ANALYSE DES FACTEURS ASSOCIES A L'ACCES DES MENAGES AUX SOINS DE SANTE DE QUALITE A KINSHASA

par

Alain NTAMBWE MUKALAMUSI

Chef de Travaux, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion,
Université de Kinshasa

Résumé

L'amélioration de l'accessibilité aux soins santé de qualité à toutes les couches de la population de la République Démocratique du Congo, témoigne de l'amélioration de l'état de santé de cette dernière. Malheureusement, il se révèle que le système de Santé ne répond pas aux attentes de la population et cette dernière reste peu satisfaite. La communauté n'arrive pas à accéder aux soins de qualité, tel que le voudrait la politique de couverture universelle de la santé, quel que soit le niveau de son revenu. Cette situation n'épargne pas la population habitant la Ville Province de Kinshasa.

La question de recherche est celle de trouver les facteurs socio-démographiques et économiques qui sont associés à l'accès des ménages aux soins de qualité à Kinshasa. L'objectif de cette étude est de déterminer les facteurs socio-démographiques et économiques qui sont associés à l'accès des ménages aux soins de qualité à Kinshasa en vue de contribuer à l'amélioration de la couverture universelle en matière de santé pour toute la population de Kinshasa.

Mots-clés : *facteurs associés, accès, soins de santé, qualité*

Abstract

Improving access to quality health care for all segments of the population in the Democratic Republic of Congo is a sign of the country's improving health status. Unfortunately, the health system is not meeting the population's expectations, and they remain unsatisfied. The community is unable to access the quality health care required by the policy of universal health coverage, regardless of income level. This situation does not spare the population living in the provincial city of Kinshasa.

The research question is to identify the socio-demographic and economic factors associated with household access to quality health care in Kinshasa. The objective of this study was to determine the socio-demographic and economic factors that are associated with household access to quality healthcare in Kinshasa with a view to contributing to the improvement of universal healthcare coverage for the entire population of Kinshasa.

Keywords : *access, healthcare, associated factors, quality*

INTRODUCTION

Depuis plus de deux décennies, sous la direction des institutions internationales (Banque Mondiale, Organisation Mondiale de la Santé et le Programme des Nations Unies pour l'Enfance), les politiques de développement sanitaire en Afrique, ont évolué dans le sens de l'amélioration de la couverture des services de santé de base.

Ces politiques ont encouragé des stratégies couteuses (soins hospitaliers, médicaments de marque…) sur fonds publics alors que les ressources publiques se sont raréfiées avec la crise économique. (1)

La déclaration universelle des droits de l'homme et la charte africaine des droits de l'homme et des citoyens, reconnaissent la santé comme droit fondamental. (2)

En République Démocratique du Congo (RDC), la santé est l'une des priorités du gouvernement de la république ; L'article 47 de la Constitution de 2006 reconnait la santé comme l'un des droits fondamentaux du peuple congolais.

L'accès aux soins de santé de qualité est non seulement une question sociale, économique et politique, mais aussi un droit humain fondamental. (3)

[1] Rapport OMS 2014, WHO, http://www.who, Genève ; page consultée le 01 Aout 2016.
[2] Constitution de l'OMS de 1948, WHO, http://www.who, Genève ; page consultée le 01 Aout 2016.
[3] Constitution de la RDC 2006, modifiée janvier 2011, titre II, Journal officiel de la RDC, Kinshasa 5 février 2011

La santé pour tous bien qu'elle soit le but ultime, les soins de santé pour tous, accessibles, efficients, adéquats et équitables restent, ensemble avec les parties prenantes, l'une des conditions essentielles pour améliorer la santé de la communauté, lutter contre les maladies et réduire ainsi la pauvreté.

La santé occupe une place de choix dans le développement individuel et communautaire ; malheureusement plusieurs personnes restent sans soins appropriés et de qualité alors que y avoir accès constitue l'un des facteurs clefs favorisant un meilleur bien-être des populations.

I. PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

L'accès aux soins de santé de base est l'un des facteurs clefs favorisant un meilleur bien-être des populations. La littérature révèle que l'analyse des déterminants de l'accès des ménages aux soins est extrêmement importante pour la formulation de politiques et de stratégies dans le secteur de la santé, mais aussi pour assurer un accès effectif aux soins et d'améliorer la qualité des services offerts par les structures sanitaires. En République Démocratique du Congo (RDC), le système sanitaire, jadis l'un des plus performants d'Afrique, s'est détérioré au fil des années à la suite de la crise multiforme que traverse le pays depuis plus de deux décennies. Garantir la santé à la population est prescrit dans les prérogatives du Gouvernement qui doit l'accomplir en mettant en place des structures qui offrent des soins de qualité et qui répondent aux besoins fondamentaux de la population. (4) La structure communautaire dynamique et multisectorielle, capable d'être un interlocuteur valable de la population auprès des services de santé et des partenaires, est presqu'inexistante. Cela se justifie par le fait que les ressources affectées dans la structure de santé, et qui appartiennent à la population, sont, dans la plupart de cas, utilisées par le personnel de santé sans associer les concernés. (5) Le financement de la santé est dépendant de l'aide extérieure malgré des engagements à un plus haut niveau. La RDC dépense par tête, moins que le reste de l'Afrique, pour sa santé ; les dépenses publiques effectives pour la santé oscillent entre 1,66 $ US/hab en 2011, 2,61$/hab en 2013 et en 2014 une dépense de moins de 1$US par tête ; vingt fois moins que ce qui est recommandé (20$) pour réaliser un Paquet Minimum d'Activités (PMA). Les ménages constituent la première source de financement de la santé (41% en 2012). Le financement des ménages s'effectue à plus de 90% par le biais de paiements directs. Avec 16% du total des dépenses de santé, la part de l'Etat dans le financement du secteur est limitée. Outre la tendance à la baisse, l'Etat n'a consacré en moyenne que 9,4% de son budget à la santé entre 2014 et 2021, ce qui correspond à une dépense de moins de 1$US par tête. (6) Deux tiers des patients en RDC ne recourent pas au système de santé formel pour obtenir des soins, soit parce que les services de qualité dans les environs du menage ne sont pas disponibles ou sont de mauvaise qualité quand ils existent, soit parce qu'ils n'ont pas de moyens (financiers) pour y accéder. (7)

Dans le contexte de pauvreté et d'absence de mécanisme de partage de risque soutenue, et avec une politique de santé en pleine mutation et tâtonnement, les différentes communautés ne fréquentent des services des soins de qualité qu'à des proportions très faibles, pour leur prise en charge.

Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS 2013-2014), le nombre annuel moyen de consultations en soins ambulatoires s'établit à 2,1 soit, 0,33 consultation/hab./par an, et le nombre annuel moyen d'hospitalisation est à 0,17. Ce sont les plus jeunes (moins de 5 ans) et les plus âgés (65 ans et plus) qui ont été les plus fréquemment hospitalisés. (8) Cette situation très criante dans presque toutes les provinces de la RDC, n'a pas non plus épargné la Ville de Kinshasa, notre cadre géographique d'étude. Voilà pourquoi une analyse poussée des différents déterminants de l'accès des ménages aux soins de santé de qualité dans cette ville, s'avère importante.

---

[4] Ministère de la Santé Publique. Stratégie de Renforcement du Système de Santé 2è éd. Kinshasa RDC, mars 2010, 58p
[5] Ministère du Plan. Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté, Kinshasa, mars 2010, 112p
[6] Programme National des Comptes Nationaux de la Sante, Rapport sur les comptes de sante 2020, Matadi, Decembre 2021
[7] Ministère de la Santé Publique. Stratégie de Renforcement du Système de Santé 2è éd. Kinshasa RDC, mars 2010, 58p
[8] Ministère du Plan et suivi de la mise en oeuvre de la revolution de la modernité & Ministère de la Santé Publique, Rapport EDS II , 2013-2014.

Au cours de cette étude, la préoccupation majeure consiste à répondre à la question suivante : quels sont les facteurs sociodémographiques et économiques qui déterminent l'accès des ménages aux soins de santé de qualité à Kinshasa.

Ainsi le présent article poursuit un double objectif. Au niveau général, il a été question de contribuer à l'amélioration de la couverture universelle en matière de santé pour toute la population de Kinshasa. De manière spécifique, il s'est agi de :

- décrire les caractéristiques socio démographiques et économiques des chefs des ménages dans la ville-province de Kinshasa.
- identifier les facteurs associés à l'accès des ménages aux soins de santé de qualité offerts par les structures sanitaires de Kinshasa.
- formuler des suggestions.

En termes d'hypothèse, l'accès des ménages aux soins santé de qualité par la population à Kinshasa serait associé à plusieurs facteurs don't, principalement, le niveau de revenu du chef de menages, le statut matrimonial du chef de ménage, l'occupation principale de celui-ci, l'issue du traitement d'un membre du ménage lors du dernier épisode maladie ainsi que la perception du ménage en rapport à l'utilisation des services de la structure sanitaire frequentée.

