

# *Evaluation De L'Accessibilité Financière Aux Soins Curatifs, Facteur De Développement : Cas De La Zone De Santé De Lukonga »*

OLOMBE LOMAMBA Joseph<sup>1</sup>, TSHIBEKE NTUMBA Stéphane<sup>2</sup>, SANGUNU SAMAPANGU Jean Paul<sup>3</sup>, PONGO PONGO Donat<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Licencié en Développement Rural, coordonnateur Eau, Hygiène et Assainissement au Bureau Central de la Zone de Santé de Lukonga, Chargé des Projets à l'ONGD : Action pour le Développement Rural Intégré (ADERI) et Assistant de deuxième mandat à l'ISTM-Kananga (Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kananga).

Contacts : 0996705882/0813304787.

E-mail : josepholombe8@gmail.com



**Résumé – La santé est à la fois une condition préalable, un résultat et un indicateur du développement durable. La population doit accéder aux soins curatifs sans difficultés.**

**Nous avons interrogé un échantillon aléatoire de 91 chefs de ménages, sur 153 ciblés dans trois aires de santé sur dix-neuf, du 15 janvier au 15 avril 2024.**

**Nous avons trouvé que :**

- **Le taux d'accessibilité aux soins de santé curatifs par les ménages est très faible : 38,5%**
- **Les principales pathologies de consultation sont le paludisme (63,2%) et la fièvre typhoïde (10,5%)**
- **Les principaux obstacles aux soins sont le coût élevé (46,2% des enquêtés), le manque de médicaments (20,9%) et le mauvais accueil (12%)**
- **100% des ménages reconnaissent que la santé a de lien avec le développement**
- **42,2% des enquêtés suggèrent à la population de s'adonner aux AGR afin de faciliter leur accès aux soins et 17,5% proposent la diminution des coûts de soins curatifs**
- **L'occupation professionnelle non rémunéré (p=0,0038) et le faible revenu mensuel du ménage (p=0,0122) sont des facteurs explicatifs ou déterminants de la faible accessibilité aux soins curatifs.**

**Le développement d'une société humaine étant intimement lié à l'état de santé de sa population, les autorités politico-sanitaires et les professionnels de santé doivent alléger le coût de soins, assurer un bon accueil aux patients et leur administrer des soins de qualité pour y faire accéder facilement toute la population.**

**Mots clés – Accessibilité financière, Coût de soins, Développement, Revenu mensuel, AGR.**

## 1. INTRODUCTION

La crise multiforme que traverse la République Démocratique du Congo (RDC) depuis quelques décennies affecte tous les secteurs vitaux dont la santé et particulièrement dans la zone de santé de Lukonga.

En effet, le problème d'accessibilité financière aux soins curatifs se pose avec gravité dans cette contrée : la dégradation/vétusté des infrastructures sanitaires, l'insuffisance et la rupture intempestive en médicaments et en matériels sanitaires, le faible appui de l'Etat dans ce secteur, le coût élevé des soins, ..., pèsent lourdement sur la population qui a du mal à se faire soigner en cas de maladie. La crise économique a envahi le pays depuis des années et le budget alloué au secteur de santé nage entre 1 et 5%, situation qui ne permet pas aux services de santé de répondre à leur mission, notamment celle d'offrir les soins de santé de qualité à la population. Par conséquent, le poids du financement a été déchargé aux ménages qui, par ailleurs, vivent dans des conditions économiques déficitaires qui ne leur permettent pas de faire face au coût des soins (SADIKI, 2019). Sur le plan économique, la population de la zone de santé de Lukonga connaît un niveau socioéconomique le plus bas de la ville de Kananga (< 1 \$ par habitant et par jour) caractérisé par un faible pouvoir d'achat dont les répercussions sur le système de l'offre et de la demande restent manifestes (PAO ZS Lukonga, 2023).

Toutefois, on observe assez naturellement qu'il y a une corrélation entre les niveaux de vie tels que mesurés par le PIB en partie de pouvoir d'achat et les niveaux de santé. Une meilleure santé contribue de manière importante au progrès économique, puisque les populations en bonne santé vivent longtemps, sont plus productives et épargnent plus (Pierre-Marie, 2009).

En effet, s'ils sont en santé, les personnes peuvent réaliser leur plein potentiel, les enfants sont en mesure d'apprendre, les travailleurs sont productifs et les parents prennent mieux soins de leurs enfants. La santé est aussi un indicateur clé des progrès d'un pays, car, un pays dont la population est en bonne santé est davantage en mesure de connaître des progrès (OMS, 2008). Ainsi, lors de la réunion de haut niveau de l'assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle tenue en 2019, les pays ont réaffirmé que la santé était à la fois une condition préalable, un résultat et un indicateur du développement durable dans ses dimensions sociales, économiques et environnementales. Lors de ces assises, il a été constaté qu'environ 2 milliards de personnes sont confrontées à des dépenses de santé catastrophiques qui entraînent leur appauvrissement (ONU, 2019).

