LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES DES MENAGES ET L'ACCES AUX SOINS DE SANTE A KINSHASA :

une approche descriptive.

par

Alain NTAMBWE MUKALAMUSI

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

Résumé

La santé représente, de nos jours, un des secteurs clé du développement de toute nation, tant en termes d'innovation que de création d'emplois. L'état de santé des populations constitue, et reste l'une des conditions majeures de productivité dans toute organisation. Cependant, les dépenses de santé sont une préoccupation énorme pour les ménages africains en général et Congolais en particulier, qui sont appelés à développer des astuces pour y faire face. Pour mieux répondre aux besoins réels de la population, nous avons mené une étude auprès des ménages dans la ville de Kinshasa. Cette étude décrit les caractéristiques socio-démographiques et économiques des ménages ainsi que les mesures pouvant être adoptées pour alléger leur part dans les dépenses de soins de santé. Elle apporte également des recommandations pratiques pour guider l'ensemble des acteurs intéressés. Cette étude a pour but de contribuer à élever les niveaux de connaissance sur les dépenses des soins de santé par les ménages en vue d'élaborer des stratégies pour améliorer le bien-être de la population de Kinshasa, pour un accès équitable aux soins de santé primaires. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques socio-démographiques et économiques des ménages de Kinshasa pouvant avoir une influence sur le comportement des populations face à la demande de soins médicaux. Il s'agit d'une étude transversale descriptive, qui a porté sur 386 ménages répartis dans les 24 communes de la ville de Kinshasa. A l'aide d'un questionnaire bien structuré, les chefs de ces ménages ont été interviewés en rapport avec les caractéristiques socio démographiques et économiques des ménages ainsi que sur la question d'accès aux soins de santé. Parmi les 100% ménages enquêtés, et par ordre d'importance, les structures auxquelles les ménages ont eu recours pour les soins durant les six dernières semaines sont : Structure sanitaire moderne (61,4%), automédication moderne (16,6%), Pharmacie (13,5%), Eglise (5,7%), automédication traditionnelle (1,6%) et Tradipraticien (1,3%).

Selon le résultat de cette étude, 55,4% des ménages vivent avec un revenu faible, soit moins d'un dollar américain pour les dépenses du repas par jour, et 44,6% ont un revenu acceptable soit plus de 1,9 $US par jour. Le revenu des ménages est quasi englouti dans les dépenses des soins. Les 77% des coûts de soins sont payés par les ménages sous forme directe. Les dépenses des soins de santé sont tellement énormes que plus d'un tiers des ménages enquêtés se retrouvent dans l'incapacité d'y faire face.

Mots-clés : *caractéristiques, socio-démographiques, ménages, accès, soins de santé*

Abstract

Today, healthcare is one of the key sectors for the development of any nation, both in terms of innovation and job creation. The state of health of populations is and remains one of the major conditions for productivity in any organization. However, health expenses are a huge concern for African households, and Congolese in particular, who are called upon to develop ways of coping with them. To better address the real needs of the population, we conducted a household survey in the city-province of Kinshasa. This study describes the socio-demographic characteristics of households in Kinshasa, as well as measures that could be adopted to reduce the household share of healthcare expenditure. It also provides practical recommendations to guide all stakeholders. The aim of this study is to contribute to raising levels of knowledge about household healthcare expenditure, with a view to developing strategies to improve the well-being of the population of Kinshasa, for equitable access to primary healthcare. The aim of this study is to describe the socio-demographic characteristics of households in Kinshasa that may influence people's behavior in terms of demand for medical care. The study was a descriptive cross-sectional survey of 386 households in the 24 communes of the city-province of Kinshasa. Using a well-structured questionnaire, the heads of households were interviewed about their socio-demographic and economic characteristics, as well as about their access to healthcare. Among the 100% households surveyed, and in order of importance, the structures used by households for healthcare during the last six weeks were : Modern health structure (61.4%), Modern self-medication (16.6%), Pharmacy (13.5%), Church (5.7%), Traditional self-medication (1.6%) and Tradipraticien (1.3%).

According to the results of this study, 55.4% of households live on a low income, i.e. less than one US dollar for meal expenses per day, and 44.6% have an acceptable income, i.e. more than US$1.9 per day. Household income is virtually swallowed up by healthcare costs. 77% of healthcare costs are paid by households in the form of direct payments. Health care costs are so high that over a third of households surveyed are unable to meet them.