Le but de cette recherche est d'analyser les différents facteurs qui expliquent l'accès des menages aux soins de santé de qualité à Kinshasa afin de les intégrer dans la mise en œuvre des interventions susceptibles de contribuer à l'amélioration des mécanismes à mettre en place pour booster le processus de la couverture universelle de la population en matière de soins de santé de qualité à Kinshasa, en particulier, et en RDC, en général. Cette étude est basée sur les données collectées auprès des ménages à Kinshasa de manière transversale au mois de juin 2020.

II. REVUE DE LITTERATURE

Malengreau M., dans son article intitulé *La bonne utilisation des services de santé* (2016), cité par Mabula Amozy Mozart (2016), avance que les déterminants de l'utilisation de services de soins, peuvent être classés en quatre groupes dont les facteurs financiers ou économiques (paiement direct des soins, niveau de revenu des ménages, prix et coût des soins, coût du transport, couverture maladie, etc.) ; les facteurs liés à la qualité des soins (qualité structurelle, disponibilité en médicaments, processus de soins, relation soignant/soigné, qualité perçue, satisfaction des usagers…) ; les facteurs liés à l'environnement (accessibilité géographique) et les facteurs socioculturels (âge, genre, instruction et perception de la maladie et de sa gravité).

Se décider de recourir au traitement, dépend du coût et du bénéfice ; puis, on compare avec les avantages attendus avec les efforts que l'on va fournir, sans oublier les alternatives des soins et les autres priorités de dépenses ou d'efforts.[9] Une étude de la Banque Mondiale sur *L'accessibilité des services de santé menée en Côte d'ivoire,* a révélé que parmi les facteurs limitant l'utilisation de services de santé modernes, les obstacles financiers se révèlent comme principale raison de non utilisation des services de santé ; ceci s'explique par les niveaux de coûts élevés à l'absence de mécanismes de financement basés sur la solidarité. ([10])

Une étude au Burkina-Faso menée par Borgès Da Silva R et al., avait conclu que le coût des prestations de soins et des médicaments, même génériques, est élevé par rapport au pouvoir d'achat de la majorité de la population, surtout dans un contexte marqué par une aggravation de la paupérisation, particulièrement, en milieu rural, d'où, le taux faible de l'utilisation de services de santé.([11])

Selon une étude menée par Stéphanie S. et al.sur l 'amélioration de l'accès financier aux soins de santé dans la zone de santé de Kisantu, au Kongo Central de 2008 à 2011, l'hôpital général de

[9] MALENGREAU M., La bonne utilisation des services de santé, Louvain Belgique, page en ligne consultée le 16/09/2016 à 23h15 sur http://sites-test.uclouvain.be/stagessemspi//documents SPI/utilisation.html

[10] Banque Mondiale. Observatoire des indicateurs sanitaires, 2014 ; donnees.banquemondiale.org/indicators

[11] BORGES Da SILVA R, CONTADRIOPOULOS AP, PINEAULT R, TOUSSAINT P. Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé 2011 (Vol. 42), p.11-18 www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2011.htm.DOI : 10.3917/pos.421.0011

référence n'affichait un taux d'occupation des lits que de 53,3 % ; tandis que le taux d'utilisation des infrastructures de premier niveau (Centres de santé intégrés et Hôpital général) était de 0,4 nouveau cas/habitant/an ; 20 % seulement des patients venus en consultation étaient finalement hospitalisés. Les raisons qui sous-tendent ces faibles taux d'utilisation sont, essentiellement, le manque d'accessibilité géographique imputable à l'état des routes, le manque d'accessibilité psychologique et culturelle des services de santé locaux ; le principal obstacle à l'accès aux soins de santé est de nature financière. ([12])

D'après l'étude de Munyamahoro M. et Ntaganira J. sur *Les Déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages du district de Rubavu*, Il sied à signaler que la distance ou le temps du trajet ont un impact sur l'utilisation de soins curatifs (lorsque le temps mis pour aller à l'hôpital dépasse une heure ou 5 km) ; cette utilisation devient un phénomène rare lorsque la distance excède 35 km. ([13])

Dans un article publié au Rwanda par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2014, dans le territoire de Rubavu, pour la population ayant consulté une Formation Sanitaire (FOSA), plus de 80% des patients ont été bien satisfaits de l'accueil leur réservé par le personnel des structures de soins qu'ils ont fréquentées, 11,1% ont été peu satisfaits et 6% ne l'ont pas été du tout. ([14])

Pour Pineault R. et al., dans *La planification de la santé, concepts-méthodes-stratégies*, la présence d'un personnel pléthorique, incompétent et/ou démotivé et l'offre des soins de mauvaise qualité peuvent avoir entraîné la sous-utilisation des hôpitaux en RDC. En plus, il en ressort que le sexe et l'âge influencent le niveau d'utilisation([15]).

