

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
UNIVERSITE DE LUBUMBASHI
ECOLE DE SANTE PUBLIQUE

B.P. 1825
LUBUMBASHI



**ANALYSE DES DETERMINANTS INFLUENCANT
L'OFFRE ET LA DEMANDE DES SERVICES DE
SANTE DANS LA VILE DE LUBUMBASHI (cas
de la Zone de Santé Kisanga)**

PAR : Dr Ridier MULOLO TSHILUMBA

*Mémoire présenté et défendu en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etudes Approfondies en Santé Publique.*

Option : Santé Développement

Management des services de santé

SEPTEMBRE 2016

DEDICACE

Je dédie ce mémoire de maîtrise en santé publique :

*« A l'Éternel mon Dieu, pour tous ses bienfaits et son amour infini : A lui seul,
l'honneur, la gloire et la puissance »*

*« A ma famille et mes parents, vous avez cru en mon avenir, trouvez ici vos
efforts récompensés et sachez que votre foi n'a pas été vaine »*

REMERCIEMENTS

Nous remercions sincèrement :

Le programme RIPSEC /ESP UNILU 2016 pour nous avoir octroyé la bourse de mémoire de maîtrise en santé publique. Cette bourse nous a permis d'effectuer la recherche dans des bonnes conditions.

La direction de l'ESP UNILU et la coordination du programme de « Diplôme d'études approfondies » de l'ESP UNILU respectivement représentée par le Professeur Ordinaire MALONGA KAJ Françoise, le Professeur MUNDONGO Henri, Dr KIMBA Pascal.

Le Professeur Ordinaire Dr LUBOYA NUMBI Oscar (Promoteur) et le Professeur Dr MASHINI NGONGO Ghislain(Co-promoteur) pour avoir accepté de nous diriger tout au long de la réalisation de ce mémoire par votre disponibilité et vos précieux conseils.

Tout le corps professoral d'une manière générale pour sa détermination à assurer une formation de qualité.

Tous les apprenants de la onzième promotion du DEA plus particulièrement ceux du cycle « SANTE DEVELOPPEMENT ET MANAGEMENT DES SERVICES DE SANTE » pour l'esprit d'entraide et la parfaite ambiance durant dix mois de dur labeur passé ensemble. Particulièrement, je cite : Dr Anaclet MBAYA, Dr François MULUMBA, Dr Juddy MOLEMBA, Dr Prosper ABANDA, Dr serges MULEY, Patrick THAONA, Charly SHAMPA et Madame Michou KAFUKU.

Toute ma famille, particulièrement mes parents, François TSHILUMBA et Angèle MAJAMBU, mes frères et sœurs (Nadine, Yves, Yannick, Jaëlle) et ma femme Mauricette MBIYA et mon fils NATHAN pour leur soutien moral, spirituel et encouragement sans faille.

La famille Papa Adolphe MUBENGA pour son hospitalité sans faille et pour les actes de bienveillances posés à mon égard durant mes longs séjours dans la ville de Lubumbashi.

Mes amis et connaissances, que le cadre de cette page ne me permet pas de citer nommément. Puissent-ils trouver ici l'expression de ma reconnaissance pour leur soutien et leurs encouragements, tout au long de cette formation.

Dr Ridier MULOLO TSHILUMBA

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES ABREVIATIONS	VII
LISTES DES FIGURES.....	IX
LISTE DES SCHEMAS.....	X
LISTE DES TABLEAUX	XI
RESUME	XIII
INTRODUCTION	- 1 -
I. Etat de la question.....	- 1 -
II. Problématique	- 4 -
III. Hypothèse.....	- 6 -
IV. Choix et intérêt du sujet.....	- 6 -
V. Objectifs de l'étude	- 7 -
VI. Délimitation du travail.....	- 7 -
VII. Subdivision du Travail (canevas de présentation).....	- 7 -
CHAPITRE I : APERCU DU SYSTEME DE SANTE EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO	- 9 -
A. Politique et système de santé	- 9 -
B. Mission et organisation du Ministère de la Santé Publique.....	- 9 -
C. Personnel de santé	- 10 -
D. Financement du secteur de la santé en RDC.....	- 11 -
CHAPITRE II : ETAT DES CONNAISSANCES DE L'OFFRE ET LA DEMANDE DES SOINS DE SANTE.....	- 13 -
II.1.1. Santé	- 13 -
Selon l'Organisation Mondiale de la Santé ,.....	- 13 -
II.1.2. Soins de santé	- 13 -
II.1.3. Marché des soins de santé.....	- 13 -
II.1.4. Consommation médicale totale :.....	- 14 -
II.1.5. Besoins des soins de santé	- 14 -
II.1.6. Offre des soins de santé	- 15 -
II.1.7. Demande des soins de sante.....	- 15 -
II.1.8. Triade besoins-offre- demande	- 17 -
II.2. APPROCHES THEORIQUES DE L'OFFRE ET LA DEMANDE DES SOINS	- 18 -
II.2.1. Approche offre des soins	- 18 -

II.2.2. Approche Demande des soins.....	- 18 -
CHAPITRE III : MATERIEL ET METHODES	- 22 -
III.1. CADRE D’ETUDE.....	- 22 -
III.1.1. Cadre spatial.....	- 22 -
III.1.2. Aspects démographiques	- 22 -
III.1.3. Situation socio-économique et culturelle	- 22 -
III.1.4. Situation sanitaire	- 23 -
III.2. TYPE D’ETUDE.....	- 23 -
III.3. CADRE CONCEPTUEL DE L’ETUDE.....	- 23 -
III.3.1. Modèle conceptuel.....	- 23 -
III.3.2. Variables.....	- 24 -
III.4. METHODE DE RECHERCHE.....	- 25 -
III.4.1. Population cible de l’étude	- 25 -
III.4.2. Echantillonnage	- 26 -
III.4.3. Taille de l’échantillon.....	- 26 -
III.4.4. Critères de sélection des enquêtés	- 27 -
III.4.5. Liste et définition des variables à étudiées	- 27 -
III.4.5. Procédures et matériels de collecte de données.....	- 28 -
III.4.6. Traitement des données	- 29 -
III.4.7. Analyses et interprétations des données	- 29 -
III.4.8. Considérations éthiques.....	- 29 -
III.4.9. Difficultés rencontrées.....	- 29 -
CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS.....	- 31 -
IV.1. RESULTATS EN RAPPORT AVEC LES CARACTERISTIQUES DES MENAGES.....	- 31 -
IV.2. COMPORTEMENT DES MENAGES FACE A LA MALADIE	- 32 -
IV.2.1. Nombre des ménages ayant eu au moins un cas de maladie durant le dernier mois ayant précédé l’enquête.....	- 32 -
A la lumière du tableau II, nous remarquons que sur un effectif total de 801 ménages enquêtés, 722 (Soit 90,1%) sujets ont affirmé avoir été malade ou avoir eu un cas de maladie durant le dernier mois précédant notre enquête.	- 32 -
IV.2.2. Ménages ayant recourus à une structure moderne des soins	- 32 -
IV.2.3. Motifs de choix de recours et de non recours aux soins invoqués par les chefs des ménages.	- 33 -
IV.2.4. Types des services de santé consultés par les malades.....	- 34 -
IV.3. CARACTERISTIQUES DES SERVICES DE SANTE VUES PAR LES MENAGES	- 35 -

IV.3.1. Dépenses des soins de santé.....	- 35 -
IV.3.2. Perception des ménages sur les caractéristiques des FOSA.....	- 36 -
IV.4. AVIS ET CONSIDERATIONS DES PRESTATAIRES DES SOINS SUR L'OFFRE ET LA DEMANDE DES SOINS.....	- 42 -
II. Demande des soins selon les caractéristiques des services de santé offerts.....	- 48 -
CHAPITRE V : DISCUSSION.....	- 63 -
CONCLUSION.....	- 69 -
BIBLIOGRAPHIE.....	- 72 -

LISTE DES ABREVIATIONS

AFC : Analyse factorielle des correspondances.

AS : Aire de santé

BCZS : Bureau Central de la Zone de Santé

CPN : Consultation Périnatale

CS : Centre de santé

CSBM : Consommation des soins et biens médicaux

CSMP : Consommation des soins de médecine préventive

DEA : Diplôme d'études approfondies

DES : Diplôme d'études supérieures

DTC3 : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche 3

ESP : Ecole de santé publique

FC : Francs congolais

FOSA : Formation sanitaire

HGR : Hôpital général de référence

IC : Intervalle de Confiance

NC : Nouveau Cas

OMD : Objectifs du millénaire du développement.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

PCA : Paquet complémentaire d'activités

PED : Pays En voie de Développement

PMA : Paquet minimum d'activités

PNDS : Programme national de développement sanitaire

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

RDC : République Démocratique du Congo

RIPSEC : Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en République démocratique du Congo.

SRSS : Stratégies de Renforcement du Système de Santé

SSP : Soins de Santé Primaires

TPI : Traitement Préventif Intermittent

UNICEF : Fonds de Nations Unies pour l'Enfance.

UNILU: Université de Lubumbashi

ZS : Zone de Santé.

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : La triade demande, besoins et offre des soins de santé

Figure 2. Type des services des soins modernes consulté en cas de maladie.

Figure 3 : Appréciation du cout de transport pour atteindre la FOSA

Figure 4 : Perception du temps d'attente par les ménages

Figure 5. Répartition des enquêtés selon l'image qu'ils ont sur la suffisance (ou non) du temps leur consacré par le personnel soignant

Figure 6 : Répartition des avis des prestataires par rapport au mode de tarification dans les FOSA

Figure 7: Proportion des services organisés dans les FOSA visitées

Figure 8 : Raisons du taux d'utilisation faibles des services selon les prestataires des soins

Figure 9 : Carte sanitaire de la ZS de Kisanga

LISTE DES SCHEMAS

Schéma 1 : Modèle de Demande pure des soins médicaux

Schéma 2 : Schéma du modèle conceptuel

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Quelques indicateurs de l'offre et de la demande de la ZS de Kisanga

Tableau II. Répartition des ménages selon le revenu mensuel

Tableau III. Répartition des ménages selon leur Etat morbide durant le dernier mois précédant l'enquête

Tableau IV. Répartition des ménages ayant demandés les soins

Tableau V. Répartition des malades selon les motifs de choix de recours aux soins

Tableau VI. Répartition des enquêtés selon les motifs de non recours aux soins

Tableau VII. Estimation des dépenses de transport (en FC) par les ménages.

Tableau VIII. Estimation des couts des soins par type de service de santé consulté par les ménages

Tableau IX. Répartition des enquêtés selon l'appréciation des coûts de Santé

Tableau X. Répartition des enquêtés selon l'origine de l'argent pour payer les soins

Tableau XI. : Répartition des enquêtés selon l'appréciation de l'accueil dans la FOSA.

Tableau XII. Répartition des malades selon la disponibilité des médicaments prescrit dans la FOSA

Tableau XIII. Répartition des enquêtés selon le temps écoulé entre le moment de la prescription et achat des médicaments

Tableau XIV. Répartition des enquêtés selon l'achat des médicaments prescrits

Tableau XV. Répartition des enquêtés selon les suggestions d'amélioration des conditions sanitaires

Tableau XVI. : Répartition des chefs de ménage selon le sexe et la décision de demander les soins dans une FOSA

Tableau XVII. : Répartition des enquêtés selon l'âge et la demande des soins

Tableau XVIII : Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial et la demande des soins

Tableau XIX. Répartition des sujets enquêtés selon la profession et la demande des soins

Tableau XX : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction et la demande des soins

Tableau XXI : Répartition des enquêtés selon le revenu mensuel et la demande des soins

Tableau XXII : Répartition des enquêtés ayant demandés les soins selon leur revenu et le montant dépensé pour les soins

Tableau XXIII. Répartition des malades selon le sexe et la perception des malades sur l'accueil dans la FOSA

Tableau XXIV. Répartition des malades selon le sexe et disponibilité des médicaments prescrits

Tableau XXV . : Régression logistique des variables socioéconomiques des ménages

RESUME

Les caractéristiques de l'offre des soins (le type du système de santé, son organisation et son financement) déterminent sa propre demande des soins. Pour répondre à la question de savoir si l'offre des soins à Kisanga permet de satisfaire la demande des soins par les ménages, cette étude a identifié les déterminants de l'offre et la demande des services de santé.

Nous avons mené une étude transversale de type analytique. Les données collectées sont issues d'une enquête concernant 801 ménages et 48 FOSA de la ZS de Kisanga à Lubumbashi. Le logiciel EPI info 7.1 et SPSS 21 ont servi pour l'analyse des données et l'interprétation s'est faite sur base de la $P\text{-value} < 0,05$; l'OR et son IC à 95% pour mesurer la force d'association entre les variables.

Les principaux résultats obtenus indiquent que d'une part sur 801 enquêtés, 722 ont déclaré la présence d'un cas de maladie et seulement 397 ont recouru aux soins modernes, soit un taux de consultation de 54,9% et, d'autre part, la décision de recourir ou non aux soins est fortement influencée par le sexe (M/F : OR 0,55 ; IC [0,37-0,82]), la profession et le niveau d'instruction du chef de ménage (Secondaire/Primaire OR 2,1 ; [1,3-3,5]). Par ailleurs, le profil de l'offre des soins a montré beaucoup d'insuffisances qui affectent la qualité de prestations : 96% des FOSA privées, la majorité échappent au contrôle du pouvoir publique, 85,4% appliquent le paiement à l'acte, l'offre des soins irrationnels (60%), les personnels des soins faiblement encadrés (Supervision (56%), formation (44%)), l'insuffisance d'équipements médicaux (77%) etc...

L'offre des soins à Kisanga nécessite des améliorations continues de sa qualité afin de satisfaire les besoins et la demande des soins de sa population.

Mots-clés : Offre, demande, services de santé, Kisanga, Lubumbashi

INTRODUCTION

I. Etat de la question

L'analyse des déterminants de la demande et de l'offre de soins est extrêmement importante pour la formulation des politiques et des stratégies dans le secteur de la santé. La disponibilité et les caractéristiques des services de santé influencent le recours aux soins. En d'autres termes, l'inexistence de l'offre des soins, son insuffisance et ses caractéristiques déterminent la demande de soins. L'offre crée donc sa propre demande, tel que présume l'économie classique [1].

A plusieurs reprises, l'aspiration à atteindre la Couverture Universelle et l'équité des soins a été incluse dans plusieurs initiatives mondiales telles que :

- Dans la Constitution de l'OMS de 1948, dans la déclaration d'Alma-Ata de 1978 et dans le rapport sur la santé dans le monde de 2008 sur les soins de santé primaires [2].
- Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la déclaration d'Abuja et le plan d'action de lutte contre le paludisme (OMS, UNICEF, Banque Mondiale PNUD et RBM-Abuja 2002), mettent l'accent sur l'amélioration de l'état de santé des populations [2].
- En 2005, les Etats membres de l'OMS se sont engagés à garantir l'accès de toute la population aux services de santé sans risque financier lié aux paiements pour les soins [3].

La réalisation de ces objectifs ne saurait se faire aisément :

- Du fait de la précarité des conditions de vie des ménages : la situation actuelle indique que plusieurs pays ont du mal à se rapprocher de la couverture universelle, environ 150 millions des personnes par an font face à des difficultés financières sévères les empêchant de recourir aux soins [3].
- Sans une bonne organisation du système de soins permettant un accès pour tous aux services de santé [2].

L'accès aux soins de santé est incontestablement un phénomène social, économique et politique et, par-dessus tout, un des droits fondamentaux de l'Homme [3].

On constate à travers l'Afrique que, malgré des améliorations significatives de l'état de santé global des populations (par d'importants investissements : construction,

équipements des CS /HGR de base, formation du personnel, etc...), les disparités majeures liées à l'accès inéquitable aux soins demeurent, la demande des services de santé reste faible et les indicateurs de santé demeurent très préoccupants. Ce problème dépend largement du type de système de santé, de son organisation, de son financement et du fait qu'il favorise ou non les régimes de protection sociale, quel que soit leur mode de financement [4,5].

Selon plusieurs études menées dans les pays en développement (PED), la décision de recourir (ou pas) au système de soins (première étape du processus d'entrée dans le système de santé) peut être analysée comme relevant d'une fonction de demande des ménages et/ou des individus, déterminée indépendamment de fonctions d'offre des soins médicaux. Les professionnels de santé ne contrôlent qu'une partie très marginale de la demande de soins de santé et des itinéraires thérapeutiques de leurs patients [5].

Dans le contexte de l'Afrique, les études précédentes sur les facteurs qui déterminent l'offre et la demande des services de santé nous ont permis de cerner la littérature de manière dont elle a été abordée dans différentes études réalisées par d'autres chercheurs à travers les pays. Ce sont ces résultats qui sont présentés dans cette partie du travail :

- Dans une étude sur les facteurs influençant la demande des soins de santé menée dans la commune d'Abobo en Côte d'Ivoire, il ressort que la quantité des médicaments achetés dans la formation sanitaire, la perception sur le coût de consultation par rapport à la médecine traditionnelle et la perception sur la qualité du personnel (Temps d'attente, d'accueil ...) influencent la décision de recourir ou de demander les soins [6].
- Au Sénégal, une étude sur le comportement de recours aux soins en milieu rural est arrivé à la conclusion selon laquelle la population est caractérisée par une intense pratique des soins à domicile, une faible tendance à consulter les structures de soins modernes à cause des coûts des soins nettement supérieurs aux soins à domiciles, de l'insuffisance de la structure d'offre des soins, leur manque de crédibilité et le manque d'efficacité des protocoles curatifs [7].
- Les résultats d'une enquête intégrée de base pour l'évaluation de la pauvreté en Guinée (EIBEP 2002-2003) réalisée par le Gouvernement guinéen et la Banque mondiale ont démontré que malgré l'amélioration de l'offre de santé, des nombreux

obstacles à l'accès des soins par les ménages persistent suite au dysfonctionnement institutionnel, à la mauvaise qualité des prestations et au clientélisme dans les centres des soins (cout élevé) [8].

- Bon nombre de chercheurs ont affirmé qu'appartenir à une mutuelle de santé favoriserait l'utilisation des structures de santé. C'est le cas de Innocent Bayege de l'université nationale du Rwanda qui dans son étude sur la contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité de la population aux soins de santé, déclare ce qui suit : « Six ans après le démarrage des mutuelles de santé dans le district de Byumba, l'utilisation des services de santé a doublé passant de 21% en 1999 à 48% en 2003 » [9].
- Munyamuhoro dans son étude sur les déterminants de l'utilisation des services de santé à Rubavu au Rwanda, a trouvé qu'en plus des mutuelles de santé, ils existent des facteurs liés aux ménages tels que le niveau de revenu mensuel, le niveau d'éducation du chef de ménage, l'âge qui favorisent l'utilisation des services de santé [10].

En RDC la situation reste préoccupante : la mission de l'Etat d'offrir des services de santé en terme de qualité, d'accessibilité et d'équité est un paradoxe car la quasi-totalité des coûts des soins et de fonctionnement des formations sanitaires est supportée par la population d'ailleurs en majorité pauvre et dont les revenus sont insuffisants pour permettre de relever ce défi. C'est dans ce contexte qu'au niveau du financement des soins de santé, il est estimé que 70% des charges reposent sur les ménages et que 82 % des ménages ne sont pas satisfaits des services de soins offerts. Cet état de chose est à la base de la faible demande des services de santé. A titre illustratif en 2006, l'utilisation des services de santé était trop faible, environ 0.15 consultation par habitant par an soit en moyenne moins d'une consultation par personne tous les 6 ans [11, 12, 13,14].

