. 1, mai – juin 2024

<https://www.mesrids.org>

Dépôt légal : MR 3.02103.57117

N°ISSN (en ligne) : 2790-3109

N°ISSN (impr.) : 2790-3095

Mis en ligne : le 31 mai 2024



Revue Internationale des Dynamiques Sociales

Mouvements et Enjeux Sociaux

Kinshasa, mai - juin 2024

DETERMINATION DU COUT DE LA PRISE EN CHARGE DES PRESTATAIRES ET DE LA MALNUTRITION DES ENFANTS DANS LA ZONE DE SANTE DE KITENDA

par

Godard KUYUKA LUBELA*Apprenant en Economie de la Santé,
Ecole de Santé publique, Faculté de Médecine,
Université de Kinshasa***Résumé**

Cette étude cherche à identifier les coûts de la prise en charge des prestataires de santé dans la zone de santé de Kitenda, dans la province du Kwango, en République Démocratique du Congo, les difficultés qu'ils traversent en termes d'appui des partenaires et les facteurs qui favorisent la malnutrition chez les enfants âgés de 6 à 59 mois ainsi que les conséquences qui en découlent.

Mots-clés : Détermination, coût, prise en charge, prestataires, malnutrition, enfant, zone de santé.

Abstract

This study seeks to identify the costs of caring for health providers in the Kitenda health zone, in the province of Kwango, in the Democratic Republic of Congo, the difficulties they face in terms of support from partners and the factors that promote malnutrition in children aged 6 to 59 months as well as the resulting consequences.

Keywords : determination, cost, care, providers, malnutrition, child, health zone

INTRODUCTION

Cette étude que nous proposons au public est le fruit d'une longue investigation scientifique menée dans la zone de santé de Kitenda, dans la province du Kwango ainsi qu'auprès de quelques gestionnaires de 24 aires de santé que compte cette zone de santé et le personnel médical qui preste à Kasongo-Lunda. De même, nous placerons un mot sur l'étendue de la malnutrition qui touche la province du Kwango depuis quelques décennies etc. qui constitue incontestablement un problème de société et de santé publique.

En RDC, en général et ; en milieu rural, en particulier, la malnutrition aiguë, spécialement des enfants de 6 à 59 mois est devenue monnaie courante tout en se révélant être une véritable menace pour les familles. Devant ce fléau, le coût financier de la prise en charge pour les prestataires exigent plusieurs ressources, notamment, des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi, des médicaments, des fiches de consultation, du savon, du sucre, des fiches de suivi individuelles et autres matériels. Pareille situation demande des moyens et requiert un coût important.

Ce faible rendement atteste, si besoin est, que la plupart de prestataires ne sont pas motivés à rendre un bon service. Pour preuve, une faible proportion d'agents de l'Etat, touchant la prime institutionnelle s'élève entre 150.000 (65\$USD) et 300.000C (139\$USD), et pour un médecin 1.420.000Fc (620\$USD).

A cela, il nous faut évoquer la pauvreté de la population due aux difficultés d'évacuation et de commercialisation de leurs produits agricoles à cause de l'état piteux des routes de dessertes agricoles. Ce qui contribue à rendre le coût de soins et la prise en charge des prestataires très salés dans ce coin du Kwango. Aussi, notre préoccupation à travers cette étude consiste-t-elle à :

- identifier les déterminants du coût d'une prise en charge des prestataires et des enfants malnutris dans la zone de santé de Kitenda ;
- déterminer les conséquences de cette situation.

En termes d'hypothèse principale, les déterminants principaux du coût d'une prise en charge des enfants malnutris seraient le déficit des moyens financiers caractéristiques de la zone de santé de Kitenda, le manque d'appuis techniques réguliers des partenaires extérieurs auprès de prestataires. Quant à l'hypothèse secondaire, il importe d'évoquer la malnutrition de ces enfants qui les conduit à un état critique.

En menant cette étude, l'objectif poursuivi est de conscientiser la population kwangolaise sur les méfaits de la malnutrition et de l'importance de la prise en charge des prestataires en sensibilisant les décideurs, les partenaires techniques et financiers dans leur intervention.

Outre cette introduction et la conclusion à la fin, la charpente de la présente étude repose sur quatre points. Le premier porte sur la définition des concepts. Le deuxième traite du coût d'une prise en charge des prestataires et du degré de malnutrition des enfants à Kitenda. Le troisième examine l'approche méthodologique suivie. Le quatrième discute les résultats auxquels cette étude a conduit.