Il est bien évident que l'amélioration de la santé de gens doit être considérée comme l'un des principaux objectifs du processus de développement (OMS, 2008). Il est ainsi essentiel d'assurer la santé et le bien-être de tous si nous voulons éradiquer la pauvreté, réaliser le développement durable, contribuer à la croissance économique et assurer la prospérité des collectivités. La santé est un droit de la personne inaliénable en vertu de la déclaration universelle des droits de l'homme.

LASSONDE (1996) est d'avis avec nous à ce sujet lorsqu'elle dit : « *tout individu a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il est capable d'améliorer* ». Il y a donc un contraste lorsque les coûts de soins sont élevés, alors qu'il y a la misère de la population, le chômage, le retard et l'insuffisance des salaires.

Declerc (1995) aborde dans le même sens et dit : « *les conditions actuelles de la vie dans le pays (la RDC) et le coût de soins de santé ont pour conséquence une situation de plus en plus habituelle (...), les frais d'hôpitaux sont élevés et dépassent les possibilités de bien de familles* ».

Oackley (1989) quant à lui souligne qu'« *il est absolument évident que la majorité de la population mondiale n'a pas régulièrement accès à des services de santé organisés. En fait, la plupart des gens font face aux maladies qui les frappent avec pratiquement aucun appui officiel et dans les conditions de pénurie alimentaire et financière* ».

Dans ces conditions, en cas de maladie, beaucoup de gens font recours aux tradipraticiens ou s'adonnent carrément à l'automédication avec toutes les conséquences qui en découlent. Pourtant, l'automédication est dangereuse et nuisible. Elle fait perdre de l'argent et conduit souvent à la mort.

Le travail est source du bonheur dit-on, mais tout travail physique ou intellectuel soit-il demande qu'on soit en bonne santé, puisque la personne malade ne peut se remettre au travail qu'après avoir reçu les soins de qualité. Cependant, notre observation, faite en informel dans la zone de santé de Lukonga nous fait constater que la plupart des habitants de cette entité sanitaire et administrative n'ont pas un bon accès aux soins de santé. C'est pourquoi nous avons initié cette étude dans l'objectif **d'évaluer le niveau d'accessibilité de cette population aux soins et de recueillir leur opinion sur le lien qui existe entre la santé et le développement.**

## 2. Approche Méthodologique de l'étude

### a) Milieu de recherche

Nous avons mené cette étude dans la zone de santé de Lukonga, (Division Provinciale de la Santé du Kasai Central). Celle-ci est l'une de vingt-six zones de santé de la province du Kasai Central, en République démocratique du Congo (RDC).

En effet, la zone de santé de Lukonga est constituée de 19 aires de santé dont six urbaines et 13 rurales. Elle sert une population estimée à 348.926 habitants dont 6.077 enfants âgés de 0 à 59 mois et 11.852 femmes en âge de procréer. Elle couvre une superficie de 172 Km<sup>2</sup>, avec une densité de 2214 habitants /Km<sup>2</sup>.

Elle organise un hôpital général de référence, 3 centres de santé de références, 16 centres de santé et 8 postes de santé.

### b) Méthode et techniques

Dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé la méthode de questionnaire d'enquête qui nous a permis d'établir un rapport entre l'accessibilité financière aux soins curatifs et le développement. Celle-ci a été associée aux techniques d'observation, d'interview structurée et d'échantillonnage.

Par la première technique, nous avons vu et entendu comment la population de la zone de santé de Lukonga se plaint du coût des soins, par la deuxième, quelques documents relatifs à notre étude ont été consultés, à travers l'interview structurée, un questionnaire d'enquête a été confectionné dans le souci d'avoir plus d'informations sur cette problématique.

Enfin, par la dernière technique, nous avons tiré au hasard un échantillon représentatif de trois aires de santé sur un total de 19 aires que compte la zone de santé au sein desquelles quelques ménages répondant aux critères ont été interrogés.

### c) Population cible, échantillonnage et échantillon

La population cible de notre étude est constituée de 49.847 ménages recensés par le bureau central de la zone de santé de Lukonga (2023).

Par la technique d'échantillonnage aléatoire par strates, nous avons sélectionné d'abord trois aires de santé dont une rurale. Ces dernières ont une population à l'étude de 10.346 sujets. Ensuite, au sein de ces aires de santé sélectionnées, nous avons tiré aléatoirement 152 ménages afin de leur administrer notre questionnaire.

En effet, nous attendant à ce que le taux d'accès aux soins soit de 90% (p=90 et q=10), la taille de l'échantillon est obtenue par la formule de Fisher suivante :

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q}{d^2} = \frac{1,96^2 \times 90 \times 10}{5^2} = 138$$

Donc, notre échantillon est estimé à 138 sujets qui sont tirés proportionnellement dans les trois aires de santé ciblées de la manière représentative donnée par le tableau suivant :

Aire de santé	Nombre de ménages	%	Echantillon
Dikongayi	4021	38,9	54
Kanyuka	3781	36,5	50
Tshibashi	2544	24,6	34
<b>Total</b>	<b>10346</b>	<b>100,0</b>	<b>138</b>

Toutefois, tous les chefs de ménages contactés n'ont pas remis le questionnaire dûment rempli : ce qui a réduit notre échantillon réel à 91 sujets, soit 65,9% de la taille estimée.