Selon *L'Enquête Démographique et de Sante* (EDS) 2013-2014, en RDC, le nombre annuel moyen de consultations en soins ambulatoires s'établit à 2,1. On note dans l'ensemble, peu de variation entre les femmes et les hommes (16 % contre 14 %). Par contre, on note des écarts selon l'âge. Généralement, c'est parmi les plus jeunes (21 % à moins de 5 ans) et les plus âgés (19 % à 50-64 ans et 19 % à 65 ans et plus) que la proportion de ceux qui ont reçu des soins de santé, sans être hospitalisés, est la plus élevée. Par contre, parmi les 5-14 ans et les 15-49 ans, cette proportion est beaucoup plus faible (respectivement 11 % et 14 %). ([16])

Dans le Rapport d'analyse de l'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés (EBUCSI-1), 2010, la disponibilité permanente de médicaments à bas coût et diversifiés est une des attentes principales de la population un peu partout. En fonction de l'expérience, les exigences peuvent inclure les perfusions et les transfusions, les examens de laboratoire, pour bien soigner les patients. Les indicateurs d'utilisation de services de santé sont le reflet de la performance du système de santé, mais ils dépendent d'une multiplicité de facteurs à la fois internes et externes au système de santé. ([17]).

D'après Martine Audibert, Eric de Roodenbeke, dans une étude sur *L'utilisation des services de santé de premier niveau au Mali*, l'aide extérieure apportée aux Zones de Santé peut améliorer la qualité des services et réduire les frais d'usager, ce qui devrait amener à augmenter les taux d'utilisation. Le soutien extérieur n'est pas le seul facteur déterminant de l'utilisation dans la mesure où les services sont influencés par d'autres facteurs contextuels. Divers facteurs peuvent jouer et empêcher une nette amélioration de la situation.

Pour Stéphanie S. et al. sur l'amélioration de l'accès financier aux soins de santé dans la zone de santé de Kisantu, au Kongo Central de 2008 à 2011, L'appui financier octroyé par la CTB à la ZS

[12] STEPHANIE S., DANY V., KIMFUTA J., VALERIA C., BOSSYNS P. et BART C. Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting upon complexity Glob Health Action 2015, http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.25480 ; Kinshasa; page consultée le 10 Août 2016 à 22h17

[13] MUNYAMAHORO M. et NTAGANIRA J. Les Déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages du district de Rubavu, 2013, Kigali. http://www.bioline.org.br /pdf?rw12012) page consultée le 16/09/2016 à 12h11.

[14] Organisation Mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève ; www.who.int/countries/cod/santé

[15] PINEAULT R. et CAROLE D. La planification de la santé, concepts-méthodes-stratégies, éd. Nouvelles, Ottawa 1995, p199-203

[16] Ministère du plan, Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC) 2013-2014, Kinshasa, RDC, p271-90

[17] RIDDE V . L'initiative de Bamako 15 ans après, un agenda inachevé, octobre 2004, Google, le 18 octobre 2016

de Kisantu durant les quatre années (avril 2008 à avril 2012, a renversé la tendance : le taux d'occupation des lits à l'Hôpital général est passé de 52 % en 2008 à plus de 85 % en 2011.[18]

III. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

3.1. Echantillonnage

Pour cette étude, nous avons opté pour un échantillonnage probabiliste par stratification. Cette technique est essentielle pour garantir que l'échantillon soit représentatif des différentes strates de la population de Kinshasa, ce qui permet d'obtenir des résultats fiables et valides. La population cible pour cette étude est constituée des ménages dans la communauté kinoise.

Partant de l'hypothèse que seulement 50% de la population pourrait être touchée par la maladie et demander les soins de santé, le calcul de la taille de l'échantillon pour faire une inférence sur la population a été déterminée en utilisant la formule suivante comme suit :

$$n \geq \frac{z^2 pq}{d^2}$$

z : représente le z score qui est le coefficient de confiance (z = 1,96 au seuil de 95%) ;

p : proportion estimée de la population supposée demander les soins de santé (dans notre cas nous avons considéré le principe d'équipartition, c'est-à-dire p = 0,5 ou 50%) ;

q = 1-p (proportion de la population malade qui demande les soins de santé = 0,5) ;

d : représente la marge d'erreur, dans notre cas d = 0,05 (il s'agit du degré de précision absolue voulue)

n : taille de l'échantillon.