I. DEFINITION DES CONCEPTS DE BASE

A travers ce point de l'étude, nous nous proposons de définir quelques concepts qui soutiennent la présente réflexion. Il s'agit des concepts *détermination, coût, prise en charge, malnutrition, enfant* et *zone de santé*.

1.1. Détermination

Le concept détermination traduit chez un individu l'attitude d'une personne qui agit sans hésitation, selon les décisions qu'elle a prise (1). Pour le dictionnaire universel, le terme détermination peut revêtir deux sens : tout d'abord, état de ce qui est déterminé entre deux phénomènes de cause à effet et d'autre part, comme acte de la volonté se situant entre la délibération à laquelle il met fin à l'action ou à l'exécution (2). Quant à nous, la détermination est une résolution prise pour assurer la rémunération des prestataires dans la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois.

1.2. Coût

La notion de coût se définit selon les économistes comme étant la valeur des ressources mobilisées que produit quelque chose ou un bien pour offrir un service. Dans le cadre d'un programme de santé, il existe plusieurs coûts : les coûts directs, variables et les coûts fixes.

Dans le domaine de la santé, les coûts désignent l'ensemble des dépenses directement attribuables à la mise en œuvre et au fonctionnement du programme d'investissement en bâtiments et en équipements médicaux, honoraires, salaires, primes et médicaments (3). Pour le dictionnaire Larousse, le mot coût désigne des frais entraînés par la production ou la distribution de quelque chose (4).

1.3. Prise en charge

Par prise en charge, on entend une assistance sociale que le pouvoir public apporte aux personnes dont les ressources sont insuffisantes (5). Dans ce cadre précis, l'accent est placé sur la couverture de la protection sociale qui concerne les salariés et les familles démunies.

Alors que dans le domaine médical, la prise en charge est définie comme le fait de suivre et de soigner à long terme en première ligne une clientèle circonscrite pour laquelle le médecin considère être le principal responsable. C'est la prise en charge médicale qui permet d'assurer au domicile des soins médicaux et paramédicaux continus, des soins techniques, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie, sept jours sur sept et 24 heures sur vingt-quatre, adapté à l'état du patient coordonné entre le service hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels de la santé (6).

Pour notre part, la prise en charge des prestataires des soins consiste à exercer une rémunération en contrepartie des services rendus dans le cadre d'un travail contractuel dans les établissements nutritionnels.

1.4. Malnutrition

La malnutrition est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme les carences, les excès ou les déséquilibres dans l'apport énergétique ou nutritionnel d'une personne (7). Elle regroupe aussi des affections par carence et des affections par excès alimentaires. Dans le même ordre d'idées, l'OMS considère la malnutrition par les indicateurs tels que : le retard de croissance, la taille, l'âge, le poids, le surpoids, l'obésité (8).

Pour nous, la malnutrition est un état nutritionnel qui est la conséquence d'une alimentation mal équilibrée, en quantité et/ou en qualité. Par conséquent, elle provoque un amaigrissement, un retard de croissance et une insuffisance pondérale chez les enfants de 6 à 59 mois.

1.5. Enfant

Définir l'enfant n'est toujours pas facile. Ce concept couvre un contenu complexe. En biologie, l'enfant est considéré comme tel donc son concept physique. C'est son âge biologique qui est pris en considération. Dans cet aspect, l'enfant reste celui qui n'a pas encore accompli l'âge de responsabilité et cependant, il faut retenir la dimension biologique qui n'est pas l'unique aspect de l'être humain (9).

¹ BERGSON, R., *Décision et fermeté*, Paris, éd. PUF, 2006, p.33.

² Dictionnaire Universel, éd. Harmattan, Paris, 2016.

³ Organisation Mondiale de la Santé : Analyse des coûts dans les programmes des soins de santé primaire, 2011.

⁴ Dictionnaire Larousse, Paris, éd. Dalloz, 2013.

⁵ MPETSHI, E., « Prise en charge et vulnérabilité des enfants de la rue à Kinshasa », in *Revue de l'Université Kibanguiste*, n°5, 2021, pp.13-16.

⁶ CAN FON Médecin, mai 2016, p.116.

⁷ OMS, Rapport annuel sur la nutrition, Genève, 2006.

⁸ OMS, Qu'est-ce que la malnutrition ?, Genève, OMS, 2016.

⁹ BONNET, M., *L'enfant exploité, oppression mise au travail, prolétarisation*, Paris, éd. Karthala, 1996, p.86.