#### d) Critère d'inclusion

Ne pouvait être inclus dans notre étude qu'un individu remplissant à la fois tous les critères ci-après :

- Habiter l'une de trois aires de santé sélectionnées (Kanyuka, Tshibashi ou Dikongayi),
- Etre âgé de plus de 18 ans,
- Etre un chef de ménage ou son représentant,
- Savoir que l'accès au centre de santé ou à l'hôpital au dernier trimestre 2022 était appuyé par des partenaires,
- Avoir accepté volontairement de répondre à nos questions.

#### e) Considérations éthiques

Pendant la période d'étude, quelques notions d'éthique ont été prises en compte, notamment l'anonymat, la confidentialité et le consentement libre et éclairé de nos enquêtés.

### 3. RESULTATS

Les tableaux qui suivent donnent la répartition des enquêtés selon leurs différentes caractéristiques (variables indépendantes), et recherchent à la fois la probable association qu'il y a entre chacune des variables indépendantes et l'accessibilité financière aux soins de santé curatifs (variable dépendante) ; par le test d'association de Bravais Pearson ou test de Khi-carré.

**Tableau 1. Répartition des enquêtés selon leurs caractéristiques sociodémographiques**

Variables	Catégories	Accessibilité financière à la santé						Paramètres statistiques		
		Oui		Non		Total		X <sup>2</sup>	dl	p
		n	%	n	%	n	%			
Age (ans)	18-20	2	50,0	2	50,0	4	4,4	3,5696	5	0,6129 <b>DNS</b>
	21-25	8	50,0	8	50,0	16	17,6			
	26-45	5	23,8	16	76,2	21	23,1			
	46-50	8	22,9	10	55,6	18	19,8			
	51-75	8	34,8	15	65,2	23	25,3			
	75-89	4	44,4	5	55,6	9	9,9			
Sexe	Masculin	23	40,4	34	59,6	57	62,6	0,7972	1	0,3212 <b>DNS</b>
	Féminin	12	35,3	22	64,7	34	37,4			
Milieu de vie	Urbain	29	40,6	38	59,4	64	70,3	0,6764	1	0,2642 <b>DNS</b>
	Rural	9	33,3	18	66,7	27	29,7			
Taille du ménage	2 – 4	1	14,3	6	85,7	7	7,7	5,1587	2	0,0758 <b>DNS</b>
	4 – 6	5	23,8	16	76,2	21	23,1			
	6 – 8	29	46,0	34	54,0	63	69,2			
<b>Total</b>		<b>35</b>	<b>38,5</b>	<b>56</b>	<b>61,5</b>	<b>91</b>				

Il ressort de ce tableau que la tranche de 25,3% des chefs de ménage ont un âge compris entre 51 et 75 ans, avec une moyenne de 46,6 ans. Les chefs de ménage du sexe masculin (62,6%) sont plus nombreux que ceux du sexe féminin (37,4%). Le milieu urbain est plus prépondérant que celui rural (70,3% contre 29,7%) et 69,2% des ménages ont une très grande taille (soit 6 à 8 membres), avec une moyenne de 6,2 membres par ménage.

Khi-carré indique qu'aucune caractéristique sociodémographique n'est un facteur d'accessibilité financière aux soins de santé.

**Tableau 2. Répartition des enquêtés selon leurs caractéristiques culturelles**

Variables	Catégories	Accessibilité financière à la santé						Paramètres statistiques		
		Oui		Non		Total		X <sup>2</sup>	dl	P
		n	%	n	%	n	%			
Niveau d'études	Primaire	1	16,7	5	83,3	6	6,6	3,6287	3	0,3045 <b>DNS</b>
	Secondaire	18	37,5	30	62,5	48	52,7			
	Universitaire	12	52,2	11	47,8	23	25,3			

	Aucun	4	28,6	10	71,4	14	15,4			
Religion	Musulmane	2	100,0	0	0,0	2	2,2	4,1664	4	0,3840 DNS
	Catholique	11	35,5	20	64,5	31	34,1			
	Presbytérienne	6	46,2	7	53,8	13	14,3			
	Eglises de réveil	9	32,1	19	67,9	28	30,8			
	Autres	7	31,2	10	58,8	17	18,7			
<b>Total</b>		<b>35</b>	<b>38,5</b>	<b>56</b>	<b>61,5</b>	<b>91</b>				

Ce tableau révèle que seulement 15,4% des chefs de ménage sont analphabètes contre 84,6% qui sont alphabétisés. Il indique en outre que 34,1% sont des catholiques et 30,8% sont les adeptes des églises de réveil.

Le test de Khi-carré fait voir qu'aucune caractéristique socioculturelle n'a d'influence sur l'accessibilité financière aux soins de santé.