Plusieurs études tentent d'expliquer cette situation, notamment :

- Celle menée dans la ZS de Minova en province du sud Kivu par B. Kibalonza sur « la structure de l'offre et de la demande des soins de santé » établit la relation entre le revenu du ménage et l'utilisation des services de la santé. Voici le résultat de cette étude : « le faible pouvoir d'achat des populations ne permet ni aux structures de soins de s'autofinancer ni aux pauvres d'accéder aux soins de santé. La pauvreté de la

population et la précarité des revenus expliquent le fait que les ménages ne parviennent pas à couvrir les soins, 60% d'individus vivent avec moins d'un dollar par jour ». Selon cette étude les déterminants tels que le prix, le service offert, le nombre des demandeurs, le nombre d'offreurs, le revenu du ménage, la qualité des soins et la gravité de la maladie influencent significativement l'offre et la demande des soins ou des services de santé [13].

- Une étude menée à Kinshasa dans la ZS de Lemba par Vicky Ilunga pour le DES, en analysant les facteurs explicatifs de la faible utilisation des services des soins curatifs déclare que «les facteurs auxquels il faudra agir pour améliorer l'utilisation des services des soins sont la taille du ménage, l'appartenance de la structure (selon qu'elle est étatique ou privée) et le revenu du ménage [15].
- Chenge , en 2006, est parti de l'analyse des activités opérationnelles des structures de soins de la ville de Lubumbashi à partir des indicateurs tels que le taux d'utilisation global des services de 0,37 NC/hab./an inférieur à la norme de l'OMS(0,5NC/hab./an), la couverture en DTC3 de 49% <90% fixés par la norme nationale, le taux d'accouchement de 51,6% < 80%, la durée moyenne de séjour à l'hôpital de 6,2 , le taux d'occupation moyen des lits de 51,7% < 60% etc... pour conclure que cette contre - performance dans les structures formelles est mis sur le compte d'un climat de marchandisation envahissante des soins suite à un dérégulation du système de santé, et par conséquent la population recourt à des alternatives telles que l'automédication, l'utilisation des prestataires informels, de recours à la médecine traditionnelle, l'utilisation de la médecine basée sur la prière et la divination [16].
- La SRSS reconnaît que la mauvaise qualité des services de santé disponibles a eu un effet très négatif sur ces derniers. Deux tiers des patients ne recourent pas au système de santé formel pour obtenir des soins, soit parce que les services des soins ne sont pas disponibles ou sont de mauvaise qualité quand ils existent [17].

II. Problématique

La zone de santé de Kisanga ne fait nullement exception de la situation ci-haut décrite, la majorité des indicateurs de santé liés à l'offre et la demande des services de santé sont en contre - performance :

Tableau I. Quelques indicateurs de l'offre et la demande des soins de santé dans la ZS de Kisanga.

N°	Indicateurs (2015)	Valeurs de référence	Valeurs actuelles
1.	la consultation pour les soins curatifs/ hab. /an	0,5NC /hab. /an	0,36NC/hab./an
2.	Le taux moyen d'occupation des lits	50%	22%
3.	Le taux de mortalité maternelle intra hospitalière pour 100.000 naissances vivantes	0%	10%
	Le taux de mortalité intra-hospitalière au-delà de 48h	2%	3,8%
	La proportion des femmes enceintes qui utilisent au moins 4 fois les services de CPN.	80%	33,4%
4	Pourcentage des femmes enceintes inscrites à la CPN qui ont bénéficié du traitement préventif intermittent (TPI) contre le paludisme (2 doses SP)	60%	45,6%
5	Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont nouvelles acceptantes d'une méthode contraceptive moderne	10%	2,9%
	La proportion de la population couverte par un CS offrant un PMA basique conforme aux normes nationales.	100%	36% (soit 4/11)
	La proportion de la population couverte par un PCA basique conforme aux normes nationales.	100%	0%

Il existe donc un besoin clair des données précises et objectives pouvant orienter les politiques à mettre en œuvre pour faciliter de la demande des soins de santé et l'accès aux soins de santé de la population de Kisanga. Sachant que « l'accès et l'utilisation des structures de santé constituent un déterminant clé de l'état de santé de la population »

[18], il n'est pas à hésiter que cette sous-utilisation constitue un problème de santé publique qui nécessite une recherche scientifique.

Cependant, bien qu'il y ait eu plusieurs investigations sanitaires dans le pays, les déterminants liés à l'offre et à la demande des services de santé restent très mal connus à Lubumbashi et plus particulièrement dans la Zone de santé urbano-rurale de Kisanga. Ainsi, dans le contexte de réformes du système de santé envisagées au pays, l'étude de l'offre et demande des soins de santé par les ménages pourrait devenir un instrument pour informer la formulation des politiques et stratégies de financement des soins de santé et la mise en place des politiques permettant de promouvoir un système de santé plus efficient et plus équitable. La présente étude s'inscrit dans cette perspective.

Ainsi face à de telles difficultés liées essentiellement aux comportements des ménages, cette étude a donc tenté de répondre à la question principale: Est-ce que l'offre des soins de santé dans la zone de santé de Kisanga permet-elle à satisfaire la demande des soins par les ménages ? Ou encore y a-t-il adéquation entre les soins offerts par les structures de santé et la demande des soins exprimée par les ménages de Kisanga ?

III. Hypothèse

L'utilisation de l'offre des soins de santé serait fonction de caractéristiques socio – économiques et démographiques du ménage.

IV. Choix et intérêt du sujet

La présente étude s'inscrit dans la logique d'une détermination sociale des comportements de la population face au recours aux soins de santé dans la Zone de santé de Kisanga.

Après avoir identifié les facteurs qui interviennent pour qu'un service de soins soit demandé ou pas, il sera facile de proposer des stratégies et des politiques à mettre en œuvre pour permettre une utilisation adéquate de ces services des soins de santé.

Cette étude pourrait également être un instrument qui puisse permettre aux décideurs politiques, aux acteurs humanitaires et médicaux d'acquérir des informations fiables sur la fréquentation des usagers des services de santé. Elle est aussi importante pour

concevoir des stratégies capables d'assurer la soutenabilité du financement d'un programme de santé. Ce travail constituera une banque des données aux futurs chercheurs qui nous emboîteront le pas. Tout cycle d'étude étant sanctionné par un travail scientifique, ce mémoire nous permettra d'achever le DEA en Santé développement et Management des services de santé.

V. Objectifs de l'étude

1. **Objectif général** : L'objectif général de cette étude est d'identifier et d'analyser les déterminants de l'offre et la demande des soins de santé afin de proposer les pistes d'amélioration à apporter au système de santé pour mieux répondre à la demande et satisfaire les besoins des plus pauvres . En d'autres termes, il s'agira de se donner les moyens de documenter, comprendre et de restituer à travers cette étude la réalité actuelle de recours des populations en majorité pauvres aux soins de santé.

2. Objectifs spécifiques :

- Identifier les facteurs qui influencent l'offre des soins de santé ;
- Identifier les facteurs susceptibles d'influencer la demande des services ou des soins de santé ;
- Mesurer l'effet des facteurs identifiés sur le choix de recours aux soins (Analyse multi variée) ;
- Définir et proposer des actions concrètes susceptibles d'améliorer l'offre des soins afin de mieux répondre à la demande et satisfaire les besoins des plus vulnérables.

VI. Délimitation du travail

Sur le plan temporel, notre enquête s'est déroulée au mois d'Août 2016, période au cours de laquelle nous nous étions sur terrain pour administrer notre protocole d'enquête afin de récolter les données. Sur le plan spatial, cette étude était menée dans les aires de santé de la Zone de santé de KISANGA auprès des ménages et des FOSA.

VII. Subdivision du Travail (canevas de présentation)

Hormis l'introduction et la conclusion, notre travail s'articule autour de 2 grandes parties qui sont :

- ***Le cadre théorique et conceptuel de l'étude*** composé de 3 chapitres :
 - Bref aperçu du système de santé en RDC,
 - Revue théorique de l'offre et la demande (Clarification des concepts et modèles théoriques de demandes des soins / santé),
 - Méthodologie de l'étude.
- ***La partie pratique*** composée de deux chapitres :
 - Présentation des résultats obtenus,
 - Discussion sur les résultats obtenus.

CHAPITRE I : APERCU DU SYSTEME DE SANTE EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

A. Politique et système de santé

L'évolution historique du système de santé de la RDC, comme celle d'autres Etats africains, est marquée par le caractère institutionnel et par l'initiative des pouvoirs publics. La situation sanitaire de la République Démocratique du Congo a connu des niveaux variables depuis la période coloniale jusqu'à ce jour. A l'aube de l'indépendance, la politique sanitaire était essentiellement axée sur la médecine curative, à travers des centres médico-chirurgicaux et des dispensaires satellites. Avec les changements socio-politiques des années 1960 et 1970, le système de santé a connu de profondes perturbations. La population ne pouvait accéder aux rares soins de santé que grâce aux efforts de plusieurs intervenants qui ont commencé à expérimenter des politiques de santé communautaire respectivement à Bwamanda (province de l'Equateur), à Kisantu (province du Bas-Congo), à Kasongo (province du Maniema) et Vanga (province du Bandundu). Ces expériences vont être déterminantes et vont influencer la politique de santé de la RDC et dont l'évolution a abouti à l'adhésion de la RDC à la charte africaine de développement visant la Santé pour Tous à l'horizon 2000 et a adopté la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) comme stratégie de base. En vue de favoriser l'accessibilité géographique aux SSP, le pays a été subdivisé en 306 Zones de Santé (ZS) en 1985 puis en 515 en 2004 [19].

La politique qui régit le secteur de la Santé des années 1978 à ce jour a pour option fondamentale « la satisfaction des besoins de santé de toute la population qu'elle soit en milieu urbain ou en milieu rural » [19].

B. Mission et organisation du Ministère de la Santé Publique

Le ministère de la santé a pour mission d'assurer la fourniture à l'ensemble de la population des soins de santé de qualité à meilleur coût.

Pour bien remplir ses fonctions, Le Ministère de la santé Publique est structuré en pyramide sanitaire qui comprend le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

- i. Le niveau central :** Il a essentiellement un rôle normatif, stratégique et de régulation. Il comprend le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, 13 directions centrales et 52 programmes/services spécialisés.

- ii. Le niveau intermédiaire :** Ce niveau joue le rôle d'appui technique, d'accompagnement, d'encadrement et logistique aux zones de santé. Dans sa configuration actuelle, il est constitué de 26 divisions provinciales avec la décentralisation et le nouveau découpage administratif du Pays.
- iii. Le niveau périphérique :** La zone de santé est le niveau opérationnel. Il comprend un Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS), un hôpital général de référence et un réseau de centres de santé. Le nombre de zones de santé de la RDC est passé de 306 à 515 en 2004 jusqu'à ce jour [19].

C. Personnel de santé

Bien que fragmentaires, les données actuelles montrent que les ressources humaines pour la santé sont un problème sérieux en RDC. Si en 1998, le nombre de médecins en RDC était d'environ 2000 et celui des infirmiers 27.000, à l'heure actuelle, il est difficile de dire combien il y a des médecins et d'infirmiers en RDC à cause de la floraison des établissements d'enseignement supérieur [20].

Les effets pervers de cette inflation du personnel commencent déjà à se faire sentir sur terrain. On assiste depuis quelques années à une multiplication du nombre des structures de santé dans les ZS. Le nombre d'aires de santé qui disposent de plus de 10 structures de santé devient de plus en plus important. Ces structures sont pour la plupart créées par le personnel de santé formé en surplus et qui n'a pas trouvé du travail dans une structure formelle. Pour des raisons de survie individuelle ou institutionnelle, et ces structures de santé qui offrent de soins de santé de qualité pour le moins douteuse, sont entretenus du fait qu'elles contribuent au fonctionnement des niveaux hiérarchiquement élevé [20]. .

La modicité des salaires actuellement payés par la Fonction Publique est un autre facteur qui compromet sérieusement la mise en œuvre de notre politique de santé basée sur les soins de santé primaires et la réalisation d'autres priorités tant nationales qu'internationales (OMD) [12].

La répartition pour le moins non équitable des ressources humaines entre le milieu rural et urbain est un autre problème que pose la gestion des ressources humaines pour la santé en RDC [12,20].

D. Financement du secteur de la santé en RDC

Le financement du secteur de la santé en RDC repose principalement sur 4 sources comprenant : des ressources financières domestiques (budget de l'Etat provenant du Gouvernement Central et Provincial/ou des Entités Territoriales Décentralisées), du financement communautaire (paiement direct des ménages et la participation communautaire), du financement privé (lucratif ou non lucratif), des ressources financières issues de l'aide internationale. Le pays a connu un déclin général du financement public, après la décennie 80, suite aux crises multiformes qui ont induit une compression drastique des finances publiques. Le financement extérieur et les recettes du recouvrement des coûts ont permis le maintien d'une offre minimale des services de santé, mais de faible qualité [3].

Les problèmes que pose le financement du secteur de la santé en RDC sont de quatre ordres :

1. Le budget de l'Etat consacré à la santé reste faible et largement inférieur aux engagements des chefs d'Etat à Abuja (15%) et son affectation ne tient pas compte des priorités du secteur [3,12] ;
2. L'aide internationale consacrée à la santé reste fragmentée. Cette fragmentation de l'aide a conduit à celle des prestations mettant ainsi à rude épreuve le caractère global, continu et intégré des soins de santé primaires dans les Zones de Santé (ZS) [3].
3. Les ressources financières qui proviennent de la communauté par la tarification, bien que constituant dans la plupart des cas les seules ressources qui font fonctionner les formations sanitaires, ne sont pas régulées [3,12].
4. Le paiement direct au lieu où les soins de santé sont offerts est contraire aux principes de couverture universelle chère aux soins de santé primaires, excluant près des trois quarts des usagers des services des soins formels du fait de la pauvreté [3].

Par conséquent la mission de l'Etat d'offrir des soins de qualité à toute la population reste un paradoxe, et cela se ressent par l'utilisation des services de santé qui est le reflet généralement de la performance du système. Comme on devrait s'y attendre, la mauvaise qualité des services de santé disponibles a eu un effet très négatif sur l'utilisation de ces derniers. La baisse de la qualité des soins offerts dans les ZS. Celle-ci résulte d'une

combinaison de plusieurs facteurs : faible qualité de la formation de base du personnel de santé, rotation rapide du personnel, vétusté des infrastructures et équipements de base, difficulté à pouvoir organiser les soins intégrés, continus et globaux, les ruptures fréquentes de médicaments, etc.[20].

Le taux moyen de l'utilisation des services de santé selon le rapport de l'Etat Santé et Pauvreté en RDC (Banque mondiale, 2005) est d'environ 0,15 (0.07 – 0.42) consultations par habitant et par an qui correspond à moins d'une consultation par personne tous les 6 ans. Deux tiers des patients en RDC ne recourent pas au système de santé formel pour obtenir des soins, soit parce que les services 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. Selon une étude réalisée par l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa en 2003, parmi les membres de familles qui sont tombés malades, 30% sont allés dans un centre de santé public ou confessionnel, 40% ont pratiqué l'automédication, 21 % n'ont reçu aucun traitement et 9% ont consulté un guérisseur traditionnel. Ceci correspond à environ 70% des malades qui n'ont pas accès aux services de santé modernes [12 ,20].

CHAPITRE II : ETAT DES CONNAISSANCES DE L'OFFRE ET LA DEMANDE DES SOINS DE SANTE

II.1. CLARIFICATION DES CONCEPTS

II.1.1. Santé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, "la santé est un état de bien être complet physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie". Cette définition montre que la santé est dynamique. Elle n'insiste pas sur les normes, mais aborde la santé de l'homme dans, toutes ses dimensions et n'oppose pas la santé à la maladie. En rapport avec le social, il est clair de se rallier aux travaux de René Dubos de Mc Kowen et de Record qui soutiennent que la santé est avant tout influencée par des facteurs socio-économiques [21 ,22].

II.1.2. Soins de santé

Les soins de santé sont définis comme étant des soins courants dispensés aux patients dans les formations sanitaires, premier point de contact avec le système de santé. Ils comprennent les soins préventifs et promotionnels, les soins curatifs simples et la récupération nutritionnelle. Il existe en RDC, 2 niveaux opérationnels des soins :

- Le premier échelon : C'est la porte d'entrée au système, c'est l'interface entre la population et le système de santé. Ce niveau offre le PMA composé des soins qui doivent être efficaces-globaux - continus – intégrés. La composition du premier échelon est faite des centres de santé publiques ou privés.
- Le deuxième échelon : composé de l'Hôpital qui offre un PCA [18, 21,22].

II.1.3. Marché des soins de santé

La notion de marché des soins de santé fait penser à un marché où le prix se forme librement. Mais en réalité on est en présence d'une concurrence monopolistique avec différenciation des produits en termes de services offerts. Le système libéral comporte des limites à savoir : l'inefficacité et l'absence d'équité dans la fourniture des soins de santé (expliquée par les externalités, le fait que ça soit un bien tutélaire, bien public) et l'absence d'un marché efficace de l'assurance maladie. Ce marché n'est pas même juste. Il est caractérisé par les asymétries de l'information [18,22].

II.1.4. Consommation médicale totale :

Elle correspond à la valeur des biens et services médicaux consommés par les ménages. C'est la somme de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) et de la consommation de soins de médecine préventive (CSMP). La CSBM regroupe les dépenses pour : les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (ville), les biens médicaux (médicaments, optique, prothèses, ...), les transports sanitaires [22].

II.1.5. Besoins des soins de santé

L'Organisation mondiale de la santé fait référence à la notion de « **bien-être** » pour définir la santé : « Le bien-être peut être considéré comme la satisfaction des besoins et l'accomplissement des capacités physiques, intellectuelles et spirituelles. » Pour conserver sa santé, c'est-à-dire un **équilibre physique, mental et social**, l'homme doit satisfaire des besoins :

- des besoins primaires, indispensables au maintien de la vie biologique, au bien-être physique ;
- des besoins secondaires, qui varient selon les individus ou les groupes sociaux (besoins psychologiques, affectifs, intellectuels, qui correspondent au bien-être mental et social) [21].

Les besoins correspondent donc au **désir propre de chaque individu** de trouver les moyens destinés à pallier les manques et les sources d'insatisfaction dont il souffre [21].

En économie de la santé, le besoin de santé peut ainsi être défini comme un **manque**, un **écart** entre l'état de santé existant et observé d'une part, et l'état de santé désiré d'autre part [22].

Les besoins de santé évoluent sans cesse avec l'amélioration de la qualité de vie et le développement du progrès médical. La société se crée également de nouveaux besoins (lutte contre les épidémies). L'économie répond aux besoins de la santé par la production de biens (médicaments) et de services (consultations) proposés par les établissements de soins et les médecins [21,22].

II.1.6. Offre des soins de santé

L'offre est l'ensemble des services et des soins mis à la disposition de la population par les professionnels et les systèmes de soins de santé. L'offre de santé permet de **répondre à la demande de santé**, aux besoins exprimés. C'est le rôle du système de santé de proposer à la population les moyens pour maintenir sa santé, à travers les professionnels de santé (infirmiers, médecins, pharmaciens...), leurs lieux d'exercice (hôpitaux, cliniques, laboratoires, cabinets...), le niveau d'équipement médical à l'hôpital ou en médecine de ville, le financement des soins et leur remboursement, les priorités de santé publique, la prévention [21].