En sociologie et en anthropologie, on parle d'un enfant quand il s'agit d'un individu qui a encore besoin de l'aide, assistance des parents pour vivre et la relation entre parent et enfant est toujours continue, en ce sens que ce dernier aura besoin de l'assistance de ses géniteurs et tuteurs tout le long de sa vie ⁽¹⁰⁾.

Pour définir l'enfant, nous adhérons à la définition que nous propose les Nations-Unies et surtout dans l'un de ses organismes qui est le PNUD qui considère l'enfant comme un être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable ⁽¹¹⁾.

1.6. Zone de santé

Cette expression désigne une unité opérationnelle et de planification de tout le système sanitaire du pays. Elle prend en charge 100.000 habitants pour le milieu rural et 200.000 habitants pour le milieu urbain ⁽¹²⁾. En d'autres termes, la zone de santé est une entité géographiquement limitée avec une population définie, décentralisée où s'effectuent la planification, l'exécution et l'évaluation des activités en vue de rendre accessible à tous SSP ⁽¹³⁾. Du point de vue de son organisation, la zone de santé est constituée du bureau central de la zone de santé, de l'hôpital général de référence, des centres de santé, des postes de santé, y compris d'autres établissements de santé publics et privés sous sa juridiction.

II. COUT DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATAIRES ET SITUATION DE LA MALNUTRITION DES ENFANTS A KITENDA

2.1. Prise en charge des prestataires

Les prestataires de la zone de santé de Kitenda, au Kwango, sont pris en charge par l'Etat congolais. Il s'agit des médecins, des nutritionnistes, des infirmiers, des techniciens de laboratoire, du personnel administratif et des travailleurs ordinaires. Ces prestataires perçoivent aussi quelques appuis ponctuels des certains organismes internationaux tels que : les Médecins Sans Frontière, l'UNICEF, l'OMS, et les structures sanitaires de la même zone de santé perçoivent aussi des entrées (revenus) lors des consultations générales des soins qui les aident à bien fonctionner chaque mois, les prestataires touchent aussi la prime locale produite sur place par la structure sanitaire.

La grande difficulté que connaissent les prestataires dans cette zone de santé de Kitenda, reste le fait que 80% d'entre eux demeurent impayés par l'Etat et ils ne vivent que de la prime locale qui est insuffisante et des appuis ponctuels de certains partenaires. A cette difficulté, il nous faut ajouter celle qui se rapporte à l'approvisionnement des intrants, c'est-à-dire les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi et des médicaments, notamment, les albendazole, la sulfate de fer, l'acide folique, etc. ⁽¹⁴⁾.

2.2. Situation de la malnutrition des enfants dans la zone de santé de Kitenda

Les enfants malnutris dans la zone de santé de Kitenda sont porteurs de plusieurs signes cliniques, notamment : les cheveux défrisés, les signes d'anémie et souvent, un ventre bedonnant, etc. Ici, nous enregistrons des cas de malnutrition sévère et aiguë avec complications ou sans complications. Nous trouvons aussi des cas de malnutrition aiguë modérée. Pour cette enquête, nous abordons la malnutrition aiguë sévère chez les enfants dont la tranche d'âge se situe entre 6 et 59 mois.

La contribution de la zone de santé rurale de Kitenda repose sur la mise sur pied des unités nutritionnelles thérapeutiques ambulatoires (UNTA) avec un personnel composé de des nutritionnistes, des infirmiers dont la prise en charge se fait en ambulatoire. Tandis que la prise en charge en hospitalisation est assurée par les unités nutritionnelles thérapeutiques intensifiées (UNTI) avec un personnel composé des médecins, des nutritionnistes et des infirmiers ⁽¹⁵⁾.

III. APPROCHE METHODOLOGIQUE

3.1. Type d'études

La présente étude s'inscrit dans une approche quantitative. Elle vise la prise en charge et la situation de la malnutrition des enfants de 6 et 59 mois dans la zone de santé de Kitenda, à Kasongo-Lunda.

¹⁰ TESSIER, S., A la recherche des enfants de rue, éd. Karthala, Paris, 1998, p.16.

¹¹ PNUD, Rapport mondial sur le développement humain, New York, 1998.

¹² KWETE, M.B., *Gestion et organisation des services de santé*, éd. Approche, CVS, Kinshasa, 2001, p.63.

¹³ OKONGANDJOVU, L., « Prévention de comportement à risque dans la sexualité précoce des adolescentes. Etude menée dans la zone de santé Police », in *Mouvements et Enjeux Sociaux*, n°123, Juillet – septembre 2022, pp.224-225.