**Tableau 3. Répartition des enquêtés selon leurs caractéristiques économiques**

Variables	Catégories	Accessibilité financière à la santé						Paramètres statistiques		
		Oui		Non		Total		X <sup>2</sup>	dl	P
		n	%	n	%	n	%			
Occupation professionnelle	Débrouillard	10	28,6	25	71,4	35	38,5	15,498 7	4	0,0038 DTS
	Agent de l'Etat	20	60,6	13	39,4	33	36,3			
	Commerçant	2	66,7	1	33,3	3	3,3			
	Agriculteur	3	27,3	8	72,7	11	12,1			
	Aucune	0	0,0	9	100,0	9	9,9			
Revenu mensuel	Faible	21	31,3	46	68,7	67	73,6	4,3579	1	0,0122 DS
	Moyen	14	58,3	10	41,7	24	26,4			
<b>Total</b>		<b>35</b>	<b>38,5</b>	<b>56</b>	<b>61,5</b>	<b>91</b>				

Au vu de ce tableau, 38,5% des sujets sont des débrouillards et 36,3% sont des agents de l'Etat. En outre, 73,6% ont un revenu mensuel faible ; et enfin 61,5 % des enquêtés estiment que leur revenu n'est pas suffisant pour la santé.

Khi-carré indique que l'occupation professionnelle ( $X^2 = 15,4987$  au  $dl = 4$  et  $p = 0,0038$ ) est un facteur d'accès financier aux soins de santé. Le revenu mensuel est un facteur de risque ( $X^2 = 4,3579$  au  $dl = 1$  et  $p = 0,0122$ ).

**Tableau 4. Répartition des enquêtés selon leurs caractéristiques sanitaires**

Variables	Catégories	Accessibilité financière à la santé					Paramètres statistiques			
		Oui		Non		Total	X <sup>2</sup>	dl	P	
		n	%	n	%					
Structure sanitaire la plus proche (n=91)	HGR	6	75,0	2	25,0	8	8,8	7,65 33	4	0,1051 <b>DNS</b>
	CSR	7	21,2	10	58,8	17	18,7			
	CS	21	32,8	43	67,2	64	70,3			
	PS	0	0,0	1	100,0	1	1,1			
	Aucune	1	100,0	0	0,0	1	1,1			
Principal objet de fréquentation (n=76)	Malaria	13	27,1	35	72,9	48	63,2	7,96 54	4	0,0929 <b>DNS</b>
	Fièvre typhoïde	2	25,0	6	75,0	8	10,5			
	Diarrhée	3	50,0	3	50,0	6	7,9			
	Toux	2	33,3	4	66,7	6	7,9			
	Autre	6	75,0	2	25,0	8	10,5			
Coût des soins (n=76)	10 000 FC	11	31,4	24	68,6	35	46,1	4,28 91	4	0,3683 <b>DNS</b>
	10 à 20 000	10	47,6	11	52,4	21	27,6			
	20 à 30 000	2	15,4	11	84,6	13	17,1			
	30 à 50 000	2	50,0	2	50,0	4	5,3			
	Plus de 50 000	1	33,3	2	66,7	3	3,9			
Obstacle aux soins (n=91)	Coût élevé	18	42,9	24	57,1	42	46,2	3,13 18	6	0,7921 <b>DNS</b>
	Grande distance	2	40,0	3	60,0	5	5,5			
	Mauvais accueil	5	45,5	6	54,5	11	12			
	Mauvais soins	0	0,0	2	100,0	2	2,2			
	Incompétence	1	50,0	1	50,0	2	2,2			
	Pas de médic.	5	26,3	14	73,7	19	20,9			
	Autres	4	40,0	6	60,0	10	11,0			

Ce tableau montre que dans la zone de santé de Lukonga :

- ✓ Seulement 1,1% des ménages sont éloignés d'une structure de santé contre 98,9% qui en sont proches ;
- ✓ 83,5% ont fréquenté une structure de santé dans les deux mois qui ont précédé notre enquête ;
- ✓ 63,2% ont fréquenté une structure de santé pour le paludisme et 10,5% pour la fièvre typhoïde ;
- ✓ 46,1% n'ont dépensé que 10000 FC pour les soins ;

✓ 46,2% disent que l'obstacle aux soins est l'insuffisance financière ;

Le test de Khi-carré fait constater qu'aucune caractéristique sanitaire n'a de lien significatif avec l'accessibilité financière aux soins de santé.

**Tableau 5. Opinion des sujets sur le lien entre la santé et le développement**

Variables	Catégories	Fréquence	%
Lien santé et développement	Oui	91	100,0
	Non	0	0,0
Type de lien entre les deux	Accès au travail	39	42,9
	Productivité	31	34,1
	Force physique	21	23,1
Propositions pour accès aux soins	Diminuer le coût de soins	16	17,5
	Sensibiliser la population	23	25,3
	Aller d'abord à la FOSA	6	6,6
	Faire une AGR	39	42,9
	Améliorer l'accueil	5	5,5
	Solliciter l'appui des partenaires	1	1,1
	Soigner gratuitement les indigents	1	1,1

Il ressort de ce tableau 5 que :

- ✓ 100% des sujets enquêtés établissent un lien entre la santé et le développement ;
- ✓ Pour 77% d'entre eux ce lien concerne l'accès au travail (42,9%) ou la productivité (34,1%) ;
- ✓ 42,9% des enquêtés proposent à la population de faire une activité génératrice des revenus (AGR) afin de pouvoir augmenter leur pouvoir d'achat et pouvoir bien faire soigner les siens en cas de maladie.