Une offre de santé est constituée par un ensemble de biens (médicaments, prothèses) et de services (consultations, analyses) médicaux. L'offre de santé évolue en quantité et qualité (réformes) [22].

La situation idéale pour un **système de santé efficient** serait celle où les besoins, la demande et l'offre de santé coïncideraient exactement [21, 23].

II.1 7. Demande des soins de sante

La demande est le désir d'un individu ou d'un groupe de population par rapport à une amélioration de la santé ou à l'utilisation d'un service. La demande peut être exprimée ou non. La demande est limitée par la perception et, de ce fait, concerne principalement les soins curatifs et plus rarement les mesures préventives. Une personne ne fait appel à un service que si elle en ressent le besoin [22].

En santé publique, les demandes soulèvent une série de difficultés. La première déjà évoquée est la faible demande pour des besoins préventifs. La deuxième est la forme subjective ou individuelle de la demande : cette dernière est alors perçue, à tort ou à raison, comme trop peu fréquente pour exiger une réponse collective de santé publique. Un troisième écueil est celui des limites de la perception individuelle : un groupe de travailleurs peut s'affoler sans raison pour une fumée foncée malodorante et s'accommoder fort bien de substances nocives incolores et inodores. Enfin, il y a la traduction culturelle qui amène un enfant à réclamer du Coca-Cola pour assouvir le besoin de boire... de l'eau. Cette traduction culturelle et sociale des besoins est une des sources d'inégalité de santé : les études montrent que, pour un besoin similaire, les personnes des groupes sociaux plus favorisés ont plus rapidement que les autres recours à un service de santé [22,23].

En économie de la santé, la demande est un désir exprimé pour un service ou un produit. La demande est mesurée comme une quantité et est influencée par plusieurs facteurs. Pour la plupart des biens ou services, il y a moins de demande lorsque les prix augmentent. Cependant, si les préférences pour le service sont très élevées comme c'est le cas de certains services médicaux, la demande est assez peu sensible au prix. La demande est une mesure du comportement [22,24].

La demande de santé est constituée des **besoins de santé exprimés et mesurés** par l'économie de la santé, et qui se traduisent par le recours aux soins. Le besoin de santé, ressenti ou réel, n'est pas toujours exprimé. Les **freins à l'expression des besoins** et le renoncement aux soins sont dus à l'insuffisance des remboursements et des moyens financiers, au manque d'information, au temps d'attente pour obtenir un rendez-vous. Plusieurs facteurs influent sur la demande de santé, telles que :

L'**âge** (après 80 ans, la consommation médicale est multipliée par trois), la **catégorie socioprofessionnelle**, la **couverture sociale** et l'**état de santé réel et désiré**, le **revenu** (un facteur déterminant de la demande de soin de santé aussi bien directement qu'indirectement), l'**éducation et l'accès à l'information** (constituent aussi des déterminants clefs de la demande de soin de santé et là où ces facteurs sont rares ou inexistantes le marché des soins de santé ne fonctionne pas bien), les **coûts directs (le prix)** des soins médicaux associés à un autre groupe des déterminants qui peuvent accroître le coût d'un traitement médical (Il s'agit par exemple de la distance à parcourir pour accéder aux centres de santé et des coûts d'opportunité liés au travail causés par la maladie), les facteurs relatifs à la **culture** et à l'**acceptabilité sociale** de recevoir un traitement (influence de la communauté, de la famille et de la religion), la **qualité des soins** prodigués par le personnel de santé (peut aussi influencer significativement la demande de soins des pauvres) : La qualité peut se percevoir de plusieurs points de vue, mais il peut se résumer à l'**accueil** pour les pauvres. Dans ces conditions, ne pas accueillir convenablement les pauvres comme tout autre patient peut décourager ces derniers à retourner dans le même centre de santé. Lorsqu'on considère la qualité des soins du point de vue de la **disponibilité et de l'accessibilité des médicaments**, on peut penser que les pauvres ne vont continuer à fréquenter les centres de santé que lorsqu'ils sont sûrs que les médicaments sont disponibles et leur seront accessibles financièrement. Ceci justifie le recours massif dans les pays en développement aux médicaments génériques [22].

Outre, ces facteurs qui agissent sur la demande de soins des pauvres, il existe des facteurs du côté de l'offre qui ne sont pas de nature à encourager les pauvres à se faire soigner. Il s'agit en l'occurrence de la disponibilité de médecins et des médicaments de bonne qualité, de la difficulté pour les pauvres de prendre rendez-vous avec le médecin, du comportement de certains personnels soignants vis-à-vis des pauvres et de la qualité des soins prodigués. Ceci justifie le recours dans certains programmes d'amélioration de la demande des soins de santé des pauvres de la combinaison de stratégies axées sur l'offre et la demande [22].

II.1.8. Triade besoins-offre- demande

En général, les besoins de la population, en services de santé, seront toujours plus importants que les moyens mis en place pour y répondre. D'autre part, il se peut aussi que les services mis à la disposition de la population soient encore peu utilisés par celle-ci. Dans ce dernier cas, la priorité doit être donnée à une optimisation des services existants avant de développer ou d'offrir d'autres services. Il s'agit d'élargir la zone numéro 7 du schéma ci-dessus et d'arriver à une situation d'équilibre entre le trio *Demande-Offre-Besoins* [21,24].

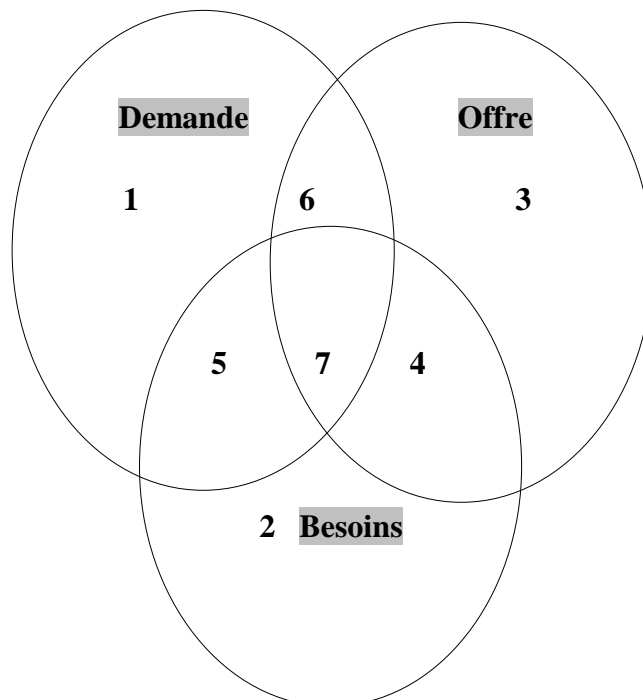


Figure 1. : La triade demande, besoins, offre des soins de santé [21, 23,24]

Les différentes situations peuvent être décrites comme suit :

1 : Demande irrationnelle non satisfaite

2 : *Besoins identifiés par le personnel de santé mais sans offre de service et sans demande (non ressentis par la population)*

3 : *offre non pertinente (ni demande ni besoin)*

4 : *Service disponible; besoins exprimés mais pas de demande manifestée: Sous-utilisation des services. (Offre non utilisée).*

5 : *Demande exprimée, besoins existants mais service non disponible : Mécontentement et détérioration de la santé de la Population*

6 : *Demande exprimée, service disponible, mais pas de besoins réels: Gaspillage, inefficacité*

7 : *adéquation entre besoins-offre-demande : Equilibre; mais très faible. L'objectif c'est d'élargir cette zone de convergence.*

Il est bon de rappeler que l'offre des soins ne couvre pas tous les besoins ou toute la demande. Ainsi, la promotion de la santé ne peut être réalisée par le seul secteur de la santé. D'autres secteurs de développement (agriculture, éducation...) interviennent pour combler le vide et renforcer l'action sanitaire. La relation entre l'offre et la demande conditionne l'utilisation des services de santé par la population [21,22].

II.2. APPROCHES THEORIQUES DE L'OFFRE ET LA DEMANDE DES SOINS

Les études sur l'accès aux soins s'inscrivent dans deux perspectives : la perspective de la demande de soins de santé et celle de l'offre de santé.

II.2.1. Approche offre des soins

Selon l'approche offre des soins, la disponibilité et les caractéristiques des services de santé influencent le recours aux soins. En d'autres termes, l'inexistence de l'offre des soins, son insuffisance et ses caractéristiques déterminent la demande de soins. L'offre crée donc sa propre demande, tel que présume l'économie classique. Le choix thérapeutique est alors conçu comme avant tout dépendant de l'efficacité des soins proposés par les filières thérapeutiques, de la distance à parcourir, du temps d'attente, du coût des prestations et de la qualité d'interaction entre le thérapeute et le malade. Cette approche sous-estime l'effet du contexte socioculturel et celui de l'acteur (c.-à-d. l'individu) dans le choix thérapeutique [1].

II.2.2. Approche Demande des soins

L'approche demande des soins repose sur l'idée d'une détermination sociale des comportements thérapeutiques des agents économiques en matière de recours aux soins de santé [1,25].

Plusieurs courants de pensée se sont penchés sur la question de la demande des soins médicaux. Parmi eux, trois modèles ont attirés notre attention :

➤ **Le modèle néoclassique traditionnel de la demande des soins médicaux** : C'est une approche fondée sur le comportement du consommateur rationnel (patient) qui cherche à maximiser son niveau de satisfaction (son utilité) sous la contrainte du revenu.

L'auteur J-P New house (1978) a illustré ce modèle en mettant en relation le revenu d'un patient et les services médicaux et la variété d'autres biens que le consommateur peut s'offrir. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1°) Le patient consommateur s'approvisionne en soins au prix p_m et en unité des variétés d'autres biens au cout p_c sous la contrainte de son budget.

2°) Plus le prix des services médicaux est faible, plus la quantité des services médicaux demandée est élevée [6, 18].

Une exception est cependant relevée par l'auteur qui suppose qu'une augmentation du revenu, si l'état de santé et les autres facteurs restent constants, n'entraîne pas systématiquement une baisse de la demande des services de santé [6, 18,26].

➤ **Le modèle de demande de santé issu de la théorie du capital humain** : Cette seconde approche développée par M .Grossman(1972) se fonde sur le raisonnement suivant « La santé s'apparente à un bien durable, à un capital dont l'agent dispose dès sa naissance et qu'il gère jusqu'à sa mort ».L'individu n'est plus seulement un consommateur des soins, il est également considéré comme un producteur de son état de santé aux différentes périodes de sa vie. Cette approche considère « l'état de santé » comme une variable dépendante contrairement à l'approche néoclassique qui l'intégrait comme variable exogène. Grossman dans sa modélisation, accorde également un rôle central à la variable « **Temps** » .Le temps représente le principal cout indirect que doit supporter le patient. Selon C. Becker (1965), les ménages sont à la fois des producteurs qui minimisent leur fonction d'utilité sous une contrainte de revenu et du temps [6, 18,26].

Les recherches de Grossman partent de l'hypothèse que :

- Le consommateur utilise son temps et un ensemble des biens pour produire une bonne santé donc la maximisation de l'utilité du consommateur se fera sous les constraints de temps et du budget(Revenu).
- Une hausse du taux de salaire (revenu) engendrerait une augmentation du stock de santé et la demande des soins médicaux.

- Une augmentation du prix des soins médicaux devrait engendrer une chute du stock de santé et une baisse de la consommation des soins médicaux.
- Une augmentation du niveau d'éducation devrait accroître la production du capital santé et une baisse de demande des soins médicaux.

Ce modèle connaît des insuffisances ou des limites :

- Il ne spécifie ni le contexte curatif ou préventif, ni le caractère subjectif ou non de l'état de santé du patient.
- Il part du principe que le consommateur dispose d'une information parfaite et que c'est sur de ces informations qu'il effectuerait ses choix [6,18].

Cette approche ne répond pas à la réalité du marché des soins médicaux qui est caractérisé par la faible information du consommateur. Cette asymétrie de l'information entre patient consommateur et médecin a pour effet de provoquer l'induction de la demande par l'offre (demande induite) [6, 18,26].

➤ **Le modèle de demande pure des soins médicaux :** Cette dernière approche est fondée sur le comportement du patient qui est supposé rationnel et parfaitement informé de l'emprise décisionnelle du corps médical et des influences de l'offre. Il ressort un modèle de demande indépendante de l'offre [18].

Contrairement aux autres secteurs, le secteur de la santé a ceci de particulier, on constate une importante étendue de l'intervention de l'état, la présence dominante de de l'incertitude à tous les niveaux, de nombreuses externalités et de l'existence d'une asymétrie des connaissances (le patient consommateur n'est pas libre de ses choix parce qu'il ne possède pas le même niveau d'information que le médecin).

La demande pure des soins médicaux distingue deux parties de la demande des soins :

- Une demande isolée de l'influence du médecin (Demande pure).
- Une demande induite par le médecin.

Le principe de base de ce modèle est que, le processus de consommation doit être analysé en deux étapes : Dans la première, le patient est libre de ses choix, prend lui-même l'initiative d'avoir accès aux soins. Dans la seconde étape, c'est le médecin qui décide de la nature et de la qualité des soins et biens médicaux à consommer [6].

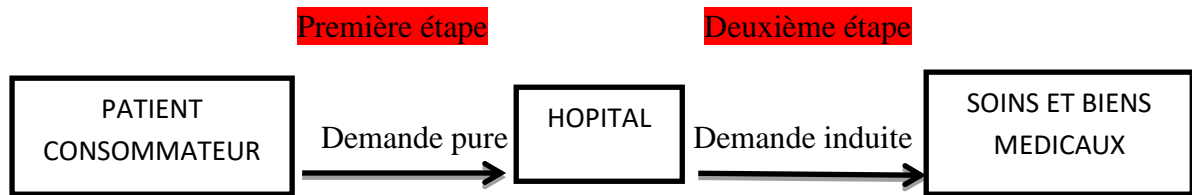


Schéma 1 : Demande pure des soins médicaux

Trois variables sont expliquées à titre de demande de consommation :

- Le nombre d'épisode de consommation médicale (Ensemble des services médicaux dont un patient bénéficie en continuité à la suite de l'initiative qu'il a prise de recourir au système des soins).
- Le nombre de contact entre demandeurs et offreurs des soins médicaux.
- La dépense de la consommation médicale [6,18].

Cette approche de la demande des soins est certes riche en enseignement mais n'intègre pas la notion de cout d'opportunité qui est essentiel pour un consommateur rationnel. Ensuite, il est trop prétentieux de croire que l'offre n'influence pas la demande et d'écarter l'hypothèse de l'asymétrie de l'information [18].

CHAPITRE III : MATERIEL ET METHODES

III.1. CADRE D'ETUDE

III.1.1. Cadre spatial

Notre étude a eu pour cadre la zone de santé de KISANGA qui est l'une de 17 zones de santé que comprend la division sanitaire de la province du Haut Katanga. Elle est une Zone de santé urbano-rurale située dans la ville de Lubumbashi, plus précisément dans les communes Annexe et Katuba. Elle couvre une superficie de 28 km² et est délimitée au nord par la zone de santé de Mumbunda, au sud par la zone de santé de Kipushi, au sud-est par la zone de santé de la Kenya, à l'est par la zone de santé de Katuba et de Mumbunda et à l'ouest par la zone de santé de Katuba.

La zone de santé baigne dans un climat tropical humide et sa végétation est une savane boisée. Le relief dominant est la plaine, le sol est de type argileux. La saison de pluies commence en octobre et se termine au mois d'avril tandis que la saison sèche va de mai en septembre. La zone de santé est traversée par les rivières Kimilolo, Kafubu et longée par la rivière Lubumbashi dans sa limite avec la zone de santé de Mumbunda et par la rivière Kalule dans sa limite avec la zone de santé de la Kenya (entre Kasungami et Kalebuka).

III.1.2. Aspects démographiques

La population de responsabilité de la ZS est estimée en 2016 à 239.290 habitants. Cette population est répartie dans différentes Aires de santé qui constituent la ZS (Voir Annexe 1).

III.1.3. Situation socio-économique et culturelle

La population a comme occupations principales, le petit commerce et l'agriculture. Les principales productions agricoles sont le maïs, les haricots, les patates douces, les arachides et des produits maraichers comme la tomate, les choux, les amarantes et les aubergines [27].

La population est hétérogène et constituée des ethnies majoritaires ci-après: les Balubas du Kasai, les Bemba et les Lamba [27].

La langue vernaculaire reste le Kiswahili et les principales religions sont : Catholique, Protestante, les églises de réveil et les Postolos.

III.1.4. Situation sanitaire

La zone de santé compte 11 Aires de santé avec chacune un centre de santé obligatoire et des formations sanitaires privées. La ZS dispose d'un HGR offrant le PCA.

Quelques problèmes identifiés dans la ZS [27]:

- ❖ Instabilité du personnel formé dans les structures sanitaires privées ;
- ❖ Insuffisance du personnel formé en différents thématiques : SONU, PF ;
- ❖ Insuffisance qualitative du personnel (qualifié) ;
- ❖ Pléthore du personnel à l'HGR (105 agents pour 46 lits) ;
- ❖ Ruptures fréquentes en intrants de sécu-trans, Médicaments et autres réactifs de labo ;
- ❖ Prolifération des officines ne respectant pas les normes (plus de 80) ;
- ❖ Faible capacité de la communauté à payer les soins ;
- ❖ Vétusté et insuffisance des Equipements à l'HGR (boite d'ostéosynthèse....) ;
- ❖ Insuffisance de la capacité d'accueil à l'HGR ;
- ❖ Floraison anarchique des formations sanitaires privées hors normes (52/96 soit 54.1%) : qualité douteuse des soins, soins couteux ;
- ❖ Absence des subventions de l'état pour le fonctionnement des FOSA (mode de paiement à l'acte).

III.2. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude analytique transversale, qui par définition consiste à donner une indication sur la dimension d'un problème de santé à un moment donné et indique les associations possibles.

III.3. CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

III.3.1. Modèle conceptuel

La revue de la littérature a permis de prendre connaissance avec l'ensemble des interactions qui existent entre les différents facteurs susceptibles d'influencer l'offre et la demande des services de santé.

Notre étude dont l'objectif principal est d'identifier les déterminants de l'offre et de la demande des soins de santé à Kisanga se situe donc en amont et en aval du processus de décision de recours aux soins de santé. Nous analysons la demande induite par le médecin (Offre des soins) et aussi celle relevant de la décision du consommateur des soins de se référer

ou non à une structure moderne des soins en cas de maladie. Ce choix, comme l'ont démontré les auteurs du modèle de demande pure, provient beaucoup plus de la volonté du consommateur lui-même que de l'induction de l'offre.

Nous avons retenu dans le cadre de notre étude des variables susceptibles d'influencer l'offre et la demande des soins de santé.