¹⁴ Rapport du Bureau central de la zone de santé de Kitenda, 2023.

¹⁵ Notre enquête personnelle, 2023.

3.2. Population d'étude

Selon Bura, la population d'étude est un ensemble d'éléments ayant les caractéristiques que l'on veut observer ou traiter ⁽¹⁶⁾. En sciences sociales, la population d'étude est un ensemble déterminé, délimité dans le temps et dans l'espace et qui fait l'objet d'une investigation.

Dans le cadre de cette étude, la population concernée est celle constituée des enfants malnutris de la zone de santé de Kitenda et spécifiquement des enfants dont l'âge varie entre 6 à 59 mois. Nous avons opté pour l'échantillonnage accidentel dès lors que la population totale des enfants de 6 à 59 mois n'est pas connue.

3.3. Echantillon du travail

Dans cette étude, nous avons retenu un échantillon correspondant à l'aire de santé Kitenda. Ainsi, avons-nous prélevé 10% de 386 (taille d'échantillon global), soit 86 enfants malnutris, car pour une zone de santé dont la population est égale à 100.000, l'AS aura 10.000 habitants, soit le 10% de cette population. Pour plus de fiabilité dans le traitement des données, nous avons ajouté par convenance 24 enfants (tirés au hasard) pour que nous atteignions une taille d'échantillon de 100 enfants.

3.4. Déroulement de l'étude

Notre étude s'est déroulée en deux phases : la phase préliminaire après avoir reçu l'aval des autorités du Bureau central de la zone de santé de Kitenda pour l'accès aux informations nécessaires à la finalisation de cette recherche, et la deuxième est liée à l'enquête proprement dite en rencontrant les parents, le personnel de santé et les enfants malnutris de 6 à 59 mois, de la zone de santé de Kitenda.

3.5. Dépouillement des données

Au cours de l'investigation, les copies du questionnaire ont été dépouillées à l'aide du logiciel Excel et analysées à l'aide du logiciel SPSS/IBM.

3.6. Considérations d'ordre éthique

Sur base des principes de confidentialité et de participation modérée, la collecte des données était facile et cette démarche avait rendu possible le déroulement de l'étude.

3.7. Présentation des résultats

Tableau I. Répartition des prestataires selon la prise en charge et le nom de l'établissement des soins de santé

Prise en charge	Effectif	%	Nom de l'établissement des soins				
			Bamba	Baringa	Kitenda	Kazembe	
Médecin généraliste	1	8,3	0	0	1	0	0
Assistant nutritionniste	1	8,3	0	0	1	0	0
Nutritionniste	5	41,6	1	1	1	1	1
Infirmiers (ères)	5	41,6	1	1	1	1	1
Total	12	99,8	2	2	4	2	2

Source : Nous-même sur base de l'enquête menée. Cette source est la même pour le reste de tableaux

Le tableau ci-haut reprend la catégorie des prestataires prise en charge ainsi que leurs effectifs et les établissements de soins de santé où ils travaillent dans la zone de santé de Kitenda.

Tableau II. Répartition des enquêtés selon le coût de la prise en charge des prestataires par rapport aux établissements de soins

N°	Personnel	Salaire mensuel en Fc	Jours ouvrables par mois	Charge horaire par semaine	Salaire par heure en Fc	Salaire en minute en Fc	Observation
01	Infirmiers	380.000	26	8	14.615	30	
02	Assistant nutritionniste	370.000	26	8	14.230	29	
03	Nutritionniste	420.000	26	8	16.154	33	
04	Médecin généraliste	1.680.000	26	8	64.615	134	

Il ressort de résultats de ce tableau que par rapport au coût de la prise en charge des prestataires (personnel) en terme d'établissements de soins de santé, les médecins généralistes ont plus d'impact dans cette prise en charge, suivis des nutritionnistes. Pour les infirmiers, leurs rémunérations mentionnées dans ce tableau ont été tirées dans les dossiers administratifs des soins de la zone de santé de Kitenda de l'échelle salariale de 2022 de la RDC.

¹⁶ BURA, Notes de cours de Statistique, G1 Psychologie, UNIKIN, 2006.