Ainsi, en remplaçant ces valeurs dans la formule, la taille calculée est : $n \geq \frac{1,96^2 * 0,5 * 05}{0,05^2} = 386$

Pour cette étude, connaissant la taille de l'échantillon, nous avons procédé par un sondage probabiliste par stratification dans le souci d'avoir un échantillon représentatif pour les 24 communes de la ville de Kinshasa. Cette méthode minimise l'erreur d'échantillonnage. Critères d'inclusion : tous les chefs de ménages sélectionnés, habitant la ville de Kinshasa depuis au moins six mois et ayant accepté de répondre aux questions. Critères de non inclusion : les chefs de ménages en état de débilité mental.

3.2. Liste des variables de l'étude

- **Variable dépendante**

Pour cette étude, l'accès aux soins de santé a été retenu comme variable dépendante, qui est une variable composite trouvée à partir des trois indicateurs suivants : l'accès financier, l'accès géographique et l'accès culturel.

- **Variables indépendantes**

Les variables indépendantes retenues pour cette étude sont le sexe, l'âge, la qualité du répondant, le statut matrimonial du chef de ménage, le niveau d'instruction du chef de ménage, la profession du chef du ménage, sa religion, la taille de ménage, le niveau du revenu du ménage, l'accueil, le temps d'attente, la communication patient-prestataire, la compétence du prestataire, la propreté des structures sanitaires, la disponibilité des médicaments essentiels génériques (MEG), le respect de l'intimité, la qualité des soins perçue, la perception du coût des soins, la couverture mutualiste, l'accessibilité géographique, la type de tarification, la perception des causes des maladies, la perception de la gravité de la maladie, le résultat, la disponibilité du prestataire, la sensibilisation sur les services offerts, la Visite à domicile des Relai communautaires (RECO) et le Corps soignant.

3.3. Collecte et traitement des données

Les données de l'étude ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structuré administré, par une équipe d'enquêteurs formés, aux chefs de ménages ou à leur représentant (conjoint ou un

[18] STEPHANIE S. et al., *op.cit.*

adulte) supposés disposer des informations suffisantes. Dans le souci d'obtenir satisfaction sur tous les plans stratégiques de l'étude, nous avons utilisé une technique d'administration et de collecte appelée CAPI. Le système NTIC (Nouvelle Technologie d'Information et de Communication) à l'aide des téléphones androïdes ou tablettes avec le logiciel ODK collect, avec un questionnaire structuré et incorporé a facilité la collecte des données quantitatives tandis que pour celle des données qualitatives nous avons appliqué la technique d'interview et d'observation directe. Par ailleurs, la technologie utilisée a permis d'écouter les interviews et de retracer les réponses des enquetés en utilisant les capacités d'enregistrement secret de plate-forme de la collecte des données, en vue d'éviter le risque d'avoir des données venant des enquêtes sous l'arbre de la part d'éventuels enquêteurs malintentionnés.

Cette approche a permis de rentabiliser l'enquête en termes de temps, de qualité, d'énergie et de budget. Les activités de collecte des données ont été précédées de l'obtention d'une autorisation officielle de la Faculté à travers une lettre de recherche, ensuite des contacts ont été pris avec les autorités politico - administratives provinciales de santé de la Ville Province de Kinshasa en vue de leur expliquer le bien-fondé de l'étude. Un pré-test du questionnaire a été organisé sur un échantillon de 25 ménages dans la Commune de Lemba qui est l'une de celles retenues pour l'étude. Les données ainsi collectées ont été codifiées puis reparties en différentes catégories pour faciliter les analyses. Les données collectées ont été analysées avec le logiciel SPSS 2.3 en recourant aux techniques statistiques descriptives et différentielles suivantes, notamment, le test Khi-carré a été utilisé pour comparer les proportions de chaque variable indépendante à l'accès aux soins de santé de qualité. L'analyse du χ^2 de Pearson nous a permis d'identifier les associations entre l'accès aux soins de santé et les facteurs favorisants. Une régression logistique a été utilisée pour déterminer les facteurs indépendamment associés à l'accès aux soins de santé de qualité.

IV. LES FACTEURS ASSOCIES A L'ACCES DES MENAGES AUX SOINS DE SANTE DE QUALITE A KINSHASA.

4.1. Analyse bivariée :

L'analyse bivariée nous a permis d'identifier les associations entre l'accès aux soins des populations Kinoises et les autres facteurs retenus dans cette étude.