Keywords : *access, health care, households, socio-demographic, characteristics*

INTRODUCTION

La santé représente, de nos jours, un des secteurs clé du développement de toute nation, tant en termes d'innovation que de création d'emplois. L'état de santé des populations constitue et reste l'une des conditions majeures de productivité dans toute organisation(1). La Déclaration d'Alma ATA stipule que les soins de santé primaires sont de soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par les moyens qui leur sont acceptables avec leur pleine participation, et à un coût abordable pour la communauté et le pays (2). En 1978, les débats de l'OMS portaient déjà sur les sources de financement envisagées aujourd'hui, à savoir l'impôt, les taxes spéciales, les cotisations de sécurité sociale, le financement communautaire, les paiements directs et l'aide extérieure (3).

La santé peut influer sur le revenu, et vice versa, par de nombreux moyens tels que la stabilité de l'offre de main-d'œuvre et le système politique (4)

D'importantes variations dans les dépenses de santé par habitant peuvent être également observées au sein de différents groupes socio-économiques des pays du monde. La différence est bien plus prononcée dans les pays où les services de santé dispensés par le secteur public sont très réduits comme la RDC. La part des dépenses totales de santé dans le produit intérieur brut (PIB) mondial est passée de 3 % en 1948, à plus de 8 % à l'heure actuelle. On a dépensé dans le monde 3800 milliards pour la santé en 2001, soit plus de 600 USD par habitant. Dans la région de la Méditerranée orientale, ces dépenses s'échelonnent entre moins de 30 USD et plus de 900 USD, alors qu'elles dépassent 2500 USD dans les pays membres de l'OCDE (5) .Les pays dont le produit national brut (PNB) est de 400 USD, tel que le Nigeria et le Ghana, les ménages ne supportent leurs soins de santé qu'à concurrence de 13 $ US par habitant par an. Alors que, dans les pays à PNB inférieur à 100USD, les dépenses des ménages sont très faibles, 2,6 $ US l'an, tel qu'en RDC moins de 5 USD en 1990 (6). En outre, la part de l'assurance-maladie de la sécurité sociale est de 23,9 % dans le monde. Ces chiffres montrent que les systèmes de prépaiement n'ont pas été développés dans de nombreux pays du monde, et qu'un fort pourcentage des ménages doit assumer des dépenses de santé indéterminées, et parfois importantes(5). En 1994, la part relative des soins de santé privés et publics dans le PIB Québécois était de 10,1%, alors que la moyenne Canadienne était de 9.7%(7).

Selon le PNUD, soulignant le paradoxe de la RDC, qui regorge des ressources naturelles avec notamment 49% de réserves mondiales de cobalt, la pauvreté est élevée et a tendance à s'accentuer. la probabilité de décéder avant de fêter son quarantième anniversaire s'élève à 47%, et 75% de la population de la RDC vit sous le seuil de la pauvreté avec moins de 1,25USD par personne et par jour (8). Pour l'ensemble du pays, l'incidence de la pauvreté est très élevée, soit 70,7% par rapport à celle des autres pays de l'Afrique centrale. Il en est également de la profondeur 32,7% et de la sévérité de la pauvreté 18% (9).Jadis, le système de santé de la RDC tirait ses ressources de différentes sources de financement dont les entreprises publiques, le budget de l'Etat, les bailleurs de fonds et les contributions des ménages. Mais aujourd'hui, les ménages et l'aide extérieure sont devenus les sources les plus importantes(10).

Des études ponctuelles menées par MSF, SAVE THE CHILDREN et le MINISANTE sur l'accessibilité financière des ménages aux soins de santé ont démontré que la dépense moyenne des soins de santé par habitant et par an avoisinerait 15% du revenu moyen du ménage(11). Ainsi, l'accès aux soins de qualité est tout simplement privé à la majorité des personnes malades du fait de la pauvreté. Certes, la santé n'a pas de prix, mais le service de santé, ont un coût, et l'on ne peut dépenser plus que ce que l'on possède(12). De tout ce qui précède, nous pouvons déduire que les dépenses de soins de santé représentent un poids considérable pour les ménages bien que pauvres pour la majorité d'entre eux, et doivent user de toutes sortes de stratégies pour y faire face. Voilà pourquoi une réflexion poussée sur les caractéristiques socio-démographiques et économiques des ménages en vue d'approfondir les connaissances sur les dépenses de santé par ces derniers dans la ville de Kinshasa, s'avère importante.