Tableau III. Répartition des enquêtés selon les facteurs à la base de la malnutrition des enfants de 6 à 59 mois dans la zone de santé de Kitenda

Principaux facteurs	Effectifs	%
Facteurs socio-culturels		
- Les interdits alimentaires	16	14,8
- Pratiques coutumières	13	12,0
- Manque d'information sur les nouvelles pratiques nutritionnelles	9	8,3
Facteurs socio-économiques	n=38	35,1
- Pauvreté des familles	30	27,7
- Manque d'emploi décent des parents	20	18,5
Facteurs environnementaux	n=50	46,2
- Nomadisme	6	5,5
- Influence de charlatans sur la consommation des aliments	14	12,9
	n=20	18,4
Total général	108	99,7

Il ressort de données du tableau qui précède que les facteurs socio-économiques ont été classés en première position, suivis des facteurs socio-culturels et, enfin, des facteurs environnementaux parmi ceux qui sont à la base de la malnutrition chez les enfants de 6 à 59 mois dans la zone de santé de Kitenda.

IV. DISCUSSION DES RESULTATS

L'explication à donner à cet effet sur le coût de la prise en charge des prestataires dans la zone de santé de Kitenda, après l'enquête menée renseigne que les médecins, les nutritionnistes, les laborantins et le personnel administratif ainsi que les travailleurs ordinaires, sont pris en charge par l'Etat congolais. Ces prestataires demeurent non mécanisés et ne vivent que de petites primes internes locales qui ne leur permettent pas de faire face à leurs besoins en tant que prestataires dans la zone de santé de Kitenda.

Partant de la situation de la malnutrition aigüe des enfants de 6 à 59 mois, la zone de santé a mis sur pied deux systèmes : en ambulatoire et en hospitalisation.

Pendant, en ce qui concerne les facteurs favorisant la malnutrition de ces enfants, trois principaux griefs sont mis en cause : ce sont des facteurs socio-économiques qui viennent en tête, suivis des facteurs socio-culturels ainsi que les facteurs environnementaux.

CONCLUSION

« La détermination du coût de la prise en charge et la situation de la malnutrition des enfants de 6 à 59 mois dans la zone de santé de Kitenda », telle est la thématique qui a présidé à cette recherche dont la préoccupation a porté sur ce questionnement consistant à identifier les déterminants du coût de la prise en charge des prestataires et des enfants mal nourris dans la zone de santé de Kitenda et à déterminer les conséquences de cette situation. Pour cela, nous avons conjecturé que ces déterminants seraient les moyens financiers, l'absence d'appui technique et leurs conséquences. On peut évoquer que ces prestataires auraient une situation difficile et les enfants de 6 à 59 mois seraient dans un état critique sévère.

Nous avons également démontré que les facteurs favorisant la malnutrition des enfants de la zone de santé de Kitenda sont de trois ordres socio-économiques, socio-culturels et environnementaux.

Pour ce qui relève des solutions envisagées, il faut tenir compte de ce qui suit :

- accorder une rémunération régulière aux prestataires qui assurent l'administration des soins dans les établissements nutritionnels de Kitenda ;
- assurer un approvisionnement régulier des aliments spécialisés et nutritifs enrichis en vitamines et minéraux : laits thérapeutiques F-75 et F-100 et aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) ;
- renforcer des capacités des prestataires des soins de manière permanente pour leur permettre d'assurer aux malnutris les soins de qualité ;
- réhabiliter et entretenir des locaux abritant les services des soins contre la malnutrition aigüe sévère.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGON, R., *Décision et fermeté*, éd. PUF, Paris, 2006.
- CAN, Fond Mondial, Paris, 2016.
- Dictionnaire Larousse, éd. Dalloz, Paris, 2013.
- Dictionnaire universel, éd. Harmatta, Paris, 2016.
- KWETE, M.B., *Gestion et organisation des services de santé*, éd. Approche, Kinshasa, 2001.
- Michel Bonnet, *L'enfant exploité, oppression, mise au travail, prolétarianisation*, éd. Karthala, Paris, 1996.
- MPETSHI, E., « Prise en charge et vulnérabilité des enfants de la rue à Kinshasa », in *Revue de l'Université Kimbanguiste*, n°5, Kananga, 2021.
- OKONGANDJOVU, L., « Prévention de comportement à risque dans la sexualité précoce des adolescentes. Etudes menée dans la zone de santé Police », in *MES*, n°123, Juillet - septembre 2022.
- OMS, *Rapport annuel sur la nutrition*, Genève, 2006.OMS,
- Organisation Mondiale de la Santé, *Analyse des coûts dans les programmes des soins de santé primaires*, 2013.
- PNUD, *Rapport mondial sur le développement humain*, New York, 1998.
- Qu'est-ce que la malnutrition ? Genève, 2016.
- Tessier, S., *A la recherche des enfants de rue*, éd. Karthala, Paris, 1998.