III.3.2. Variables

Elles ont été rassemblées en 2 groupes des facteurs qui sont :

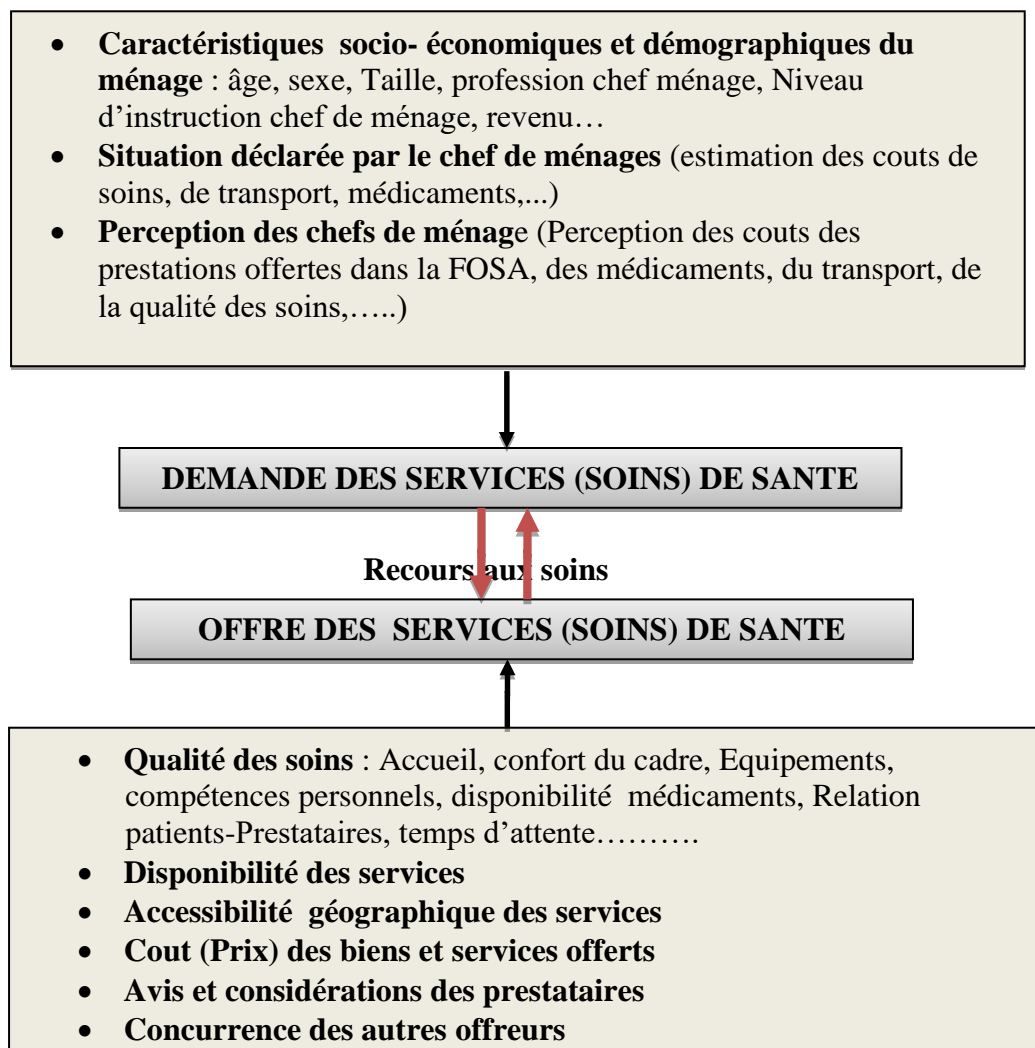
1) Les facteurs liés à la demande des soins de santé :

- Les caractéristiques socioéconomiques et démographiques des chefs de ménage (Sexe, Age, statut matrimonial, profession, niveau d'instruction, revenu du ménage, taille du ménage....)
- Les variables portant sur la situation déclarée (toutes les estimations concernant le coût des soins, de transport, de médicament, Raison de recours etc...)
- Les variables de perception des usagers (Perception des coûts des prestations offertes dans la FOSA et capacité de paiement, des médicaments, du transport, de la qualité des soins,.....)

2) Les facteurs liés à l'offre des soins de santé :

- La disponibilité des services (condition nécessaire pour qu'il y ait formulation d'une demande des soins) ;
- L'accessibilité géographique ;
- Les coûts d'utilisation des services de santé (dépenses consultations, transport, médicaments, d'hospitalisation,...) ;
- La qualité des soins perçus (compétences du personnel, attention fournie aux patients, les relations interpersonnelles, la distribution des médicaments, la qualité des infrastructures sanitaires, l'appartenance de la FOSA,..) ;
- La concurrence des autres offreurs : Pluralité des systèmes médicaux (moderne, traditionnel, guérisseurs, automédication, absence des soins) ;
- Avis et considérations des prestataires sur l'offre et la demande des soins de santé.

Schéma 2 : Schéma du modèle conceptuel



III.4. METHODE DE RECHERCHE

III.4.1. Population cible de l’étude

Dans le cadre de notre étude, nous avons retenu comme unité statistique :

- Le ménage pour ce qui est de l'analyse de la demande et la perception de l’offre des soins de santé et le chef de ménage ou sa conjointe est l’unité déclarante.
- Les structures de soins de santé moderne pour ce qui est de l’analyse de l’offre des soins où l’unité déclarante est le prestataire des soins.

III.4.2. Echantillonnage

Nous avons opté pour la technique d'échantillonnage aléatoire stratifié : **Au premier degré**, toutes les 11 aires de santé ont constitué des strates et **au second degré**, la sélection des ménages à l'intérieur de chaque strate.

La direction à prendre a été tirée au hasard par la méthode dite de la « bouteille ». Avec la table des nombres aléatoires, les enquêteurs ont tiré le ménage de départ au sort et ont commencé l'enquête par ce ménage. Ils ont continué l'enquête avec le deuxième ménage le plus proche et ainsi de suite jusqu'à atteindre le nombre de ménages requis.

III.4.3. Taille de l'échantillon

Calcul de la taille minimale de l'échantillon

L'échantillon était composé des structures sanitaires (offreurs) et des ménages (demandeurs) de la zone de santé. Nous sommes parti de l'hypothèse que 50% de la population seraient plus touchés par un problème de santé pour demander et offrir un service de santé, calcul de la taille de l'échantillon nécessaire pour faire une inférence sur la population et les structures. La taille minimale de l'échantillon a été calculée selon la formule de l'estimation d'une proportion : $n \geq \frac{Z_{\alpha}^2 p(1-p)}{d^2}$.

- p : Proportion des personnes touchées par un problème de santé et devant demander le service de santé.
- 1-p : 0,50, Proportion des personnes qui ne sont pas touchées par un problème de santé
- d : degré de précision. Nous nous sommes fixé une précision de 5%, soit d=0,05
- Z_{α} : coefficient de confiance correspondant à un seuil de signification de alpha = 5%.
Pour un degré de confiance de 95%, $Z_{\alpha}=1.96$
- n : le nombre minimal des chefs de ménages/ personnels à interviewer.

Ainsi, la taille minimale de l'échantillon sera de $n \geq \frac{1,96^2 \times 0,5 \times (1-0,5)}{0,05^2} = 384$.

Pour rendre notre échantillon plus représentatif, nous avons considéré un échantillon plus élevé que la taille minimale requise (384). C'est dans ce contexte que nous avons procédé à un tirage aléatoire jusqu'à atteindre une taille totale de l'échantillon de 849 répartie comme suit :

- Pour les structures des soins, nous avons pris le Ratio personnel infirmier/habitant selon le cadre de suivi du PNDS 2011-2015 en RDC pour déterminer le nombre des prestataires à interroger : $1/5000 \text{ hab.} : 239.290 \text{ hab.} / 5000 \text{ hab.} = 48$ infirmiers à questionner.
- Nombre des ménages à enquêter sur base de l'échantillon proportionnel à la taille de la population(EPP) de chaque AS : 801(Annexe 1)

III.4.4. Critères de sélection des enquêtés

Les ménages et les prestataires des soins de la ZS de Kisanga qui ont fait partis des strates et qui ont accepté de répondre à notre questionnaire ont été sélectionnés pour cette étude.

III.4.5. Liste et définition des variables à étudiées

1. variable dépendante:

C'est la **demande des soins de santé** qui est un évènement dichotomique : soit l'individu demande, soit il ne demande pas. La demande des soins de l'individu est donc mesurée par la probabilité d'accéder au service de santé s'il est malade. Elle sera apprécié à travers l'utilisation des services offerts par les structures de santé et exprimée par le taux de consultation qui est le rapport de l'effectif de la population malade ou avec un problème de santé ayant consulté un personnel médical à l'effectif de la population.

Ainsi donc deux individus ayant des caractéristiques différentes (socio-économiques et démographiques) auront des probabilités inégales d'accéder aux soins.

2. variables indépendantes

a. Variables liées à la demande des soins :

- Age ;
- Sexe du chef de ménage ;
- Taille du ménage ;
- Niveau d'instruction du ménage ;
- Profession du chef de ménage ;
- Niveau de revenu mensuel ;
- Dépenses des soins au cours du dernier trimestre ;

- Raisons du choix de recours aux soins de santé (habitude, éviter les dépenses, confiance, proximité, faible cout, gravité, crédit,...) ;
- Cout d'utilisation des soins (Coût déclaré des consultations et traitement, perception des usagers, capacité de paiement ou prix maximal que les usagers serait prêt à payer).

b. Variables liées à l'offre de soins :

- Disponibilité des services de santé (Soins curatifs, maternité (accouchement, CPN), chirurgie ;
- Qualité perçue des soins (avis des usagers sur le personnel, le temps d'attente avant consultation, état de la structure sanitaire ;
- Disponibilité des médicaments (quantité prescrit, quantité achetée par les patients, prix des médicaments à la pharmacie) ;
- Accessibilité géographique (distance de la formation sanitaire la plus proche de la maison, coût de transport, voies d'accès) ;
- Services offerts ;
- Considérations des prestataires sur l'offre des soins et leur demande.

III.4.5. Procédures et matériels de collecte de données

1. La collecte des données avait consisté en l'élaboration d'un questionnaire qui a été administré (après son pré-test) aux chefs de ménages (demandeur des soins) par une équipe de six enquêteurs préalablement formés à cet effet.

Les informations collectées ont été complétées par des interviews structurées avec des prestataires des soins de santé (offreurs des soins) afin de recueillir également leurs considérations au sujet de la structure de l'offre et la demande des soins de santé.

Ces questionnaires ont été constitués d'une série de questions fermées qui portaient sur :

- Les informations générales de l'enquêté(e) sur ses caractéristiques sociodémographiques : âge, niveau d'instruction, situation matrimoniale, taille du ménage, profession, revenu etc.....
- Les informations sur l'utilisation, par les ménages, des formations sanitaires ainsi que sur la perception des soins qui y sont donnés.

- Les considérations des prestataires au sujet de la structure de l'offre et la demande des soins de santé.

2. Matériels : Questionnaire d'interview

III.4.6. Traitement des données

Il avait consisté au codage et à la saisie des données. Le masque de saisie et la codification ont été effectués par le chercheur principal et l'encodeur, et les données ont été ensuite introduites dans l'ordinateur. Ce masque a été élaboré dans le logiciel Excel 2010 qui a permis la saisie des questionnaires. Les données saisies ont été ensuite transférées vers les logiciels Epi Info 7.1 et SPSS 23 pour l'analyse.

Toutes les productions statistiques (fréquences, tableaux, les moyennes, les écarts-types, les minima et les maxima) ont été effectuées avec lesdits logiciels.

III.4.7. Analyses et interprétations des données

L'analyse effectuée a comporté deux volets :

- L'analyse **descriptive** de l'échantillon comprenant l'**analyse univariée** (calcul des fréquences, des moyennes plus écart-type) et l'**analyse bi variée** ou bilatérale qui permet la mesure d'association entre les variables indépendantes et la variable dépendante « Demande des soins » avec le test du khi-deux, Odds ratio.
- L'analyse **multi variée** ou explicative : Par l'analyse factorielle de correspondances (AFC) sur SPSS pour déterminer le profil des offreurs des soins et celui des sujets ayant ou pas demandé les services de santé offerts puis la régression logistique avec calcul des odds ratios ajustés et leurs intervalles de confiance, permettant d'identifier les facteurs ayant plus d'effet ou expliquant la variable dépendante.

III.4.8. Considérations éthiques

Ce travail s'est accompli dans le strict respect du consentement libre des enquêtés et du traitement confidentiel des informations recueillies.

III.4.9. Difficultés rencontrées

Comme dans toute recherche, les difficultés existent toujours. Dans le cadre de cette étude, nous n'avons pas rencontré des problèmes majeurs hormis quelques petites difficultés dues essentiellement à :

- La méfiance de certains enquêtés envers les enquêteurs dans certains ménages et même dans certaines formations sanitaires.
- L'absence des enquêtés (chef ménage ou conjoint) dans certains ménages.
- La collecte des informations se rapportant à la situation économique du ménage, les enquêtés s'en méfient ou sous évaluent très souvent les capacités économiques de leur ménage.

CHAPITRE IV : PRESENTATION DES RESULTATS

IV.1. RESULTATS EN RAPPORT AVEC LES CARACTERISTIQUES DES MENAGES

Notre étude a porté au total sur 801 sujets représentant chacun un ménage, répartis sur 11 Aires de Santé de la zone de santé de Kisanga dans la ville de Lubumbashi. Le sexe féminin était prédominant (455 femmes), l'âge moyen de ces sujets était de 37 ± 10 ans, tandis que la taille moyenne des ménages était de 6 ± 3 personnes.

Notre échantillon était composé, en majorité (89,8% des cas), par des personnes mariées, des personnes sans emploi (30,8% de l'échantillon) et des sujets ayant réalisé les humanités secondaires (74,4% des cas).

Tableau II. Répartition des ménages selon le revenu mensuel

Revenu mensuel du ménage(USD)	Effectifs	Pourcentage
Moins de 100	499	62,3
[100-200[	263	32,8
[200-300[	32	3,9
[300-500[	6	0,7
>500	1	0,1
Total	801	100

Plus de 6 ménages sur 10 avaient un revenu mensuel inférieur à 100 USD équivalent à 100000 FC au moment de l'enquête et près de 1/3 des ménages avaient un revenu mensuel compris entre 100 USD et 200 USD.

IV.2. COMPORTEMENT DES MENAGES FACE A LA MALADIE

IV.2.1. Nombre des ménages ayant eu au moins un cas de maladie durant le dernier mois ayant précédé l'enquête.

Tableau III. Répartition des ménages selon leur état morbide durant le dernier mois précédant l'enquête

Présence de la maladie	Effectifs	%
Non	79	9,86
Oui	722	90,14
Total	801	100

A la lumière du tableau II, nous remarquons que sur un effectif total de 801 ménages enquêtés, 722 (Soit 90,1%) sujets ont affirmé avoir été malade ou avoir eu un cas de maladie durant le dernier mois précédant notre enquête.

IV.2.2. Ménages ayant recourus à une structure moderne des soins

Tableau IV. Répartition des ménages ayant demandé les soins dans une structure sanitaire moderne

Demande des soins dans une FOSA moderne	Effectifs	Pourcentage(%)
Non	325	45,01
Oui	397	54,99
Total	722	100,0

Parmi les 722 sujets ayant déclaré la présence d'un cas de maladie dans leur ménages, 397 ont demandé les soins dans une structure sanitaire moderne, soit un taux de 54,9%.

IV.2.3. Motifs de choix de recours et de non recours aux soins invoqués par les chefs des ménages.

IV.2.3.1. Motifs de choix de recours aux soins.

Tableau V. Répartition des malades selon les motifs de choix de recours aux soins

Motifs de recours aux soins	Fréquence (n=397)	Pourcentage(%)
Abonnement	6	1,5
Confiance	57	14,3
Crédit	16	4
Gravité de la maladie	62	15,6
Habitude	181	45,5
Meilleur accueil	59	14,8
Présence des médicaments	9	2,2
Prix abordable	28	7
Proximité	133	33,5

Parmi les motifs de choix de recours aux soins, l'habitude (45,5% des cas) et la proximité de la FOSA (33,5% des cas), le meilleur accueil (14,8%), la confiance dans les structures des soins (14,3%) et la gravité de la maladie (15,6%) ont présenté les fréquences les plus élevées.

IV.2.3.2. Motifs de choix de non recours aux soins

Tableau VI. Répartition des enquêtés selon les motifs de non recours aux soins

Motifs de non recours aux soins	Fréquence (n=325)	Pourcentage(%)
Absence médicament	9	2,7
Automédication	61	18,7
FOSA souvent fermée	7	2,1
Maladie non grave	16	4,9
Manque d'argent	180	55,3
Mauvais accueil	21	6,4
Moins efficace	5	1,5
Prière	48	14,7
Produit traditionnel	52	16
Trop cher	121	37,2

Le tableau ci-dessus, indique que parmi les motifs de non recours, le manque d'argent était le motif le plus important et représentait 55,3% des enquêtés et 37,2% des enquêtés ont estimé que les soins étaient trop chers dans les FOSA.

IV.2.4. Types des services de santé consultés par les malades.

Les CS sont, dans 70% des cas, les services les plus consultés en cas de maladie.

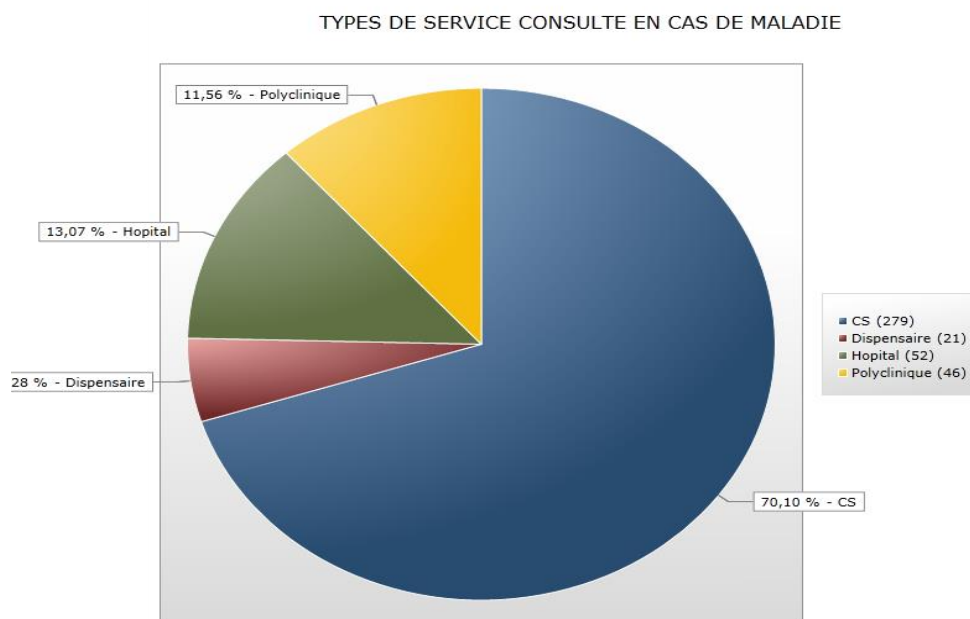


Figure 2. Type des services des soins modernes consulté en cas de maladie.

IV.3. CARACTERISTIQUES DES SERVICES DE SANTE VUES PAR LES MENAGES

IV.3.1. Dépenses des soins de santé

IV.3.1.1. Dépenses de transport vers la FOSA

Tableau VII. Estimation des dépenses de transport (en FC) par les ménages.

coût transport aller-retour	Fréquence	Pourcentage(%)
0	300	75,5
400	3	0,75
500	16	4
800	2	0,5
900	1	0,25
1000	66	16,6
1300	1	0,25
1500	2	0,5
2000	5	1,25
3000	1	0,25
Total	397	100,0

Le coût moyen de transport aller-retour déclaré entre la FOSA fréquentée et le domicile est de 238,4 FC. Le cout minimum étant de 0 FC (pour ceux qui se rendent à pied), le cout maximal est de 3000 FC. La grande majorité des ménages soit 300 ou 75% n'ont pas payé le transport pour se rendre dans la FOSA à cause de la proximité avec celle-ci.