## 4. DISCUSSION DES RESULTATS

### 4.1. Taux d'accès aux soins curatifs

Il ressort des tableaux 1 à 4 que le taux d'accès aux soins curatifs dans la zone de santé de Lukonga est très faible, soit 38,5% des ménages. Nous recherchons dans cette étude les facteurs qui peuvent être associés à cette faible accessibilité de la population aux soins de santé curatifs dans cette zone de santé urbano-rurale.

Cependant, ce taux ne corrobore pas ceux trouvés dans d'autres études. A titre indicatif, MULANGE et col (2021) ont trouvé que la probabilité d'accéder aux soins de santé est estimée à 73% dans la zone de santé de Kiambi, district sanitaire de Tanganyika, en RDC. Pour CILUNDIKA et col (2015), la proportion de la faible utilisation des services curatifs était de 53,3% en 2013 dans la zone de santé de Pweto.



La différence entre nos résultats et ceux d'autres auteurs est surtout liée à la divergence des milieux, des périodes et des échantillons. Toutefois, la proportion de notre étude indique que l'accessibilité aux soins curatifs dans la zone de santé de Lukonga est la plus faible. Les autorités sanitaires de cette zone de santé doivent fournir beaucoup d'efforts pour relever le défi.

## 4.2. Portrait de l'échantillon et déterminants de la faible accessibilité aux soins curatifs

### a) Caractéristiques sociodémographiques

- **Age** : le tableau 1 indique que l'âge des chefs de ménage varie de 18 à plus de 89 ans. Les sujets les plus actifs, 18 à 50 ans, sont les plus prépondérants avec 64,8% et l'âge moyen est de 46,6 ans. Mais la classe modale est celle de 51-75 ans avec 25,3% des cas.

Cependant, le test de Khi-carré nous fait voir que l'âge du chef de ménage n'a pas d'influence sur l'accessibilité financière aux soins ( $X^2=3,5696$ ,  $dl=5$ ,  $p=0,6129$ ) ; bien que le taux d'accessibilité semble diminuer avec l'âge, passant de 50% chez les sujets de 18 à 25 ans à 34,8% chez ceux de 51-75 ans. L'âge des chefs de ménage n'est donc pas un déterminant de l'accessibilité financière aux soins de santé.

- **Sexe** : le tableau 1 fait constater que 62,6% des chefs des ménages sont des femmes alors que 37,4% sont des hommes. Le taux des femmes est donc supérieur à la moyenne nationale qui est de 25% des femmes chefs des ménages (EDS-RDCII, 2014), mais certaines femmes interrogées ont répondu à la place de leurs maris qui étaient absents le jour de l'enquête.

Toutefois, le taux d'accessibilité aux soins est resté faible dans toutes les deux catégories : 40,4% des ménages dirigés par un homme contre 35,3% pour ceux dirigés par une femme. Il est ressorti du test de Khi-carré que la différence entre les deux catégories n'est pas significative ( $X^2=0,7972$ ,  $dl=1$ ,  $p=0,3212$ ). Le sexe du chef de ménage n'est donc pas un déterminant de l'accessibilité aux soins de santé.

- **Milieu de vie** : le tableau 1 fait voir que 70,3% des ménages enquêtés sont dans un milieu urbain, alors que 29,7% sont dans un milieu rural. Cela est évident d'autant plus que sur les trois aires de santé que nous avons sélectionnées, deux sont urbaines (Aires de santé de Dikongayi et Kanyuka) et une rurale (aire de santé de Tshibashi).

Mais le test de Khi-carré indique que le taux d'accessibilité aux soins est de 40,6% dans le milieu urbain contre 33,3% dans le milieu rural : ces différences ne sont pas significatives ( $X^2=0,6764$ ,  $dl=1$ ,  $p=0,2642$ ). Le milieu de vie n'est donc pas un déterminant de l'accessibilité des ménages aux soins de santé.

- **Taille du ménage** : il ressort enfin du tableau 1 que la majorité des ménages, soit 69,2%, sont constitué de 6 à 8 membres tandis que 23,8% sont composés de 4 à 6 membres et 7,7% de 2 à 4 membres ; avec une moyenne de 6,2 membres par ménages. Ceci est vrai dans la mesure où la mentalité locale consiste à avoir beaucoup d'enfants qui sont considérés comme une richesse.

Dans leur étude dans la zone de santé de Kiambi, MULANGE et col (2021) ont estimé la taille moyenne du ménage à 7,6 personnes, une taille moyenne supérieure à celle de la zone de santé de Lukonga.