4.2. Analyse multivariable

Elle a consisté à déterminer les facteurs associés à l'accès des ménages de Kinshasa aux soins de santé de qualité par le biais de la régression logistique binaire.

4.2.1. Les facteurs associés à l'accès des ménages aux soins de qualité à Kinshasa.

4.2.1.1. Validité et pouvoir explicatif du modèle

Critère	Khi-deux	R^2	p-value
Test de Hosmer et Lemeshow	124,13		0,000
Pouvoir explicatif du modèle	23,1	0,67	0,000

Source : Sur base des données de notre enquête

Le p-value du test d'Hosmer et Lemeshow étant inférieur à 1%, le modèle est valide . En plus, R^2 étant égal à 0,67 avec un p-value inférieur à 1%, le pouvoir explicatif du modèle est de 67%, c.à.d. les variables explicatives du modèle expliquent la variation de la variable dépendante qui est l'accès des ménages aux soins de qualité à 67%. Les facteurs associés à l'accès aux soins de qualité par la population kinoise sont : le statut matrimonial, l'occupation principale du chef de ménage, l'issue du traitement lors du dernier épisode maladie de l'un des membres du ménage, le niveau de revenu du ménage et l'utilisation des services de la structure sanitaire. En effet, en ce qui concerne le statut matrimonial, il y a 29 fois plus de chance pour les ménages dont les chefs sont divorcés (ou bien séparés, veufs, en union de fait aient accès aux soins de qualité que ceux dont les chefs sont célibataires (OR=0,29 p=0,000).

Pour ce qui est de la principale occupation du chef de ménage, il y a 4 fois moins de chance pour les ménages dont les chefs sont ménagères (OR=0,043 ; p=0,000) et 5 fois moins pour les chefs de ménages étudiants et/ou élèves (OR=0,045 ; p=0,001) d'avoir accès aux soins de qualité que ceux dont les chefs qui n'ont pas d'occupation. Par contre, il y a 21 fois plus de chance pour les chefs de ménages commerçants (OR=0,214 ; p=0,017), 15 fois plus de chance pour les employés, du secteur public (fonctionnaires) tout comme ceux du secteur privé, (OR=0,146 ; p=0,015) et 12 fois plus pour les chefs de ménages ayant d'autres occupations professionnelles (OR=0,115 ; p=0,019) d'accéder aux soins de qualité que ceux qui n'ont aucune occupation professionnelle donnée. Pour ce qui est de l'issue du traitement lors du dernier épisode maladie d'un membre du ménage, il y a 28 fois moins de chance (soit 72%) pour les ménages dont un membre a été guéri lors du dernier épisode maladie d'accéder aux soins de santé de qualité par rapport à ceux dont un membre n'a pas été guéri (OR=0,28 p=0,028).

En outre, en ce qui concerne le niveau de revenu des chefs de ménages, il y a 2 fois plus de chance pour ceux qui ont un niveau de revenu acceptable d'accéder aux soins de qualité par rapport à ceux qui ont un revenu faible (OR=2,1 p=0,086). En fin, pour l'utilisation des services de la structure sanitaire, il y a 33 fois moins de chance (soit 67%). Enfin, les ménages qui n'ont pas utilisé les services d'une structure sanitaire d'accéder aux soins de qualité par rapport à ceux qui en ont utilisé (OR=0,33 p=0,015).

4.2.1.2. Equation du modèle de régression logistique

Logit P = $\log \frac{P}{1-P}$= -1,098+3,380 Statut matrimonial - 2,161 Principale occupation-1,283 Issue du traitement + 0,771 Niveau de revenu -1,098 Utilisation Services de la Structure Sanitaire.

L'estimation du modèle de régression logistique de l'accès des ménages de Kinshasa aux soins de santé de qualité, est, de ce fait, présentée en fonction du Statut matrimonial, de la principale occupation et du niveau de revenu du chef de ménage ainsi que de l'issue du traitement et de l'utilisation Services de la Structure Sanitaire au dernier épisode maladie par le ménage. Posons, Y étant la variable dépendante, X_1, X_2, X_3, X_4 et X_5 des variables indépendantes significatives, P (Yi=1/X_{1i}=1, X_{2i}=1, X_{3i}=1, X_{4i}=1 et X_{5i}=1)