IV.3.1.2. Dépenses des soins (Coût des soins)

Tableau VIII. Estimation des coûts des soins par type de service de santé consulté par les ménages

TYPE DES SERVICES	ESTIMATION DES COUTS				
	Moyen	Minimum	Médian	Maximum	Mode
CS	22835,48	1000	21500	87000	20000
Dispensaire	21321,42	3150	19850	70000	20000
Hôpital	45514,42	10000	45000	85000	45000
Polyclinique	26166,30	0,0000	24000	68000	25000

Le coût moyen global des soins dans une FOSA est estimé par les ménages à 26103 ,64 ± 16335 FC. Le coût minimum des soins est de 0 FC et le maximum est de 87000 FC. Le coût des soins reste nettement élevé à l'hôpital par rapport à d'autres types des services fréquentés par les ménages.

IV.3.2. Perception des ménages sur les caractéristiques des FOSA

IV.3.2.1. Perception du coût de transport

En rapport avec la distance pour atteindre la FOSA, 17% des enquêtés la trouvaient longue et 66,3% des enquêtés ayant engagé des fonds pour atteindre le CS estimaient que le coût de transport était satisfaisant, étant donné que le coût moyen de transport aller-retour était égal à 238± 464 FC.

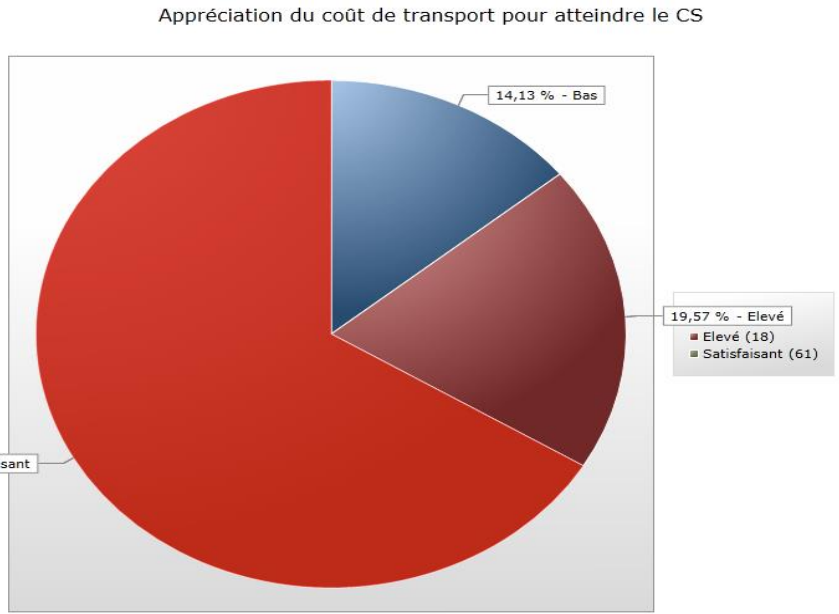


Figure 3 : Appréciation du coût de transport pour atteindre la FOSA

IV.3.2.2. Perception du coût des soins médicaux

Tableau IX. Répartition des enquêtés selon l’appréciation des coûts de Santé

Appréciation coût de soins	Fréquence	Pourcentage
Bas	57	14,36
Elevé	233	58,69
Satisfaisant	107	26,95
Total	397	100,0

Plus de la moitié des sujets était constituée par des personnes qui estimaient que les coûts de soins étaient très élevés (58,69%). Environ un sujet sur quatre (27% des cas) estimait que ces coûts étaient satisfaisants.

IV.3.2.3. Origine de l'argent pour payer les soins

Tableau X. Répartition des enquêtés selon l'origine de l'argent pour payer les soins

Origine de l'argent	Fréquence	Pourcentage
Aides	68	16,33
Economie de la maison	248	63,31
Emprunt	49	12,31
Vente d'un bien	21	7,79
Total	397	100,0

Plus de la moitié (63,31%) de la strate des personnes malades recouraient aux économies familiales pour le financement des soins de santé. Certains recouraient à l'emprunt (12,3%) ou au solde d'un bien dont ils étaient propriétaires (7,8%) et 16,3% recouraient aux aides (amis, famille, voisins,...)

IV.3.2.4. Perception de la qualité de l'offre des soins par les ménages

IV.3.2.4.1. Perception de l'accueil

Tableau XI. Répartition des enquêtés selon l'appréciation de l'accueil dans la FOSA.

Perception accueil	Fréquence	Pourcentage
Bon	368	92,69
Mauvais	29	7,29
Total	397	100,0

La majorité des chefs de ménages (9 sur 10) estiment comme bon l'accueil leur réservé dans les formations sanitaires fréquentées.

IV.3.2.4.2. Perception du temps d'attente avant la consultation

La figure 4, indique que 82,4% des chefs des ménages ayant demandé les soins dans une formation sanitaire moderne estiment comme étant court le temps d'attente au sein de la FOSA. Par contre, près de 18% de nos enquêtés le jugent long.

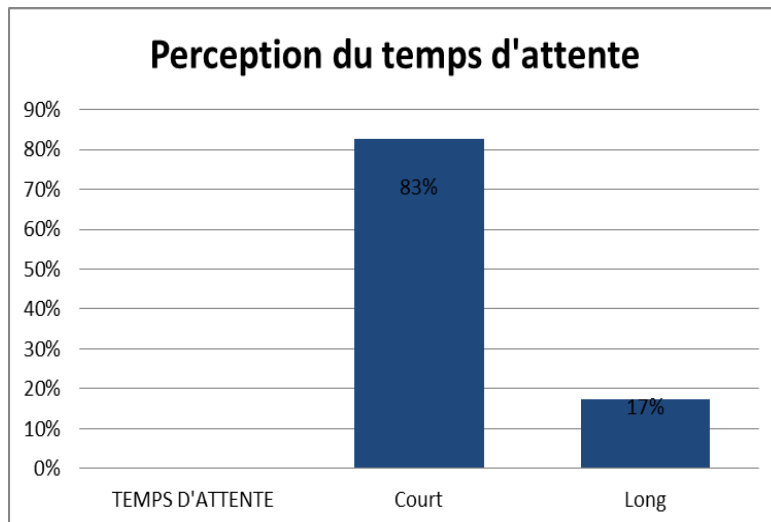


Figure 4 : Perception du temps d’attente par les ménages

IV.3.2.4.3. Appréciation du personnel soignant par les ménages

En rapport avec l’appréciation du personnel soignant, 98,4% des malades estiment qu’il est compétent, 92,7% des malades estiment que ce personnel explique la manière d’éviter la maladie et 97,7% estiment suffisant temps leur consacré par le personnel soignant. Signalons, en outre, que la quasi-totalité des enquêtés (390 cas sur 397, soit 98%) ont affirmé que le personnel précité leur apprenait comment prendre les médicaments.

IV.3.2.4.4. Appréciation de l’infrastructure sanitaire par les ménages

En rapport avec les FOSA, 94% des malades (374 cas sur 397) estimaient qu’elles étaient propres. En d’autres termes, 6% des malades les trouvaient en état de saleté et 62,6% des sujets (249 cas sur 397) estimaient qu’elles ne disposaient pas d’équipements nécessaires.

IV.3.2.5. Perception des ménages sur la disponibilité des médicaments

Tableau XII. Répartition des malades selon la disponibilité des médicaments prescrit dans la FOSA

Disponibilité médicaments	Fréquence	Pourcentage
Non	151	38,04
Oui	246	61,96
Total	397	100,00

Sur un effectif total de 397 personnes malades au dernier mois précédant notre étude, 246 sujets (soit 62%) ont confirmé la disponibilité des médicaments prescrits dans la FOSA et 38,04% des sujets (soit 151 personnes) ont déclaré avoir reçu une ordonnance médicale pour l'achat des médicaments prescrits dans une pharmacie privée.

Tableau XIII. Répartition des enquêtés selon le temps écoulé entre le moment de la prescription et achat des médicaments

Temps écoulé (en jours)	Fréquence	Pourcentage(%)
0	162	40,70
1	127	32,16
2	54	13,57
3	32	8,04
4	14	3,52
5	4	1,01
6	4	1,01
Total	397	100

Environ 60% des malades (59,3% des cas) ne réalisent pas l'achat des médicaments le jour de leurs prescriptions et 13,58% réalisent ces achats au moins trois jours après la prescription.

Tableau XIV. Répartition des malades selon l'achat des médicaments prescrits

Achat de la totalité des médicaments prescrits	Fréquence	Pourcentage
Non, quelques-uns seulement	43	10,8
Non, Pour quelques jours seulement	52	12,96
Oui	305	76,88
Total	397	100,0

Les résultats consignés dans ce tableau montrent qu'environ 23% des sujets malades (95 personnes sur 397) ne paient pas la totalité des médicaments prescrits pour leur guérison. Environ 13% de ces sujets ne paient les médicaments que pour quelques jours.

Tableau XV. Répartition des enquêtés selon les suggestions pour l'amélioration des conditions sanitaires dans les FOSA

Suggestions	Fréquence (n=397)	Pourcentage(%)
Augmenter les équipements	229	57,6%
Augmenter les personnels qualifiés	32	8 %
Diminuer le prix	211	53 ,1%
Plus des médicaments	67	16,8%

En rapport avec les attentes ou les suggestions, l'augmentation des équipements (57,6% des cas de suggestion) et la réduction des prix et coûts des soins (53,1%) sont les suggestions les plus fréquentes.

IV.4. AVIS ET CONSIDERATIONS DES PRESTATAIRES DES SOINS SUR L'OFFRE ET LA DEMANDE DES SOINS

Notre étude a porté aussi sur une interview structurée d'un total de 48 prestataires des soins œuvrant dans différentes formations sanitaires, toutes catégories confondues, réparties sur 11 Aires de Santé de la zone de santé de Kisanga dans la ville de Lubumbashi.

1) **L'identification des FOSA** montrent que sur les 48 structures sanitaires visitées, 85,4% sont d'appartenance purement privée, 10,4% sont privée confessionnelles et seulement 4,1% d'entre elles représentent les structures étatiques. Les structures de santé de première ligne ont été majoritaires, les CS représentent à eux seuls 81,25% de notre échantillon. La plupart des FOSA ont une durée d'existence de 1 à 4 ans (35,4%), suivies de celles avec 5 à 9 ans d'existence (31,25%) et les restes ont une durée soit inférieure à 1 an (16,6%) soit supérieure ou égale à 10 ans (16,6%).

2) Ressources organisationnelles des FOSA

Il ressort de ceci que 33 structures de premier échelon ou CS (84,6%) sur 39 sont visitées par au moins un médecin pour la consultation médicale et la majorité (78,57%) y consacrent suffisamment du temps, soit plus de 25 heures par semaine.

Le mode de tarification des soins le plus appliqué comme l'illustre la figure ci-bas est le paiement à l'acte.

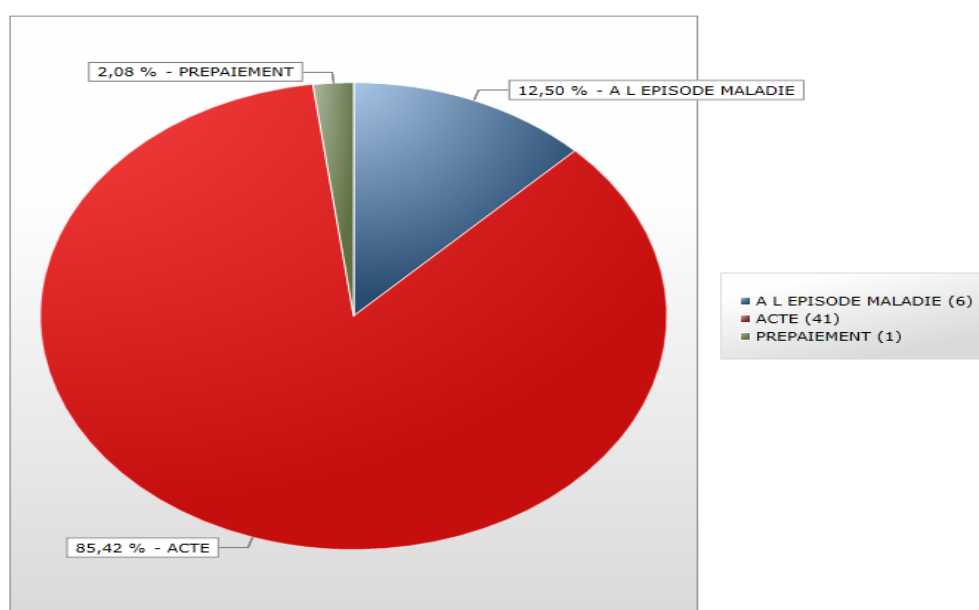


Figure 6 : Répartition des avis des prestataires par rapport au mode de tarification dans les FOSA

Et en plus 83, 33% d'entre eux ont affirmé que les ménages ayant demandé les soins, paient difficilement par conséquent la plupart des ménages contractent la dette à la FOSA pour avoir les soins (avis de 66,67% des prestataires), suivi du paiement direct et en nature des soins qui ont recueillis chacun 16,67 % d'avis des prestataires comme mode de paiement des soins par les ménages.

Les prestataires ont émis également un jugement sur l'équipement médical qu'ils utilisent, 77% d'entre eux ont estimés que c'est insuffisant contre 23% qui l'ont jugé suffisant.

La qualité des infrastructures des FOSA a été jugée bonne par 87,5% des prestataires interviewés.

3) Prestations des services et pratiques cliniques

i. Services organisés dans le FOSA

Comme l'illustre la figure ci-dessous, sur 48 FOSA visitées, Seulement 92% organisent la maternité, 75% organisent respectivement le laboratoire et la pharmacie, 77% la vaccination des enfants, 15% l'imagerie et 19% la chirurgie.

Par contre les soins curatifs sont organisés par la totalité des FOSA.

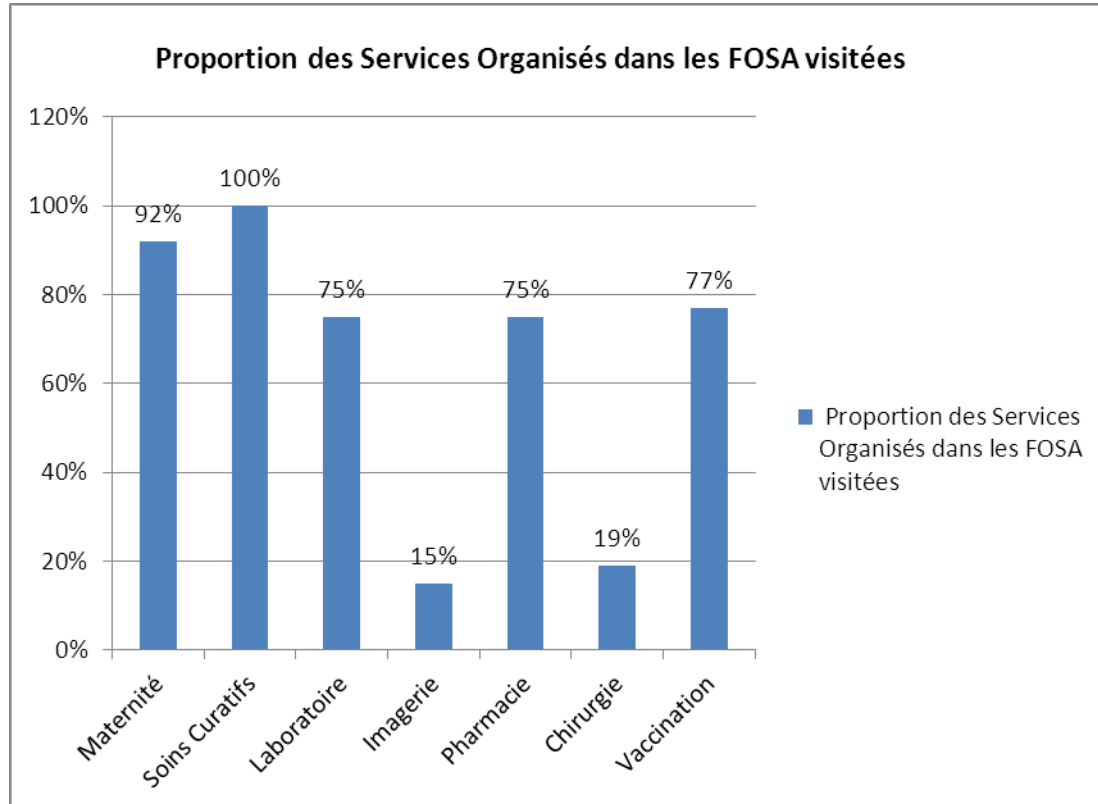


Figure 7: Proportion des services organisés dans les FOSA visitées

- ii. Par rapport à l'utilisation des services par les ménages, 60,42% des prestataires ont déclarés avoir un très faible taux d'utilisation des services (<10%), 33,3% ont un taux oscillant entre 10 et 49 % et seulement 6,25% d'entre eux ont déclaré avoir un taux $\geq 50\%$ conformément aux normes de l'OMS.

Ceux ayant un taux en dessous de la norme ont évoqués plusieurs raisons justifiant cela comme le montre la figure ici-bas :

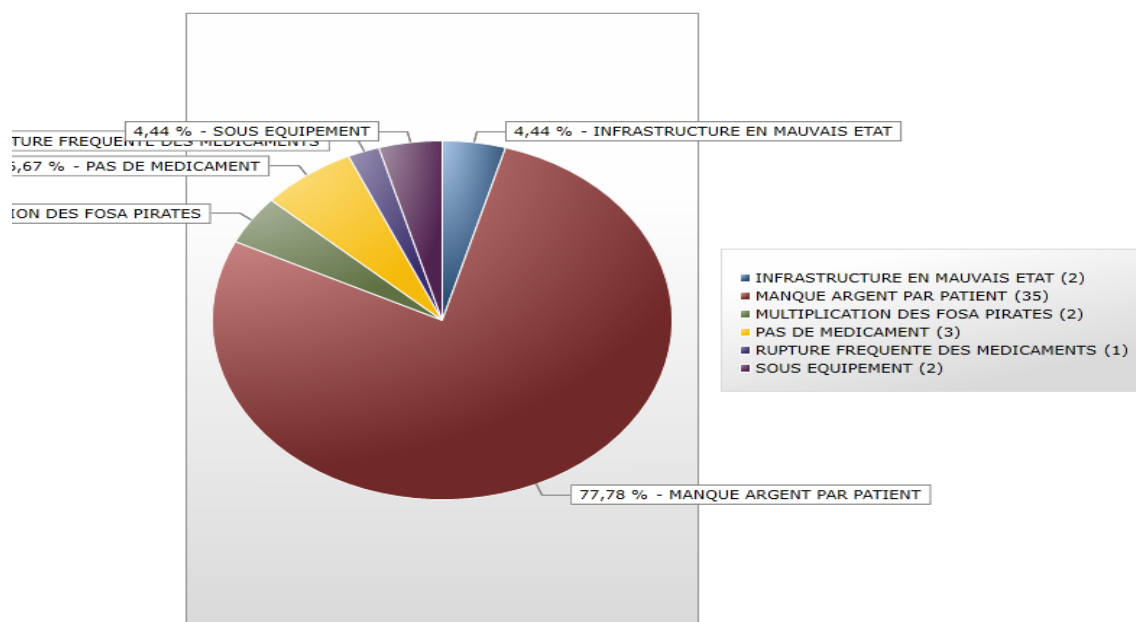


Figure 8 : Raisons du taux d'utilisation faible des services selon les prestataires des soins

- iii. Par rapport à l'utilisation des ordigrammes des soins ou des protocoles thérapeutiques pour les hôpitaux, 29 prestataires ont déclaré ne pas utiliser ces outils de rationalisation des soins soit 60,42% et seulement 19(39,5%) ont affirmés utiliser ces outils.