Quant au taux d'accessibilité aux soins, il est trop faible dans toutes les catégories de la taille du ménage, variant de 14,3% dans les ménages restreints (2-4 membres) à 46% dans les ménages très larges (6 membres ou plus). Mais, la différence entre ces proportions n'est pas significative ( $X^2=5,1587$ ,  $dl=1$ ,  $p=0,0758$ ) : la taille du ménage n'est donc pas associée à l'accessibilité aux soins de santé.

Nos résultats indiquent donc qu'aucune caractéristique sociodémographique du chef de ménage n'est associée à l'accessibilité financière des ménages aux soins de santé curatifs. Ce qui corrobore entièrement les résultats trouvés par CILUNDIKA et col (2015) dans la zone de santé de Pweto. Cependant, MULANGE et col (2021) ont estimé que l'âge du chef de ménage et la taille du ménage sont significatifs pour expliquer l'accessibilité aux soins de santé. Ce qui n'est pas le cas dans notre étude.

## b) Caractéristiques culturelles

- **Niveau d'études** : Du tableau 2 il ressort que 84,6% des chefs des ménages enquêtés sont alphabétisés dont seulement 6,6% n'ont fait que des études primaires, 52,7% ont fait des études secondaires et 25,3% des enquêtés ont fait des études supérieures ; cela du fait de la disponibilité des établissements scolaires dans le milieu.

Par contre, ce tableau fait constater que le taux d'accessibilité aux soins de santé reste faible dans toutes les catégories, mais il augmente avec le niveau d'études : de 16,7% chez les chefs de ménages n'ayant fait que des études primaires, il augmente à 37,5% chez ceux ayant fait des études secondaires, pour atteindre un pic de 52,2% chez les chefs ayant fait des études supérieures ou universitaires. Toutefois, la différence entre ces proportions n'est pas significative :  $X^2 = 3,6287$ ,  $dl=3$  et  $p=0,3045$ .

- **Religion** : le tableau 2 ressort que la majorité des enquêtés (79,1%) sont des chrétiens catholiques (34,1%), des églises de réveil (30,8%) ou des presbytériens (14,3%) : ce sont ces églises qui sont majoritaire dans la zone. Alors que seulement 2,2% sont des musulmans (avec une seule mosquée pour toute la zone de santé) et 18,7% appartiennent à des églises africaines (kimbanguistes et dérivés, sacrificateurs, etc.).

Le taux d'accessibilité aux soins de santé est très élevé chez les musulmans (100%), mais faible chez les autres croyants (moins de 50%). Mais la différence entre les proportions n'est pas significative ( $X^2=4,1664$ ,  $dl=4$ ,  $p=0,3840$ ).

Il ressort donc qu'aucune variable culturelle n'est un déterminant de la faible accessibilité financière aux soins de santé curatifs dans la zone de santé de Lukonga.

## c) Caractéristiques économiques

- **Occupation professionnelle** : la lecture du tableau 3 révèle que 38,5% des sujets sont des débrouillards et 36,3% sont des agents de l'Etat, alors que 12,1% pratiquent des activités agropastorales et 3,3% sont dans le commerce ; tandis que 12,1% ne pratiquent aucune activité professionnelle. Donc, seulement 36,3% des chefs de ménage pratiquent une profession rémunérée et le reste sont dans l'informelle (51,6%) ou ne font rien (12,1%). Le problème de manque d'emploi rémunérateur est à la base de cette situation.

Le test de Khi-carré indique que l'occupation professionnelle ( $X^2 = 15,4987$  au  $dl = 4$  et  $p = 0,0038$ ) est un facteur d'accès financier aux soins de santé.

En effet, le tableau 3 de notre étude indique que le taux d'accessibilité aux soins curatifs est élevé à 66,7% dans les ménages où le chef est un commerçant, et à 60,6% dans celui où le chef est un agent de l'Etat. Ce taux est très faible chez les agriculteurs (27,3%) et les débrouillards (28,6%), mais nul (0%) chez les chefs qui ne font rien du tout. La différence est très significative ( $p=0,0038$ ).

Ce résultat corrobore celui de CILUNDIKA et col (2015) qui ont révélé « qu'il y avait une association statistiquement significative entre la faible utilisation des services curatifs et l'occupation » professionnelle. Pour ces auteurs, la cote de la faible utilisation des services curatifs était plus élevée dans le ménage où le chef avait un métier libéral ou était chômeur que dans celui où il était employé ( $p = 0,004$ ).

- **Revenu mensuel** : 73,6% des chefs de ménage ont un revenu mensuel faible (moins de 285000 FC ou 100\$) et 26,4% disent avoir un revenu moyen (entre 100 et 200\$). Aucun enquêté n'a un revenu mensuel élevé. Le Khi-carré révèle que le revenu mensuel est un facteur de risque ( $X^2 = 4,3579$  au  $dl = 1$  et  $p = 0,0122$ ).

En effet, lorsque le revenu mensuel est faible, le taux d'accessibilité aux soins curatifs est très faible : 31,3% dans cette catégorie. Au contraire, lorsque le revenu est moyen, le taux d'accessibilité augmente à 58,3%. Ce qui indique que si le revenu mensuel augmente, la proportion des ménages qui accèdent aux soins curatifs va automatiquement augmenter.