Au cours de cette étude, la préoccupation majeure a consisté à répondre à la question suivante : quelles sont les caractéristiques sociodémographiques et économiques des ménages ayant une influence sur leur accès aux soins de santé à Kinshasa ?

Cet article poursuit un double objectif. Au niveau général, il a été question de contribuer à élever les niveaux de connaissances sur les dépenses des soins de santé par les ménages en vue d'élaborer des stratégies pour améliorer le bien-être de la population de Kinshasa, pour un accès équitable aux soins de santé primaires. 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.
- formuler des suggestions.

Les caractéristiques socio-démographiques et économiques des ménages ayant une influence sur l'accès aux soins à Kinshasa seraient multiples, dont principalement l'âge, le sexe, la religion, le statut matrimonial, l'occupation principale et le niveau de revenu du chef de menages.

Le but de cette recherche est de décrire les différentes caractéristiques socio-démographiques et économiques des ménages ayant une influence sur l'accès de ces derniers aux soins de santé à Kinshasa afin d'élever les niveaux de connaissances sur les dépenses des soins de santé par les ménages en vue d'élaborer des stratégies pour améliorer le bien-être de la population , pour un accès équitable aux soins de santé primaires 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.

I. REVUE DE LITTERATURE

Un écrivain humaniste français a écrit, dans ses réflexions adressées aux gouvernants du 16ième siècle, qu'il n'y a de richesse que d'hommes. Quelles que soient les ressources naturelles présentes dans un territoire, ces dernières ne deviennent richesses qu'une fois travaillées par la main de l'homme. Une seconde approche relie la richesse d'un territoire aux revenus dont disposent les hommes et les femmes qui y résident(13). Certains chercheurs affirment que la pauvreté conduit à une mauvaise santé car les ménages pauvres n'ont pas accès à des soins de qualité et/ou ont un comportement personnel qui met davantage leur santé en danger. Le revenu et le développement économique sont donc les principaux déterminants de la santé (14). Mais cette hypothèse a été rejetée du moins en ce qui concerne les pays industrialisés(4). Ces dernières années, des économistes ont soutenu la théorie contraire, en disant que c'est la mauvaise santé qui entraîne la pauvreté, et ils ont démontré que la mauvaise santé a un effet négatif sur le revenu et le taux de croissance économique des ménages(16).D'autres encore qui défendent la théorie d'une croissance économique durable, reconnaissent de plus en plus la santé comme un type de capital humain. De ce fait, une meilleure santé augmente la productivité d'autres types de capital et contribue à la croissance économique(17).

Le mauvais état de santé diminuerait la capacité des ménages d'acquérir un revenu et d'accumuler de la richesse en limitant les possibilités de travailler, en augmentant les dépenses médicales et en réduisant l'épargne. Ce double rapport dynamique entre la santé et la pauvreté donne aux responsables des politiques, de nouveaux arguments en faveur d'une augmentation des investissements dans le secteur de la santé. Chaque année, 100 millions de personnes sombrent dans la pauvreté parce qu'elles doivent payer directement les services de santé(17). Ces données maliennes montrent qu'en Afrique subsaharienne, la moitié des dépenses de santé sont rapportées au paiement par le malade, donc des dépenses privées, alors que la dépense privée en Europe ne représente que 5 à 15% de la dépense totale de santé. En RDC, le PIB par habitant a été évalué à 74 USD entre 2001 et 2005.Le revenu par habitant est passé de 0,91USD en 1994 à 0, 3USD en 1998(30). Le gouvernement a alloué à la santé en 2004 :5,4343% ; en 2005 : 4,20% ; en 2006 :4,03%; en 2007 :2,62%. Ceci a représenté respectivement 1,41 US/ habitant en 2004 et 1 ,34 US/ habitant en 2005(11). Ce qui fait que le pays se tourne de plus en plus vers l'extérieur pour le financement de son secteur de santé ; lequel financement extérieur pose le problème de dépendance et de durabilité (11). En outre, les conditions socio-politico-économiques défavorables viennent d'ajouter aux causes citées ci haut : PNB, PIB estimés insignifiants, bref un marasme économique (8). C'est dans ce contexte que la réflexion sur le financement de la santé dans les pays en voie de développement a conduit à proposer le principe de recouvrement des coûts, plus connu sous le nom d'Initiative de Bamako, adoptée par les Ministres de la Santé africains réunis en 1987 à Bamako sous l'égide de l'Unicef et de l'OMS. L'utilisateur paie, intégralement ou partiellement, pour les biens et services de santé auxquels il a recours. En RDC, le taux moyen d'utilisation des services de santé est d'environ 0,15 consultations par habitant et par an. En ce qui concerne l'utilisation des services hospitaliers, le nombre d'enregistrements hospitaliers qui était de 35 pour mille habitants au cours de la décennie 80 est tombé à 15 pour mille en 2001. En 2001, la proportion d'enfants de 12 à 23 mois qui avaient reçu tous leurs vaccins n'était que de 29 % (MICS 2). A titre illustratif, 41,0 % d'enfants qui ont reçu la première dose du DTC n'ont pas reçu la troisième. S'agissant de la santé maternelle et reproductive, l'utilisation des services de santé a connu la même tendance ces dernières années.