4) Perception du coût des soins et de la capacité de paiement par les ménages

- i. Le coût moyen de prise en charge d'un cas de paludisme est de 13639,58±7044,7 FC. Il est plus élevé à l'hôpital (19700 FC) par rapport à d'autres catégories de FOSA (CS : 14269±7365 FC).
- ii. Selon les prestataires, les ménages ayant demandés les services ont du mal à payer les soins. 66% des personnels soignants affirment que pour avoir les soins, la plupart des malades sont soigné à crédit par la FOSA.

5) Appréciation de la qualité des soins offerts par les personnels soignants

- i. **Temps d'attente et de consultation :** Lorsqu'un patient accède à une structure sanitaire, le temps moyen avant d'être reçu va de 10 à 30 minutes selon 83,3% des prestataires questionnés et la durée moyenne d'une consultation est inférieure à 10 minutes selon 12,5% des personnels, de 10 à 30 minutes selon 43,7% des prestataires et supérieure à 30 minutes selon 43,7 % des prestataires.
- ii. **Renforcement des capacités des prestataires :** Près de 44% des personnels ne bénéficient pas du renforcement de capacités à travers la supervision formative de la part des autorités sanitaires et parmi eux 56,2 % n'ont bénéficié d'aucune formation sur les différentes thématiques.

Pour apprécier la dépendance entre la demande des soins (variable dépendante) et les facteurs susceptibles de l'influencer (variables indépendantes), nous avons effectuées les associations suivantes :

I. La demande des soins à une FOSA en fonction des caractéristiques du ménage.

Tableau XVI : Répartition des chefs de ménage selon le sexe et la décision de demander les soins dans une FOSA

Sexe	Demande des soins		OR	IC	P-value
	Oui	Non			
F	249	152	1,9	[1,4-2,5]	0,00*
M	148	173	1		
Total	397	325			

Les chefs de ménage ayant recouru aux soins représentent 54,9% de l'échantillon, parmi lesquels 62,7% sont de sexe féminin et 37,3% sont de sexe masculin. Les résultats montrent une association significative entre le sexe du chef de ménage et la décision de demander ou pas les soins en cas de maladie (Le sexe féminin a 2 fois plus recouru à une FOSA en cas de maladie que celui masculin).

Tableau XVII : Répartition des enquêtés selon l'âge et la demande des soins

Age	Demande des soins		OR	IC	P-value
	Oui	Non			
<20	3	3	3,6	[0,5-23]	0,14
[20-30[	131	91	5,2	[2,05-13,5]	0,00**
[30-40[	166	106	5,7	[2,2-14,6]	0,00**
[40-50[	69	75	3,3	[1,2-8,8]	0,09
[50-60[	22	28	2,8	[0,9-8,3]	0,04*
≥60	6	22	1		
Total	397	325			

Une liaison significative a été observée entre l'âge du chef de ménage et la décision de demander des soins en cas de maladie. En cas de maladie, les sujets âgés entre 20 et 40 ans recourent 5 à 6 fois plus aux structures sanitaires modernes que ceux d'âge supérieur à 60ans.

Tableau XVIII : Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial et la demande des soins

Etat civil	Demande des soins		OR	IC	P-value
	Oui	Non			
Célibataire	20	12	6,9	[2,3-20,5]	0,00*
Marié	367	277	5,4	[2,3-12,7]	0,00**
Divorcé	3	7	1,7	[0,3-8,6]	0,47
Veuf (ve)	7	29	1		
Total	397	325			

Une association significative a été observée entre l'état civil et la décision de recourir aux soins modernes. La plus grande fréquence des usagers des services offerts par les FOSA a été observée chez les personnes célibataires et mariées (5 à 7 fois plus que les autres strates). La fréquence la plus forte des personnes n'ayant pas demandé les services a été notée chez les personnes veuves (29 cas sur 36, soit 80,6%).

Tableau XIX. Répartition des sujets enquêtés selon la profession et la demande des soins

Profession	Demande des soins		OR	IC	P-value
	Oui	Non			
Fonctionnaire	52	8	19,9	[7,6-52]	0,00**
Commerçant	138	32	13,2	[6,4- 27]	0,00**
Libéral	26	6	4,9	[2-11,8]	0,00*
Ouvrier	31	15	6,3	[2,6-15]	0,00**
Chauffeur	9	8	3,4	[1,1-10,6]	0,02*
Eleveur	14	43	1		
Cultivateur	30	78	1,1	[0,5-2,4]	0,65
Total	397	325			

Au seuil de signification de 5%, il ressort une différence significative entre la profession des enquêtés et le fait de demander ou non les soins de santé. La proportion est moins élevée chez les éleveurs et les cultivateurs.

Tableau XX : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction et la demande des soins

Niveau instruction	Demande des soins		OR	IC	P-value
	Oui	Non			
Supérieur	45	18	6,9	[3,5-13,7]	0,00**
Secondaire	319	215	4,1	[2,6-6,4]	0,00**
Primaire	33	92	1		
Total	397	325			

Au vu des résultats ci-haut, on note une association significative entre le niveau d'instruction et la demande ou non des soins. Plus le niveau d'instruction est haut, plus les sujets enquêtés demandent plus les services de santé.

Tableau XXI : Répartition des enquêtés selon le revenu mensuel et la demande des soins

Revenu (en USD)	Demande des soins		OR	IC	P-value
	Oui	Non			
Moins de 100	186	278	–	–	0,41
[100-200[	179	40	–	–	0,00*
[200-300[	27	5	–	–	0,00*
[300-500[	5	1	–	–	0,08
≥500	0	1			
Total	397	325			

Une association significative a été également observée entre le revenu du ménage et la décision de recourir aux soins dans les FOSA. La proportion des personnes qui demandent les soins est plus élevée chez les sujets ayant entre 100 et 300 USD le mois ($p=0,00$).

II. Demande des soins selon les caractéristiques des services de santé offerts

Tableau XXII : Répartition des enquêtés ayant demandés les soins selon leur revenu et le montant dépensé pour les soins

Revenu mensuel (en FC)	Effectifs	coût moyen	Ecart- type
Moins de 100000	186	22117,3797	16525,5701
[100000-200000[	179	28879,8883	15059,3568
[200000-300000[	27	35585,1852	17057,4528
[300000-500000[	5	24600,0000	10182,0921

Les ménages à revenu faible (Moins de 100 USD ou de 100.000 FC), c'est-à-dire près de 47% des ménages enquêtés, ont dépensé presque le même montant que ceux à revenu élevé soit un coût moyen de $22117,3797 \pm 16525,5701$ FC soit $22,1 \pm 16,52$ USD.

Tableau XXIII. Répartition des enquêtés selon le sexe et la perception des malades sur l'accueil dans la FOSA

PERCEPTION DE L'ACCEUIL			
SEXE	Bon	Mauvais	Total
F	236	13	249
M	132	16	148
TOTAL	368	29	397

La recherche de la nature de la liaison entre le sexe des personnes et l'image qu'elles ont sur l'accueil par le personnel soignant a révélé une association significative entre ces deux variables. Les hommes, plus que les femmes, mettent en question la qualité de l'accueil et 10,8% d'entre eux (16 cas sur 148) estiment que l'accueil est de mauvaise qualité.

Tableau XXIV. Répartition des enquêtés selon le sexe et disponibilité des médicaments prescrits

DISPONIBILITE			
SEXE	Oui	Non	Total
F	143	106	249
M	103	45	148
TOTAL	246	151	397

Une association significative a été également observée entre le sexe et la disponibilité MEG prescrit dans les FOSA. La proportion des personnes qui estiment que les MEG prescrits dans les FOSA sont disponibles est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Nous avons recherché l'impact des variables identifiées sur l'offre et la demande des services par l'analyse factorielle des correspondances pour déterminer le profil des demandeurs des soins et celui des offreurs des services de santé à Kisanga puis la régression logistique pour déterminer la ou les variables avec d'effet sur la demande.

III.ETUDE DU PROFIL DES SUJETS FACE A LA DEMANDE DES SOINS

III.1 Caractéristiques socio démographiques et demande des soins

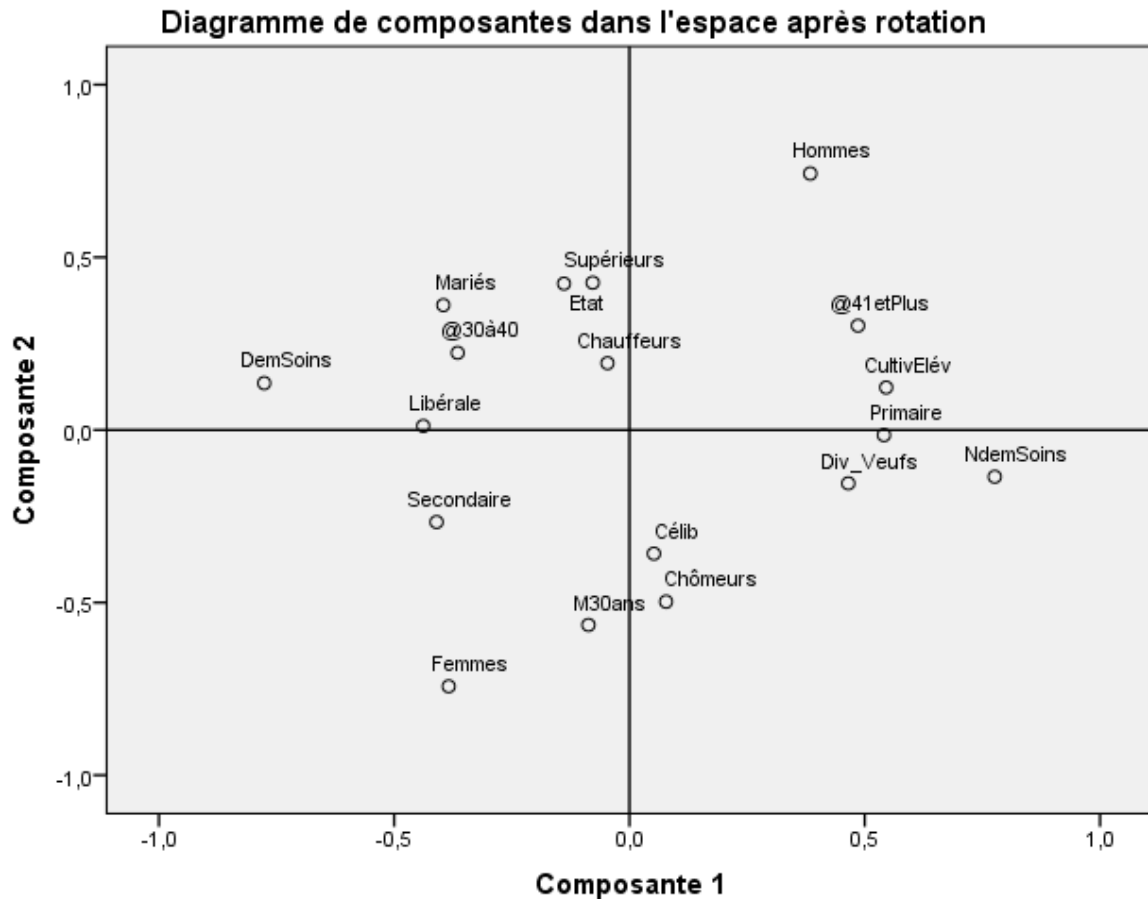
Le premier axe principal (F1) représente 18,52% et le deuxième axe principal (F2) représente 13,996% de l'inertie totale. Ainsi, le plan factoriel (F1, F2) représente 32,5% de l'inertie totale.

III.1.1 Description du premier axe principal

L'analyse des contrastes des signes indique que le premier axe sépare les sujets demandeurs des soins de santé, des sujets n'ayant pas demandé ces soins. Il sépare également les hommes des femmes. En ce qui concerne la profession, le premier axe réalise une bipartition entre les chauffeurs, les fonctionnaires de l'Etat, les cultivateurs et les éleveurs, d'une part, avec les personnes sans emploi, d'autre part. Sur le plan matrimonial, il sépare les célibataires des autres strates matrimoniales.

Le premier axe sépare, également, les sujets de moins de 41 ans de ceux ayant un âge supérieur 40 ans, les sujets ayant réalisé des études primaires de ceux qui ont réalisé des études secondaires ou universitaires.

Il indique, par conséquent, que le profil global des demandeurs des soins était constitué par des sujets mariés, de sexe féminin, âgés d'au moins 30 ans, ayant réalisé des études supérieures. Les demandeurs des soins, sur le plan professionnel, étaient, en majeure partie des chauffeurs, des cultivateurs ou des éleveurs. Cet axe précise que le profil global des personnes n'ayant pas demandé des soins était constitué par les sujets de moins de 30 ans, en majorité des hommes et des personnes sans emploi (Chômeurs), des divorcés et des veufs.



III.1.2 Description du deuxième axe principal

L'analyse des contrastes des signes indique que le deuxième axe est totalement caractérisé par la carrière libérale et les sujets ayant réalisé l'école primaire. Il sépare les sujets demandeurs des soins de santé, des sujets n'ayant pas demandé ces soins. Il sépare également les hommes des femmes. En ce qui concerne la profession, le deuxième axe réalise une bipartition entre les chauffeurs, les fonctionnaires de l'Etat, les personnes exerçant des carrières libérales, d'une part, avec les personnes sans emploi, les cultivateurs et les éleveurs, d'autre part. Sur le plan matrimonial, il sépare les mariés, des célibataires, des divorcés et des veufs.

Le deuxième axe sépare, également, les sujets de moins de 30 ans de ceux ayant un âge supérieur ou égal à 30 ans, les sujets ayant réalisé des études secondaires de ceux qui sont sans niveau, ou qui ont réalisé des études universitaires.

III.1.3 Description du plan factoriel (F1, F2)

Le plan factoriel (F1, F2) montre, après élimination des variables ayant de faibles qualités de représentation, que **les personnes ayant réalisé la demande des soins**

étaient des personnes mariées, d'âge compris entre 30 et 40 ans, exerçant des carrières libérales et ayant réalisé des études secondaires. Par contre, les personnes n'ayant pas réalisé la demande des soins étaient des personnes d'âge supérieur à 40 ans, ayant réalisé l'école primaire, divorcées ou veuves.

III.2 Caractéristiques socio démographiques et motifs de choix de recours aux soins

III.2.1. premier axe principal

En rapport avec l'analyse des contrastes des signes, le premier axe sépare les hommes des femmes. En ce qui concerne la profession, le premier axe réalise une bipartition entre les chauffeurs, les fonctionnaires de l'Etat, les personnes sans emploi, d'une part, avec les chauffeurs, d'autre part. Sur le plan matrimonial, il sépare les mariés des autres strates matrimoniales.

Le premier axe isole les sujets de 30 à 40 ans et les oppose à ceux de moins de 30 ans et à ceux de plus de 40 ans. Il oppose, également, les sujets ayant recouru aux structures de soins pour de raison de proximité de ces structures avec leurs domiciles ou pour des raisons de confiance ou d'abonnement à ces structures à ceux qui ont recouru à ces structures pour des raisons d'habitude, de meilleur accueil ou des prix abordables.

III.2.2. Deuxième axe principal

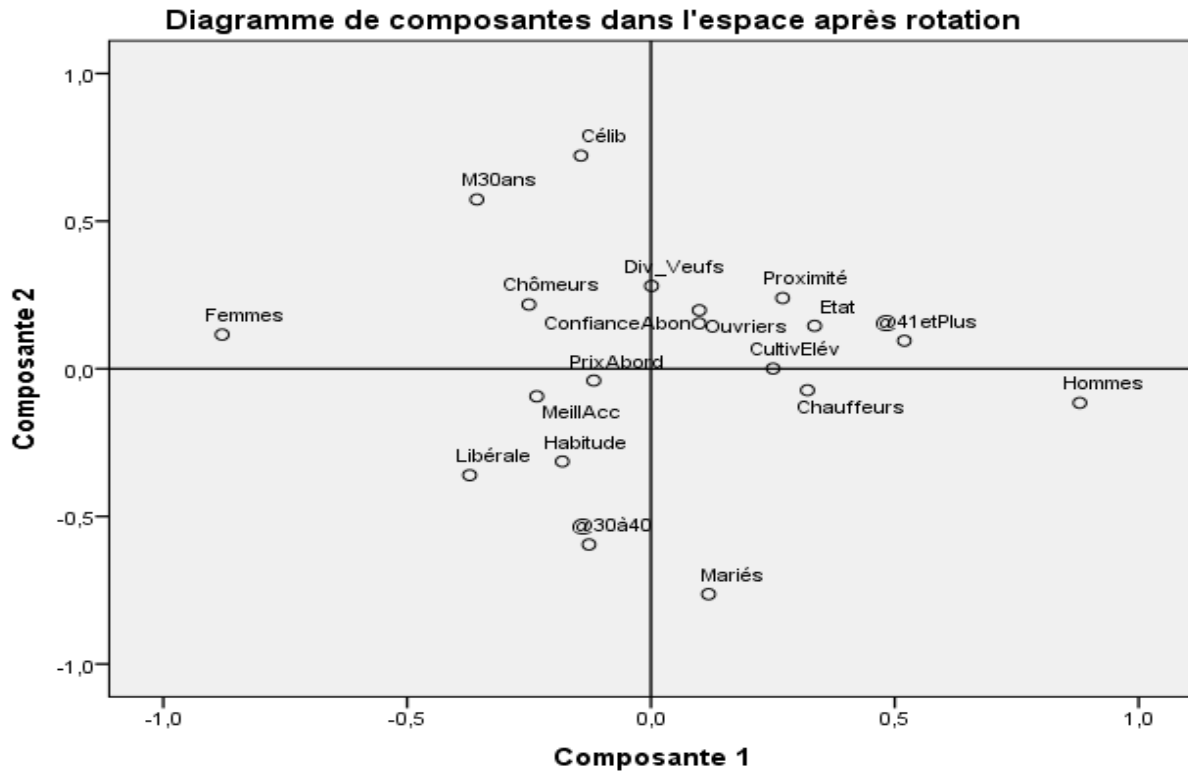
Il oppose les personnes de plus de 40 ans à celles de moins de 41 ans. Il rapproche les sujets de moins de 41 ans aux personnes sans emploi ou exerçant les carrières libérales et aux femmes. Il les rapproche, également, aux personnes **ayant fréquenté les structures de soins pour des motifs de prix (abordables) ou de meilleur accueil.**

Le premier axe rapproche, également, les personnes de plus de 40 ans aux hommes, aux fonctionnaires, aux chauffeurs, aux cultivateurs et aux éleveurs. Il les rapproche, également, aux personnes ayant fréquenté les structures de soins pour des raisons de **proximité avec leurs domiciles, pour des raisons d'abonnement ou de confiance en ces structures.**

III.2.3 Description du Plan factoriel (F1, F2)

Ce plan montre, après élimination des variables à faible qualité de représentation, que les personnes mariées, celles dont l'âge est compris entre 30 et 40 ans, celles exerçant les carrières libérales, fréquentent les structures de soins par habitude ou par

meilleur accueil. **Par contre**, les cultivateurs, les éleveurs, les fonctionnaires de l'Etat, les ouvriers du secteur privé et les personnes de plus de 40 ans fréquentent les structures de soins pour des motifs d'abonnement, de proximité ou de confiance en ces structures.