MULANGE et col (2021) déclarent que le revenu disponible moyen journalier du ménage est estimé à 285 FC. Nous ne l'avons pas recherché dans notre étude.

Pour ces auteurs, le revenu mensuel est l'un des facteurs significatifs sur lesquels une intervention s'avère plus impérieuse si on veut améliorer l'accessibilité aux soins de santé. Ce qui corrobore parfaitement notre étude.

#### d) Caractéristiques sanitaires

- **Structure sanitaire la plus proche** : le tableau 4 ressort que seulement 1,1% des ménages sont éloignés d'une structure de santé contre 98,9% qui en sont proches (à plus ou moins 2 Km). Parmi ces derniers, 70,3% sont proches d'un centre de santé (CS), 18,7% d'un centre de santé de référence (CSR), 8,8% de l'hôpital général de référence (HGR) et 1,1% d'un poste de santé (PS). Ceci s'explique par le fait que les centres de santé sont des structures obligatoires et sont présents dans chaque aire de santé.

Ces conditions sont idéales pour accéder facilement aux soins de santé curatifs. Mais, nous constatons que le taux d'accessibilité aux soins de santé est très élevé chez les ménages qui sont très éloignés d'une structure de santé (100% d'accès) et chez ceux qui sont proches de l'HGR (75%). Il reste très faible chez les autres sujets.

Le test de Khi-carré indique une différence non significative : donc la proximité d'un ménage à une formation sanitaire n'a aucune influence sur son accessibilité financière aux soins curatifs ( $X^2=7,6533$ ,  $dl=4$ ,  $p=0,1051$ ).

- **Principal objet de fréquentation** : le tableau 4 montre que dans la zone de santé de Lukonga le principal objet de fréquentation d'une structure de santé est le paludisme ou malaria (63,2% des cas), suivi de la fièvre typhoïde (10,5%) et de la diarrhée (7,9%) ou la toux (7,9%).

Mais l'objet de la fréquentation d'une formation sanitaire n'est pas un déterminant de l'accessibilité aux soins curatifs ( $X^2=7,9654$ ,  $dl=4$ ,  $p=0,0929$ ). Donc, quelle que soit la maladie qui puisse survenir dans un ménage, la proportion d'accessibilité aux soins curatifs reste faible.

- **Coût des soins** : le tableau 4 indique que les dépenses pour les soins dans les deux derniers mois ayant précédé notre enquête ont varié de 10 000 FC à 60 000 FC (3,5 à 21\$ US), avec une moyenne de 17 500 FC (soit 6,14\$). Près de la moitié des sujets ayant dépensé pour les soins curatifs (46,1%) ont déboursé seulement 10 000 FC, soit 3,5\$ (1 dollar américain équivaut à 2850 FC). Aux yeux de la population, ces différents coûts sont exorbitants dans la mesure où la plupart d'entre eux sont pauvres, sans emploi, et même pour ceux qui travaillent et sont rémunérés, le salaire est modique et n'arrive pas régulièrement.

Dans leur étude, MULANGE et col (2021) ont révélé que dans la zone de santé de Kiambi, au Tanganyika, le coût moyen de l'épisode maladie est estimé à 8465 FC soit 9,4\$. Comparativement à notre étude, ce coût moyen est plus élevé à celui de la zone de santé de Lukonga, estimé à 6,14\$.

Toutefois, malgré le coût apparemment bas des soins curatifs, le taux d'accessibilité aux soins est resté très faible. Et le test de khi-carré indique une différence non significative entre les différentes catégories :  $X^2=4,2891$ ,  $dl=4$ ,  $p=0,3683$ .

- **Obstacle aux soins** : les deux obstacles aux soins les plus cités par les ménages sont respectivement le coût élevé (46,2% des ménages) et l'absence des médicaments dans les formations sanitaires (20,9%). Les autres obstacles cités sont respectivement le mauvais accueil des malades et compagnie (12%), la grande distance entre le domicile et la formation sanitaire (5,5%), la mauvaise qualité des soins (2,2%) et l'incompétence des soignants (2,2%).

Ce qui prouve que les finances sont un obstacle majeur à l'accessibilité aux soins curatifs, bien que le test de khi-carré indique une différence non significative entre cet obstacle et les autres ( $X^2=3,1318$ ,  $dl=6$ ,  $p=0,7921$ ).

Le test de Khi-carré fait constater qu'aucune caractéristique sanitaire n'a de lien significatif avec l'accessibilité financière aux soins de santé.

### 4.3. Lien entre l'accessibilité aux soins de santé curatifs et le développement

Du tableau 5 il ressort que 100% des chefs de ménage enquêtés établissent un lien entre la santé et le développement. Pour 77% d'entre eux, ce lien concerne l'accès au travail (42,9%) ou la productivité (34,1%), tandis que 23,1% font part de la force physique. Mais tous ces liens faits par les enquêtés se croisent car la force physique est bénéfique pour le travail, et ce dernier est bénéfique pour la productivité. Ce qui est une attitude positive que les acteurs de développement peuvent exploiter pour booster la croissance dans la zone de santé de Lukonga.