Au cours de la même année, la proportion des femmes enceintes dont l'accouchement a été assisté par le personnel médical était de 23,7%. Par contre, celle des femmes enceintes qui se font assister par du personnel non qualifié (parent, amie ou sans aide) lors de l'accouchement approche les 40 %.(MICS2(8). Dans certains pays, par exemple, les femmes des 20% de la population la plus riche ont 20 fois plus de chance d'accoucher en présence d'un agent de santé compétent que les femmes plus défavorisées (17). De ce qui précède, le revenu faible ou quasi inexistant de la population n'arrive pas à lui permettre de se prendre en charge, tant pour alléger l'Etat en ayant soit des alternatives telles que les mutuelles de santé. Les soins de Santé un bien, pas

comme les autres, a un coût et ne peut pas être financé par une seule source ; du moins dans la plupart de pays en voie de développement (dont la RD Congo) où le financement est compromis. Ainsi les ménages paient directement des sommes importantes par rapport à leurs revenus.

II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

2.1. Echantillonnage

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 :

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

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 de 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.

2.2. 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 de 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 et le niveau du revenu du ménage.

2.3. 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. Ont été interviewés le chef du ménage ou son représentant (conjoint ou un adulte) ayant des informations suffisantes. Dans le souci d'obtenir satisfaction sur tous les plans stratégiques de l'étude, nous avons utilisé une méthode d'administration et de collecte appelée CAPI.

La collecte des données quantitatives s'est réalisée au moyen du 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., en appliquant la technique d'interview et d'observation directe.

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 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 des communes de la ville de Kinshasa. Cette enquête préliminaire a permis d'évaluer les réactions des personnes interviewées, la qualité de l'outil de collecte des données ainsi que de l'aptitude des enquêteurs.

Les données ainsi collectées ont été codifiées, puis réparties 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 :

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.

Le logiciel SPSS calcule le Khi-carré et détermine le seuil de signification auquel il est valable. Ainsi, si le seuil de signification donné par le logiciel est inférieur à 0,05, on dira qu'il y a association entre les deux variables, dans le cas contraire, on niera la relation tout en acceptant l'hypothèse nulle. Le test du Khi-carré est un test bilatéral et ne précise pas la direction de la relation.

2.4. Considérations éthiques

Les participants à l'étude ont clairement exprimé leur consentement de participer à l'étude après une explication sur la nature, les objectifs, les risques et bénéfices, la liberté, la confidentialité. L'étude n'a pas présenté de risque aux participants ni un bénéfice direct, mais les résultats pourront être utilisés pour des planifications stratégiques en vue d'améliorer l'accès aux soins de qualité par toute la communauté, et de surcroit, la couverture universelle des soins de la population de Kinshasa. En vue de préserver et garantir le respect et la dignité humaine, un formulaire de consentement éclairé avait été rédigé et lu à l'attention des enquêtés. Le consentement éclairé était sollicité par les enquêteurs de façon verbale, en soulignant la libre participation à l'étude. La confidentialité des informations livrées, la sauvegarde de la vie privée des enquêtés et leurs ménages, ont été assurées.

III. DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES DES MENAGES ET L'ACCES AUX SOINS DE SANTE A KINSHASA

Elle nous a permis de procéder à la description des caractéristiques sociodémographiques et économiques de la population de l'étude .

3.1. Âge

Les données de l'étude révèlent que la majorité des ménages enquêtés sont ceux dont l'âge du chef de ménage variant entre 39 et 48 ans, soit 32,1% ; le chef de ménage le plus âgé a 90 ans, contre le plus jeune de 19 ans. L'âge médian de chefs de ménage est de 44 ans et demi, pendant que l'âge moyen de chefs de ménage est de 43 et demi. La taille moyenne des personnes dans les ménages est de 5,7 personnes. Et, 49,1% de ménages enquêtés comptent plus de 6 personnes.

3.2. Sexe

La plupart des ménages enquêtés, soit 70,5% sont ceux dont les chefs sont des hommes contre 29,5% de ménages dirigés par les femmes.

3.3. Niveau d'étude

L'étude nous révèle que la plupart des chefs des ménages enquêtés ont atteint le niveau secondaire, soit 53,4%.

3.4. Religion

Ce tableau nous révèle que la plupart des chefs des ménages enquêtés sont membres des églises de réveil, soit 38,1%.

3.5. Statut matrimonial

La majorité de chefs des ménages enquêtés, soit 40,9%, sont des mariés.

3.6. Taille de ménage

Sur la totalité des ménages enquêtés, 56,2% sont des ménages de petite taille (soit les ménages de 1 à 5 personnes) contre 43,8% des ménages de grande taille où le nombre des membres varie entre 7 et 14 personnes. Les ménages moins peuplés ont 1 personne, et les ménages les plus peuplés comprennent 14 personnes. La taille médiane de ménage est de 6.

3.7. Principale occupation du chef de ménage

Il ressort de nos données que les chefs de ménages enquêtés ayant le commerce comme activité principale sont majoritaires, soit 23,8% parmi les enquêtés.

3.8. Niveau de revenu du chef de ménage

La plupart des ménages enquêtés, soit 55,4% ont un revenu faible contre 44,6% de ceux ayant un revenu acceptable.

IV. DISCUSSION DES RESULTATS

L'âge moyen d'âge des chefs des ménages trouvé dans cette étude est de 44 ans. La moyenne se rapproche de celle de l'étude sur les déterminants de l'utilisation de services de santé dans la zone de santé de Kadutu au Sud-Kivu, qui est de 41,8 ans (33) ; mais cette moyenne s'écarte de 48,75 ans trouvés dans la zone de santé de Ngaba. (32) La taille moyenne des ménages est de 6 personnes. Cette moyenne est proche de la moyenne nationale (5 personnes) selon EDS 2013-2014(13), et inférieure à celle de l'étude de Kadutu (8

personnes) et de Dhara au Sénégal (environ 9 personnes), (33) (40). Dans cette étude, 49,1% de ménages ont plus de 6 personnes.

En ce qui concerne le sexe des chefs de ménages, environ 71% des ménages sont dirigés par des hommes, contre 29% par des femmes. Ce résultat s'écarte légèrement de celui de l'EDS 2013-2014 (25% des femmes) et de celui de l'étude de Ngaba (22% des femmes chefs de ménages). Cette différence significative de proportion entre les hommes et les femmes peut s'expliquer par la culture du milieu qui valorise plus les femmes au foyer que celles qui vivent seules avec les enfants ; l'homme est le chef d'office.

Concernant le niveau d'instruction, 6% des chefs des ménages n'avaient aucun niveau d'instruction, 8% du niveau primaire, et, plus de la moitié des chefs des ménages étaient du niveau secondaire (53%), néanmoins 33% ont atteint le niveau supérieur. Ce résultat est de loin supérieur à celui de Kadutu au Sud-Kivu où, 10% n'avaient aucun niveau, et dans l'ensemble, 65% avaient un niveau inférieur au secondaire. Cette différence peut avoir son explication du fait que la ville de Kinshasa est l'une des provinces où les infrastructures scolaires et supérieures sont plus implantées. Le résultat de notre étude rentre dans la logique nationale ; selon EDS 2013-2014, le niveau d'instruction des enquêtés varie en fonction du milieu de résidence (13). Les proportions de femmes et d'hommes n'ayant aucune instruction sont plus élevées en milieu rural (respectivement 23 % et 6 %) qu'en milieu urbain (respectivement 4 % et 1 %). L'écart est important entre la ville de Kinshasa et le reste du pays.