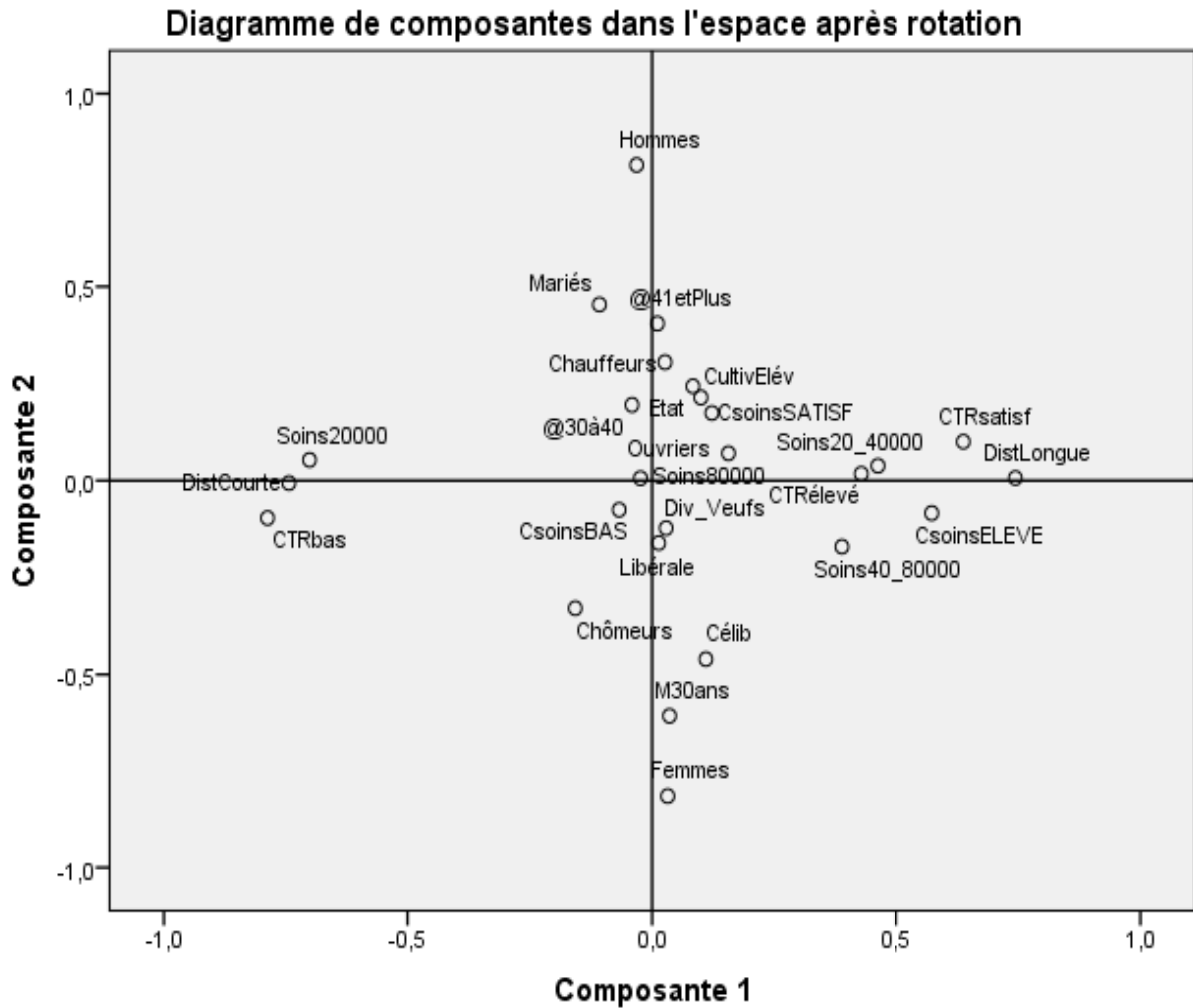
III.3. Caractéristiques socio démographiques, coûts de transport et des Soins

Le premier axe principal (F1) représente 13,919% et le deuxième axe principal (F2) représente 10,642% de l'inertie totale. Ainsi, le plan factoriel (F1, F2) représente 24,561% de l'inertie totale.

III.3.1 Premier axe principal

En rapport avec l'analyse des contrastes des signes, les célibataires, les personnes exerçant les carrières libérales, les divorcés, les veufs, les chômeurs, les sujets de moins de 30 ans et les femmes sont rapprochés aux **sujets qui estiment que le coût de transport pour rejoindre les structures sanitaires était moins élevé.**

Il rapproche également, par leurs signes, les sujets de plus de 30 ans, les hommes, les chauffeurs, les cultivateurs, les éleveurs, les ouvriers du secteur privé, aux **sujets qui pensent que les coûts de transport et de soins étaient suffisants.**



III.3.2 Deuxième axe principal

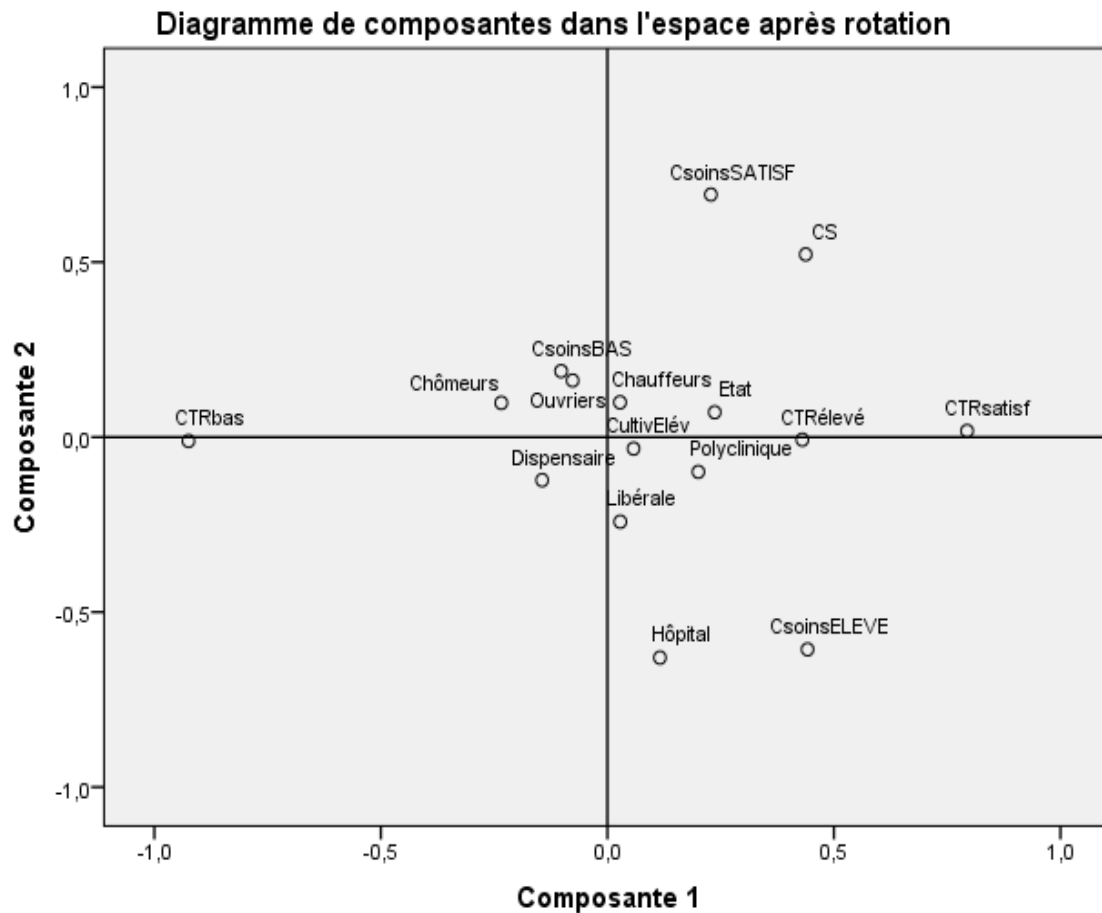
Par le deuxième axe, une démarcation nette est observée, en rapport avec la distance entre les domiciles des malades, les coûts de transport et les coûts de soins. Les malades qui ont estimé que la distance était courte, ont engagé des coûts de soins inférieurs à 20000 FC et ont trouvé que le coût de transport était bas. Par contre, ceux qui ont engagé des coûts de soins compris entre 20000 et 80000 FC, ont estimé que le coût de soins était élevé, que le coût de transport était satisfaisant et que la distance était longue. En outre, le deuxième axe signale une grande proximité entre les cultivateurs, les éleveurs et les fonctionnaires de l'Etat. Ils estimaient que les coûts de soins étaient satisfaisants.

III.3.3 Description du plan factoriel (F1, F2)

Il nous montre, après élimination des variables à faible qualité de représentation, **qu'au-delà de 20000 FC de coût de soins, bien que la distance entre le**

domicile et les structures dispensant les soins soit longue et le coût de transport soit satisfaisant, les malades jugeaient que les coûts de soins étaient très élevés.

III.4 Caractéristiques socio démographiques, coûts de transport et types de services consultés



III.4.1 Premier axe factoriel

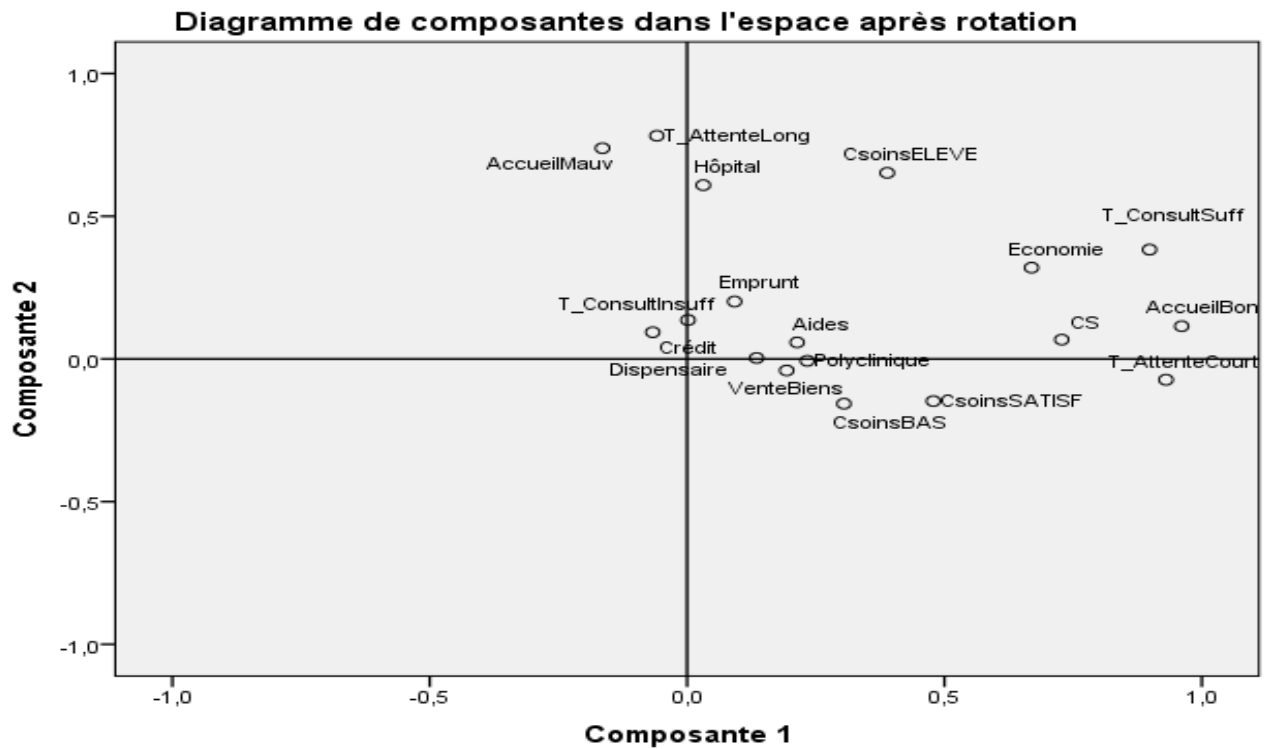
Il rapproche les chômeurs, les fonctionnaires de l'Etat, les chauffeurs et les ouvriers du secteur privé. Ils fréquentent plus les Centres de santé car ils pensent que les coûts de soins sont satisfaisants.

Il rapproche, également, les agriculteurs, les éleveurs et les sujets exerçant les carrières libérales. Ils fréquentent les dispensaires, les polycliniques et les hôpitaux. Ils pensent que les coûts de soins sont très élevés.

III.4.2 Deuxième axe factoriel

Il indique, quelle que soit la profession exercée, que lorsque la distance entre le domicile et le Centre de Santé ou l'hôpital est longue, les malades finissent par constater que les coûts de soins deviennent élevés.

III.5. Caractéristiques relatives au temps d'attente avant la consultation, sources de financement des soins et types de services consultés



III.5.1 Premier axe factoriel

L'analyse des contrastes des signes indique que les personnes qui recourent à la vente de leurs biens pour le financement de leurs soins de santé estiment que ces coûts sont soit bas ou satisfaisants. Elles trouvent, également que le temps d'attente avant la consultation est court. Par contre, les temps d'attente sont jugés longs et les temps de consultation sont jugés insuffisants ou suffisants chez les personnes qui recourent aux aides, au crédit, à leur épargne ou à l'emprunt pour le financement de leurs soins de santé et estiment que leur tarif est très élevé.

III.5.2 Deuxième axe factoriel

Il nous renseigne que les personnes qui recourent au crédit pour financer leurs soins de santé estiment que l'accueil est mauvais dans les CS et les hôpitaux. Elles estiment, aussi, que le temps qu'on leur consacre pour la consultation est insuffisant.

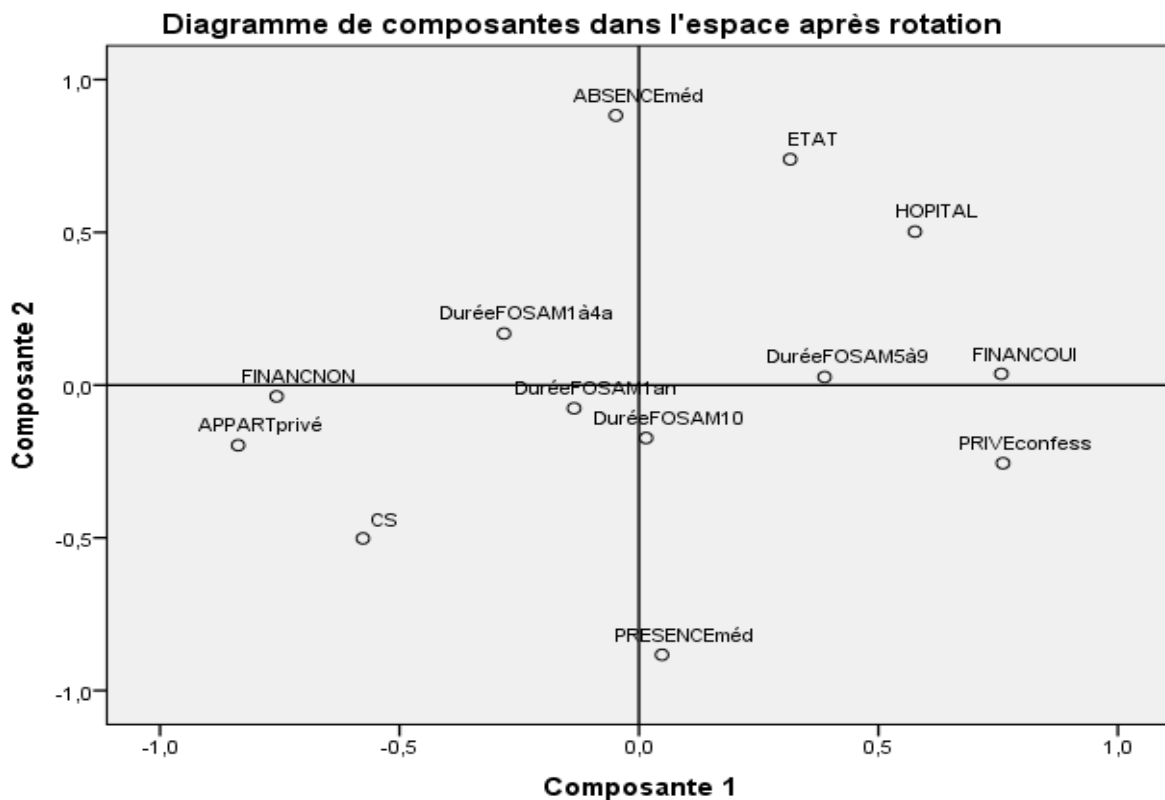
III.5.3 Plan factoriel (F1, F2)

Il isole l'hôpital et l'oppose aux autres structures dispensant des soins de santé. A l'hôpital, les coûts de soins sont jugés élevés. Les malades estiment que l'accueil est de mauvaise qualité et que le temps d'attente avant la consultation est très long. A contrario, le temps d'attente avant la consultation est jugé très court dans les centres de Santé. L'accueil est jugé de bonne qualité et le temps de consultation est jugé suffisant, surtout chez les personnes qui recourent à leur économie personnelle pour le financement de leurs soins.

IV. ETUDE DU PROFIL DE L'OFFRE DES SOINS

L'analyse de l'inertie des deux premiers axes factoriels montre que le plan factoriel (F1, F2) réalise 47,9% de l'inertie totale.