En ce qui concerne les propositions pour faciliter l'accès aux soins curatifs, 42,9% des enquêtés suggèrent à la population de faire une activité génératrice des revenus (AGR) afin de pouvoir augmenter leur pouvoir d'achat et pouvoir bien faire soigner les siens en cas de maladie. En outre :

- ✓ 25,3% proposent la sensibilisation de la population par les professionnels de santé et de développement,
- ✓ 17,5% demandent la diminution du coût de soins,
- ✓ 6,6% suggèrent à leurs pairs de se rendre d'abord à une structure de santé sans préjugés préétablis,
- ✓ 5,5% proposent l'amélioration de l'accueil des clients par les professionnels de santé,
- ✓ 1,1% sollicitent l'appui des partenaires et
- ✓ 1,1% suggèrent la gratuité des soins curatifs aux indigents.

### CONCLUSION

La présente étude est le résultat d'une enquête réalisée dans la zone de santé de Lukonga sur la problématique d'accessibilité financière aux soins curatifs et le lien avec le développement.

En effet, la question d'accessibilité financière aux soins dans cette aire géographique se pose avec acuité. Un paradoxe se dégage entre le niveau de la pauvreté accentuée de la population et le coût élevé des soins au niveau de structures sanitaires. Pour la majorité de cette population, le revenu est faible et ne leur permet pas d'accéder financièrement aux soins sans heurt. L'on remarque que beaucoup d'efforts sont consentis plus sur d'autres besoins élémentaires comme l'alimentation que pour les soins de santé.

Par ailleurs, il se pose également un problème de manque de médicaments essentiels, parfois de ruptures intempestives au niveau des structures sanitaires qui se manifeste par des émissions d'ordonnances médicales. L'appui de l'Etat dans ce domaine est rare et passe quelque fois à travers quelques partenaires techniques et financiers qui, dans la plupart de cas interviennent dans les échéances de temps déterminées ; ce qui, après leur départ, la situation revient à la case du départ, notamment le cas des agences et organisations non gouvernementale que la zone a connu comme : IRC, ASSP/SANRU, PROSANI, CHEMONIC, et maintenant avec la Banque Mondiale ; pendant leurs interventions, la situation semble être bonne.

Au demeurant, nos résultats indiquent que le développement d'une entité administrativement identifiée est lié intimement à l'état de santé de sa population. Les autorités politico-sanitaires et les professionnels de santé tant au niveau central, intermédiaire que périphérique doivent redoubler les efforts pour faire accéder facilement toute la population aux soins de santé de qualité, surtout en allégeant le poids financier ; à la population de se prendre en charge en ayant une occupation lucrative, ce qui lui permettra de se faire soigner en cas de nécessité.

## REFERENCES

- [1]. BCZ Lukonga, *Plan d'Action Opérationnel : PAO-2023*, Rapport.
- [2]. CILUNDIKA M. Philippe, MUSE K. Eleuthère, KIKUNDA K. Ghislain et col (2015). *Facteurs déterminants la faible utilisation par le ménage du service curatif dans la zone de santé de Pweto, province du Katanga, République Démocratique du Congo en 2013*, « *Pan African Medical Journal* », Volume 21, 2015;21:173. [DOI: 10.11604/pamj.2015.21.173.6554].
- [3]. DECLERCQ (1995). *Le confort du malade alité à l'hôpital ou à domicile*, 1<sup>ère</sup> éd. Médiaspaul, Kinshasa.
- [4]. LASSONDE, L. (1996). *Les défis de la démographie, quelle qualité de vie pour le XXI<sup>ème</sup> siècle ?* Ed. La découverte, Paris.
- [5]. Ministères du Plan et de la santé publique-RDC (2014). *Enquête démographique et de la santé : EDS-RDCII 2013-2014*, Inédit, Kinshasa.
- [6]. MULANGE K. Oger, MAPATANO M. Ali et MVUDI M. (2021). *Evaluation de l'accessibilité financière aux soins dans le district sanitaire du Tanganyika : cas de la zone de santé de Kiambi*. Editions universitaires européennes, France.
- [7]. OAKLAY, P. (1989). *L'engagement communautaire pour un développement sanitaire, analyse des principaux problèmes*, OMS, Genève.
- [8]. OMS (2008). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Résumé analytique du Rapport final de réunion de la *Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS)*, Genève.
- [9]. ONU (2019). *Déclaration politique de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle*, Assemblée générale sur la couverture sanitaire universelle, New-York.
- [10]. Pierre-Marie David (2009). *La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international*. « *Socio-Logos* » [En ligne], 6/2011, mis en ligne le 03 mai 2011. <https://journals.openedition.org/socio-logos/2550>
- [11]. SADIKI FATAKI A. (2019). *Problématique de l'accessibilité financière des ménages aux soins de santé primaires dans le milieu rural « cas de la localité Ntambora »*, Mémoire, Santé publique, Université de Kalemie.