Pour le statut matrimonial, la majorité des chefs de ménages enquêtés sont mariés, soit 41%, suivis des célibataires 29%, puis les unions libres 14% , les divorcés 9% et les veuf (ves) ne représentent qu'une minorité à 7%. Ces résultats ne corroborent pas ceux de l'étude de Rubavu au Rwanda dont environ72% étaient mariés, les veufs(ves) représentaient 19%, célibataires à 6% et les divorcés/vivants seuls à 3% (10).

Par contre, nos résultats se rapprochent de ceux de l'EDS 2013-2014, en RD Congo où il y a 46% des mariés, 26% des célibataires, 18% qui vivent en union libre, 8% des divorcés et 2% des veufs(ves). (13)

Quant à la religion pratiquée, les résultats de notre étude montrent que la plupart des chefs des ménages fréquentent les Eglises de réveil, soit 38,1%, suivis des catholiques 24,9%, puis les Kimbanguistes à 16,3% et la religion protestante vient en quatrième position avec 10,6%, les autres 5,7% et 4,4% pour les autres. Ces résultats ne corroborent pas dans la succession ceux de l'EDS 2013-2014 dont la religion catholique vient en tête de position avec 38%, suivie de l'église protestante 27%, et le Kimbanguiste occupe la troisième place avec 3%. Ceci s'explique du fait d'une montée vertigineuse du phénomène des prophéties pour la prospérité, le mariage, le voyage en Europe, etc dans des églises de réveil à Kinshasa.

Concernant l'occupation des chefs des ménages, 23,8% sont des commerçants, 20,5% des fonctionnaires de l'Etat, 17,4% des étudiants, 15,5% des ménagères, 9,1% des autres occupations non précisées, 7,8% sans aucune occupation et 6% des cultivateurs.

Etant donné la rareté classique d'emplois dans la ville de Kinshasa, la proportion de l'activité du commerce général constitue presque un quart de l'activité principale des chefs des ménages. (6)

Selon le résultat de cette étude, 55,4% des ménages vivent avec un revenu faible, soit moins d'un dollar américain pour les dépenses du repas par jour, et 44,6% ont un revenu acceptable, soit plus de 1,9 $US par jour.

Ce résultat ne corrobore pas le rapport de la Banque mondiale selon lequel, 88 % de la population Congolaise se situent en deçà du seuil de pauvreté. (37)

CONCLUSION

L'étude avait comme objectif de décrire les caractéristiques socio-démographiques et économiques des ménages en vue d'élever les niveaux des connaissances sur les dépenses de soins de santé des populations dans la ville de 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.

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 fréquenté les structures sanitaires modernes. Il est possible d'élever les niveaux de connaissance sur les dépenses des soins de santé par les ménages en vue d'élaborer des stratégies pour améliorer le bien-être de la population de Kinshasa, pour un accès équitable aux soins de santé primaires si certaines mesures sont prises. Le revenu des ménages est quasi englouti dans les dépenses des soins. Les 77% des coûts de soins sont payés par les ménages sous forme directe.

Cette étude a révélé que la majorité des ménages enquêtés sont ceux dont l'âge du chef de ménage variant entre 39 et 48 ans, soit 32,1% ; La taille moyenne des personnes dans les ménages est de 5,7. Et, 49,1% de ménages enquêtés comptent plus de 6 personnes. La plupart des ménages enquêtés, soit 70,5% sont ceux

dont les chefs sont des hommes contre 29,5% de ménages dirigés par les femmes. En plus, 53,4% des chefs des ménages enquêtés ont atteint le niveau d'étude secondaire. Par contre, la plupart des chefs des ménages enquêtés sont membres des églises de réveil, soit 38,1% et 40,9% de chefs des ménages enquêtés sont des mariés. Par ailleurs, il ressort également que les chefs de ménages enquêtés ayant le commerce comme activité principale sont majoritaires soit 23,8% parmi les enquêtés. Et, la plupart des ménages enquêtés soit 55,4% ont, un revenu faible contre 44,6% de ceux ayant un revenu acceptable. Ces caractéristiques ont, d'une manière ou d'une autre une influence sur le comportement des ménages face à l'accès aux soins de santé. Une intervention qui voudrait améliorer les connaissances sur la notion des dépenses des soins de santé dans la ville de Kinshasa devra s'y appesantir en priorité.