P(Y)= 1 /1+$e^{-(3,380)+(-2,161)+(1,283)+(0,771)+(-1,098)}$ = 1 /1+$e^{-4,585}$. P(Y) = 0,97

La probabilité pour qu'un membre des ménages enquêtés accède aux soins de santé de qualité à Kinshasa, étant donné le Statut matrimonial du Chef de ménage soit un divorcé ou séparé, la principale occupation de ce dernier soit une activité ménagère ou les études, son niveau de revenu soit acceptable, l'issue du traitement et l'utilisation des services de la structure sanitaire au dernier épisode maladie que le niveau d'étude du chef de ménage soit du niveau supérieur est de 97%. Autrement, la probabilité pour un membre des ménages enquêtés de ne pas avoir accès aux soins de santé de qualité à Kinshasa, dans les conditions ci-haut énumérées est faible, soit 3%.

V. DISCUSSION DES RESULTATS ET LIMITES DE L'ETUDE

5.1. Discussion des résultats

La présente étude avait comme but de rechercher les différents facteurs expliquant l'accès aux soins de qualité à Kinshasa. L'étude a pris en compte les ménages ayant fréquenté les structures sanitaires de Kinshasa au cours de douze derniers mois.

Elle a établi une association entre l'accès aux soins de qualité à Kinshasa et le statut matrimonial du chef de ménage (OR = 0,29 et p=0,000), l'occupation principale du chef de ménage, avec en tête l'activité ménagère (OR=0,043, p=0,000) et les études (OR=0,045, p=0,001) ; L'issue du traitement lors du dernier épisode maladie d'un membre du ménage (OR = 0,28 , p = 0,028), le niveau du revenu du chef de ménage (OR=2,1 , p= 0,086) et l'utilisation de la structure sanitaire (OR = 0,33 , p = 0,015) ;

Nos résultats rejoignent les conclusions de l'étude de Rubavu au Rwanda au point ou elle avait établi une association à l'utilisation de service avec le revenu du chef de ménage et le niveau d'étude du chef de ménage (10) et corroborent de meme ceux de l'étude de Pweto (20), qui avait établi

l'association avec l'occupation du chef de ménage ; mais, diffèrent de l'étude effectuée dans la ZS de Kadutu qui, a établi une association entre état de la maladie, revenu du ménage, structure de l'établissement sanitaire, (33), Les résultats de la partie qualitative corroborent avec ceux de la partie quantitative.

5.2. Limites et validité de l'étude

- Par rapport à l'outil : déclarations de bonnes pratiques par les enquêtés, lors de l'administration du questionnaire. (Effet Hawthorne).
- Biais de souvenir : Sous-évaluation soit surévaluation de revenu mensuel par les ménages.
- Non saturation en groupes focalisés. Néanmoins, l'étude a permis de collecter des informations riches auprès des ménages. La technologie utilisée, les dispositions prises dans le choix des grappes, le déploiement des enquêteurs et des superviseurs, leur accompagnement ; le suivi sur le terrain et le contrôle des questionnaires par étapes, le traitement et l'analyse des données, ont été respectés pour avoir des informations fiables, permettant de juger la validité de cette étude.

CONCLUSION

L'étude avait comme objectif de déterminer les facteurs associés à l'accès des populations aux soins de qualité dans la Ville-Province de Kinshasa en vue de contribuer à l'amélioration de la couverture universelle en matière de santé de la population à Kinshasa. Elle était basée sur les données de l'enquête ménage, réalisée sur un échantillon probabiliste représentatif de 386 ménages sélectionnés dans les 24 communes de Kinshasa grâce à la technique d'échantillonnage probabiliste par stratification. Cette techniaue est essentielle pour garantir que l'échantillon soit représentatif des différentes strates de la population de Kinshasa, ce qui permet d'obtenir des résultats fiables et valides.

Il ressort de cette étude que les ménages enquêtés vivent dans un état de pauvreté relativement important avec seuls 22% de ménages enquêtés ayant eu au moins un membre malade et qui ont fréquentés les structures sanitaires modernes. Il est possible d'améliorer l'accès des ménages aux soins de santé de qualité dans les Communes de Kinshasa, si certaines mesures sont prises, notamment, la promotion des mécanismes de partage de risque à travers des mutuelles de santé, la promotion des activités génératrices des recettes tenues par les ménages, etc. Le revenu des ménages est quasi englouti dans les dépenses des soins. Les 77% des coûts de soins sont payés par les ménages et sous forme de payement direct.