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

Au niveau central

- augmenter la part du budget accordée au secteur santé et le répartir équitablement dans les provinces, communes et zones de santé du pays ;
- une subvention plus accrue des établissements des soins par l'Etat peut permettre de réduire les coûts des soins, et ainsi minimiser les risques d'exclusion financière aux dépens des plus pauvres. Ceci devra être accompagné d'une bonne gouvernance et d'un contrôle permettant de s'assurer d'une utilisation rationnelle des fonds alloués à la santé ;
- accroître le potentiel financier des ménages en payant régulièrement les travailleurs (fonctionnaires et autres) un salaire plus ou moins décent et en encourageant la mise en place des activités génératrices de revenus : micro - crédits, petit commerce, agriculture, coopératives.

Au niveau intermédiaire et périphérique

- réduire les dépenses de santé à charge des patients et faciliter l'instauration d'une tarification transparente pouvant stimuler le recours aux soins par les ménages les plus défavorisés ;
- porter Une attention particulière aux plus vulnérables en renforçant pour eux des mesures de solidarité et d'exonération ;
- intégrer au système des SSP les structures de santé privées viables pour améliorer l'accès physique aux soins des pauvres.

A L'endroit de la population

- que la population fasse de la lutte contre la pauvreté sa préoccupation en sensibilisant les chefs de ménage sans occupation pour les amener à réaliser certaines activités qui peuvent rapporter au lieu de passer leurs journées à ne rien faire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- MVUDI M. Module du financement du système de santé dispensé en économie de la santé ESP-UNIKIN. Kinshasa, Fevrier 2010
- Xu K et al. Household catastrophic health expenditure : a multicounty analysis, lancet, 12 juillet 2003, 362: 111-117
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde. Changer le cours de l'histoire, Genève, 2004
- THE FRASER INSTITUTE: The Economic Freedom Network, October 1999 http://www.Info@ Fraser institute.ca;
- Ministère du Plan : Document de Stratégie de la Croissance et de la Réduction de la Pauvreté, Kinshasa, juin 2006
- MINISANTE RDC, Politique et stratégies de financement du secteur de santé, Kinshasa, Novembre 2005
- CRDI: Gouvernance, équité et santé : Politiques publiques et protection contre l'exclusion, Montréal, 2003
- Banque Mondiale, République Démocratique du Congo, Santé, Nutrition et Population, Rapport analytique santé et pauvreté, mai 2005
- GALLAND B. et al. Evaluer la viabilité des centres de santé, Fascicule n°1 : Guide méthodologique, juin 1997
- ZS BO. Rapport Annuel de la Zone de Santé. Kinshasa, 2010
- Institut national de la Statistique et des études économiques. Page de profil n°20, février 2007
- Preston SH. Mortality Patterns in national populations. Newyork, Academic Press,1976

- OMS : Rapport de la commission Macroéconomique et santé : Investir dans la santé pour le développement économique. Genève, 2001
- AFR J. The economic consequences of AIDS in AFRICA: Fertil sexual Reproduction health,1996 décembre ;1(2) :153-61
- KUNST A et al. A global picture of poor-rich difference in the utilization of delivery care. In the brouwere V. safe motherhood strategies: a review of the evidence. Studies in health service Organization and policy,2001,1
- 16 OMS: Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant, Genève, 2000
- MASELIS A. Bulletin Hebdomadaire N° 11du 18 mars 2010 www/http/vts@assuralia.be
- RUSSEL S. Ability to pay for health care: concepts and evidence. Health policy plan: 2010 May, 23(3).237-47
- BENDELAC J. Utilisation des services de santé selon le rapport de l'état de santé .Avril 2004
- BANQUE MONDIALE. Comment sauver l'Afrique ? Problèmes économiques 2000; 2684 : 14- 18