Cette étude a révélé le statut matrimonial, l'occupation principale, le revenu du chef de ménage, l'issue du traitement lors du dernier épisode maladie d'un membre du ménage ainsi que l'utilisation des services de la structure sanitaire fréquentée au dernier épisode maladie comme étant des facteurs plus significatifs pour expliquer l'accès des ménages aux soins de santé à Kinshasa. La probabilité d'accès aux soins de qualité est significative (97%) et est fortement influencée par le statut matrimonial, l'occupation principale, le revenu du chef de ménage, l'issue du traitement lors du dernier épisode maladie d'un membre du ménage ainsi que l'utilisation des services de la structure sanitaire fréquentée au dernier épisode maladie. Ces facteurs y influencent à 67% l'accès aux soins de santé de qualité. Une intervention qui voudrait améliorer l'accès aux soins de santé de qualité dans la Ville Province de Kinshasa devra, d'abord, s'appesantir sur ces facteurs. Les autres facteurs n'ont pas été significatifs dans le modèle final.

Après analyse, les suggestions ci-après sont adressées à tous les niveaux, pour la recherche des solutions durables.

Au niveau central

- Encourager l'implémentation des mutuelles de santé dans la Ville Province de Kinshasa,
- Accroitre le nombre de structures médicales modernes et bien équipées en Médicaments Essentiels Génériques (MEG) et en équipements et matériels appropriés constituant un plateau technique correspondant au niveau d'intervention

Au niveau Intermédiaire et périphérique

- Accompagner les Zones de Sante (ZS) à redynamiser les Comités de Santé (CODESA) ;
- Accompagner les ZS dans l'implémentation des Activités Génératrices des recettes par les ménages sous l'encadrement des CODESA en vue d'augmenter le revenu des ménages ;
- Mettre en place un cadre de concertation avec les secteurs connexes pour une bonne collaboration intersectorielle avec différents acteurs influents.
- Instaurer une tarification adaptée au revenu des ménages dans la ville ;
- Renforcer les capacités des prestataires des structures sanitaires pour une prise en charge correcte des patients ;**Références bibliographiques**

- AUDIBERT M., ERIC de R. Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives, Avril 2005 Département du développement humain Région Afrique Banque mondiale ; Bamako. P.37-45
- AUDIBERT M., MATHONNAT J. et ERIC de R. Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, p 77-95 ; édition. Karthala, Paris 2003
- BANQUE MONDIALE. Observatoire des indicateurs sanitaires, 2014 ; donnees.banquemondiale.org/indicators
- BORGES Da SILVA R, CONTADRIOPOULOS AP, PINEAULT R, TOUSSAINT P. Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé 2011 (Vol. 42), p.11-18 www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2011.htm.DOI : 10.3917/pos.421.0011
- CONSTITUTION DE L'OMS de 1948, WHO, http://www.who, Genève ; page consultée le 01 Aout 2016.
- CONSTITUTION DE LA RDC 2006, modifiée janvier 2011, titre II, Journal officiel de la RDC, Kinshasa 5 février 2011
- MALENGREAU M. La bonne utilisation des services de santé, Louvain Belgiquehttp://sites-test.uclouvain.be/stagessemspi//documents SPI/utilisation.html, ESP UCL, Bruxelles ; page consultée le 16/09/2016 à 23h15
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE. Stratégie de Renforcement du Système de Santé 2è éd. Kinshasa RDC, mars 2010, 58p
- MINISTERE DU PLAN & SUIVI DE LA MISE EN OEUVRE DE LA REVOLUTION DE LA MODERNITE & MINISTER DE LA SANTE PUBLIQUE, Rapport EDS II , 2013-2014.
- MINISTERE DU PLAN, Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC) 2013-2014, Kinshasa, RDC, p271-90
- MINISTERE DU PLAN. Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté, Kinshasa, mars 2010, 112p
- MUNYAMAHORO M. et NTAGANIRA J. Les Déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages du district de Rubavu, 2013, Kigali. http://www.bioline.org.br /pdf?rw12012) page consultée le 16/09/2016 à 12h11.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève ; www.who.int/countries/cod/santé
- PINEAULT R. et CAROLE D., *La planification de la santé, concepts-méthodes-stratégies*, éd. Nouvelles, Ottawa 1995, p199-203).
- PROGRAMME NATIONAL DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE, Rapport sur les comptes de sante 2020, Matadi, Decembre 2021
- RAPPORT OMS 2014, WHO, http://www.who, Genève ; page consultée le 01 Aout 2016.
- RIDDE V . L'initiative de Bamako 15 ans après, un agenda inachevé, octobre 2004, Google, le 18 octobre 2016.