IV.1 Caractéristiques des FOSA selon leurs appartenances, leur catégorie, le financement et la présence des médecins



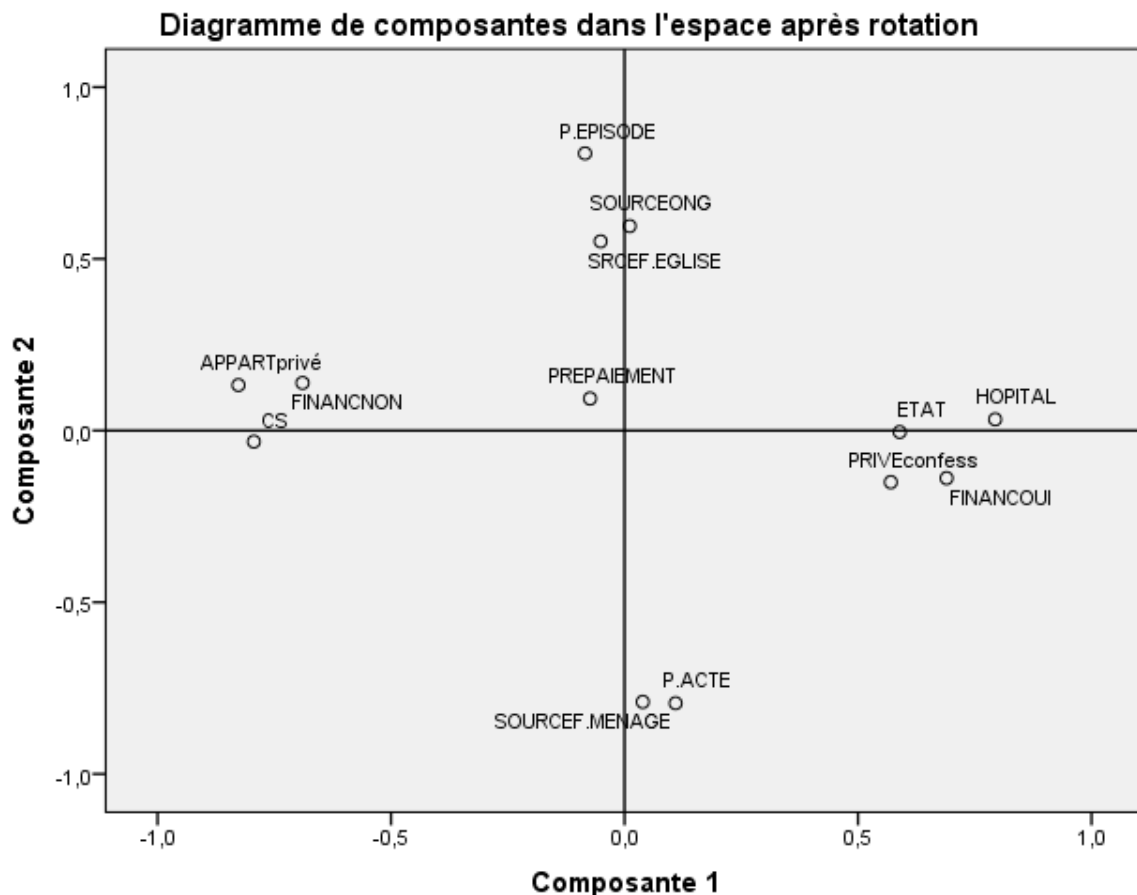
Le premier axe est plus caractérisé par l'appartenance des FOSA. Il indique, par les contrastes des signes, que les structures où la présence des médecins a été signalée sont des CS, des FOSA appartenant aux privés indépendants ou aux privés confessionnels. De manière générale, il s'agit des structures totalisant soit moins d'un an (privée indépendant) soit 5 à 9 d'ans d'existence pour les confessionnelles et étatiques. Parmi les FOSA qui

relèvent de l'Etat, on a des hôpitaux, et qui sont généralement caractérisées par une durée d'existence de 5 à 9ans.

Le deuxième axe est, quant à lui, caractérisé par le financement des FOSA. Par les contrastes des signes, il indique que les FOSA qui n'ont pas reçu de financement appartiennent au secteur privé ou sont des CS. Ce sont des structures totalisant, en général, moins de 4 ans d'existence. Elles sont opposées aux structures qui, elles, ont reçu des financements. Elles relèvent de l'Etat (hôpital) et du secteur privé confessionnel.

IV.2 Caractéristiques des FOSA selon leurs appartenances, le financement, le mode de paiement et la source des financements

L'analyse de l'inertie des deux premiers axes factoriels montre que le plan factoriel (F1, F2) réalise 49,9% de l'inertie totale.

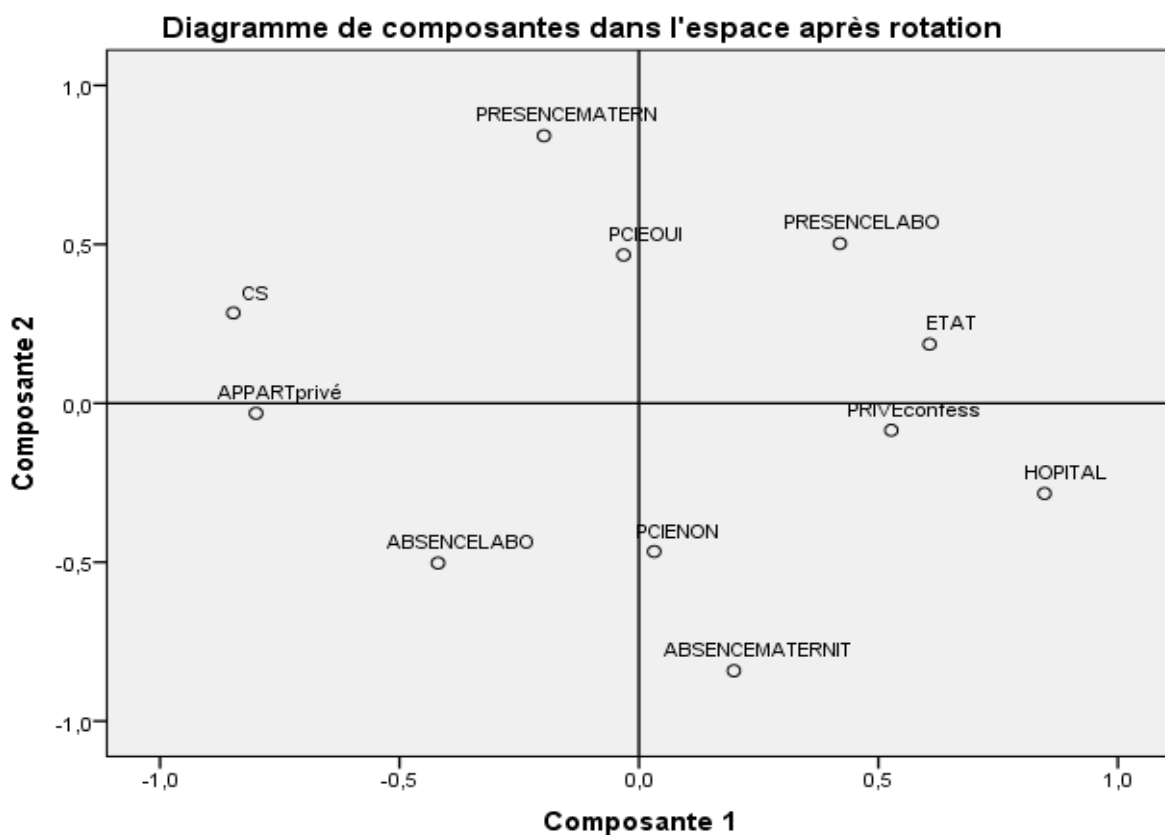


Le premier axe est plus caractérisé par les sources de financement des FOSA et le mode de paiement des soins. Il indique, par les contrastes des signes, que les structures où le paiement des soins est par acte sont celles qui sont financées par les ménages. Ces structures sont, en opposition des signes, avec celles où le paiement se réalise à l'épisode maladie qui, elles, ont pour sources de financement les ONG ou les églises.

Le deuxième axe est, quant à lui, caractérisé par le financement des FOSA et leurs appartenances. Par les contrastes des signes, il indique que les FOSA qui n'ont pas reçu de financement appartiennent au secteur privé ou sont des CS. Elles sont opposées aux structures qui, elles, ont reçu des financements. Elles relèvent des Hôpitaux, de l'Etat et du secteur privé confessionnel.

IV.3 Caractéristiques des FOSA selon leurs appartenances et la présence des services

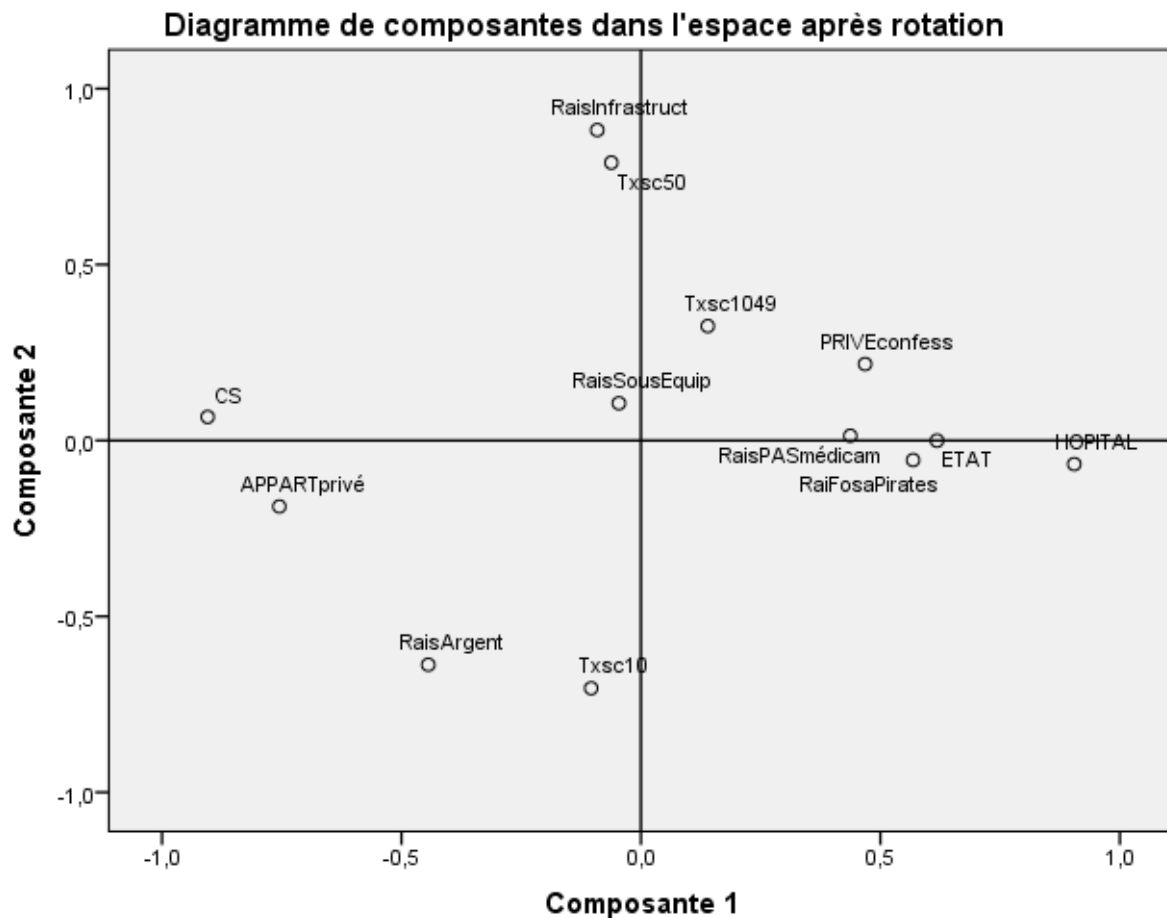
Les deux premiers axes réalisent 51,9% de l'inertie totale.



Le plan factoriel (F1, F2) indique que les FOSA disposant des services de maternité, disposent également des services de pharmacie et de laboratoire. Ce sont, généralement, des CS ou des FOSA relevant de l'Etat. Ce plan montre également que les FOSA relevant de l'Etat, de l'hôpital ou du secteur privé confessionnel disposent, généralement, des services de laboratoires.

IV.4 Caractéristiques des FOSA selon leurs appartenances, le taux d'utilisation des services et motifs de faibles taux

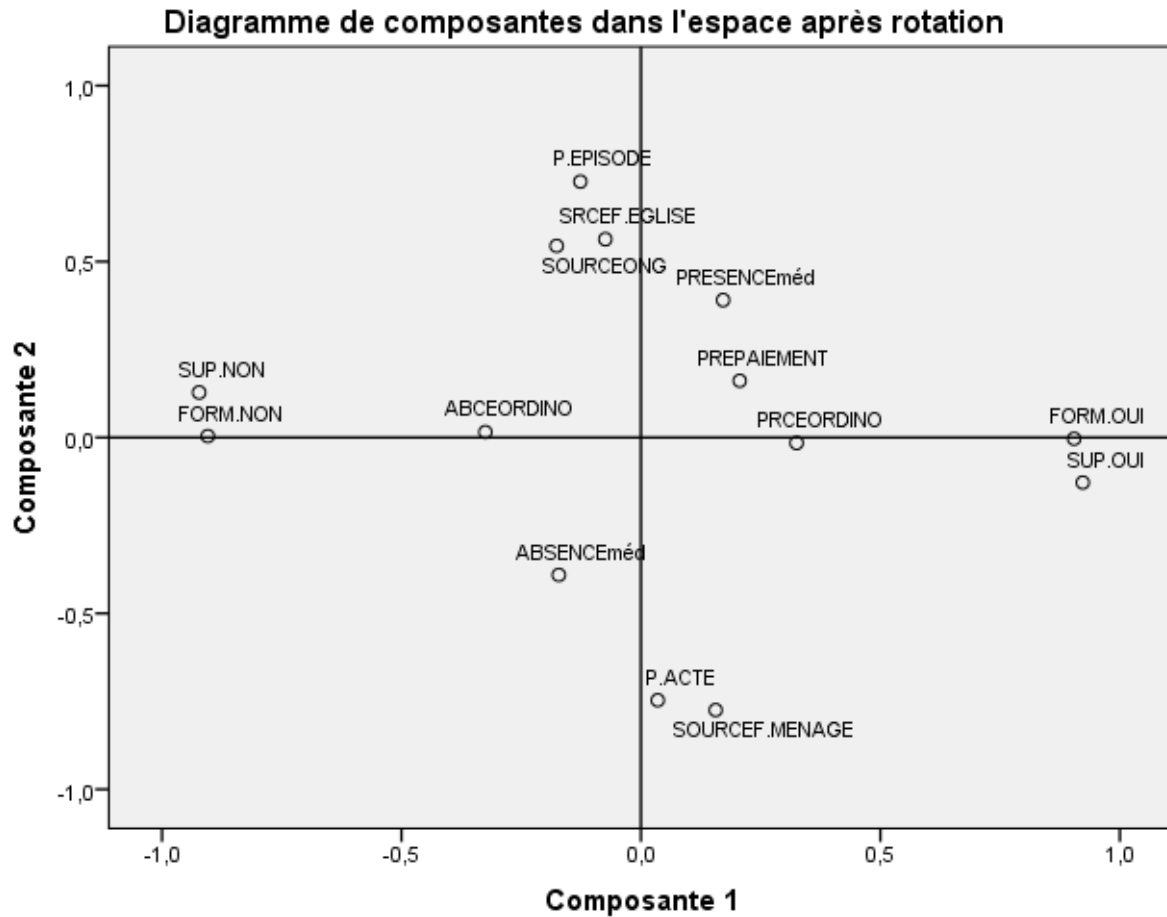
Le premier plan factoriel réalise 46,8% de l'inertie totale.



Les FOSA où les taux d'utilisation des services étaient inférieurs à 10% justifiaient la faiblesse de ces taux par le manque des moyens financiers des sujets fréquentant ces FOSA. Elles relèvent principalement du secteur privé.

Celles dont les taux d'utilisation sont supérieurs à 10% évoquent comme raisons, la mauvaise qualité des infrastructures et le sous équipements. Il s'agit, essentiellement, des FOSA relevant du secteur privé confessionnel. A ces FOSA, s'ajoutent celles relevant de l'Etat ou de l'Hôpital, où sont évoquées, comme motifs justifiant les faibles taux d'utilisation des services, le manque des médicaments dans les FOSA et la multiplicité des FOSA pirates.

IV.5 Caractéristiques des FOSA selon les sources de financement, les ordinogrammes et le mode de paiement des soins



Le plan factoriel (F1, F2) montre que les FOSA où le paiement se réalise par acte sont généralement financées par les ménages et enregistrent souvent des ruptures des stocks des médicaments. Elles s'opposent à celles financées par les églises, les ONG ou les prépaiements, qui recourent au paiement à l'épisode maladie et n'enregistrent pas de ruptures des stocks des médicaments

Tableau XXV : Régression logistique des variables socioéconomiques des ménages

Variable	OR	C.I.	Coefficient	S. E.	Z-Statistic	P-Value	
Tranchage (>20 - 30/<=20)	1,1573	0,1714 7,8163	0,1461	0,9746	0,1499	0,8808	
Tranchage (>30 - 40/<=20)	1,0059	0,1463 6,9163	0,0059	0,9837	0,0060	0,9952	
Tranchage (>40 - 50/<=20)	0,7835	0,1108 5,5426	-0,2439	0,9982	-0,2444	0,8069	
Tranchage (>50 - 60/<=20)	0,9088	0,1179 7,0045	-0,0956	1,0419	-0,0917	0,9269	
Tranchage (>60/<=20)	0,5156	0,0576 4,6111	-0,6625	1,1179	-0,5926	0,5534	
Sexe (M/F)	<u>0,5563</u>	<u>0,3759</u> <u>0,8232</u>	-0,5865	0,1999	-2,9332	0,0034	
Etatcivil (divorcé/célibataire)	0,4489	0,0716 2,8147	-0,8010	0,9367	-0,8551	0,3925	
Etatcivil (marié/célibataire)	1,4889	0,5992 3,6996	0,3981	0,4644	0,8572	0,3913	
Etatcivil (veuve/célibataire)	0,5526	0,1433 2,1319	-0,5931	0,6888	-0,8610	0,3893	
Profession (chomeur/chauffeur)	<u>0,2356</u>	<u>0,0938</u> <u>0,5917</u>	-1,4458	0,4699	-3,0765	0,0021	
Profession (commerçant/chauffeur)	1,4250	0,5524 3,6762	0,3542	0,4835	0,7324	0,4639	
Profession (cultivateur/chauffeur)	<u>0,2182</u>	<u>0,0834</u> <u>0,5711</u>	-1,5221	0,4908	-3,1016	0,0019	
Profession (éleveur/chauffeur)	<u>0,1528</u>	<u>0,0530</u> <u>0,4408</u>	-1,8785	0,5404	-3,4758	0,0005	
Profession (fonctionnaire état/chauffeur)	<u>4,0724</u>	<u>1,1234</u> <u>14,7621</u>	1,4042	0,6571	2,1371	0,0326	
Profession (libéral/chauffeur)	0,6861	0,2390 1,9696	-0,3767	0,5381	-0,7002	0,4838	
Profession (ouvrier/chauffeur)	0,9156	0,3144 2,6668	-0,0881	0,5454	-0,1616	0,8716	
NIVEAUINSTRUCTION (secondaire/Primaire)	<u>2,1593</u>	<u>1,3278</u> <u>3,5115</u>	0,7698	0,2481	3,1028	0,0019	
Niveau instruction (supérieur/primaire)	1,3142	0,5335 3,2369	0,2732	0,4599	0,5940	0,5525	
CONSTANT	*	*	*	0,2780	1,1183	0,2486	0,8037

On note la persistance des associations significatives entre trois variables indépendantes et la demande des soins. Il s'agit du **sexe** masculin (facteur protecteur), de la **profession** ou l'occupation du Chef de ménage (Chômeur, Cultivateur, éleveur, fonctionnaire de l'Etat) et le **niveau d'instruction** (Secondaire).

CHAPITRE V : DISCUSSION

V.1. Des caractéristiques des ménages (Demandeurs des soins)

La présente étude a abouti à des résultats intéressants, elle a déterminé un profil type des sujets ou chefs de ménages ayant ou pas demandé les soins dans une structure sanitaires modernes : la majorité des enquêtés ayant demandé les soins étaient des personnes mariées, de sexe féminin, d'âge compris entre 30 et 40 ans, exerçant les professions libérales et ayant réalisé des études secondaires et supérieures. Par contre, les personnes n'ayant pas réalisé la demande des soins étaient des personnes d'âge de moins de 30 ans d'une part et d'âge supérieur à 40 ans d'autres part, ayant réalisé l'école primaire, célibataires, divorcées ou veuves, en majorité des hommes et des personnes sans emploi (Chômeurs).

D'autres études montrent que « plus grande est la probabilité de décider de recourir aux soins lorsque le chef de ménage est de sexe féminin ». Cette influence du sexe féminin sur la probabilité de recourir aux soins modernes a été identifiée par Franckel et d'autres auteurs : ils ont trouvé que l'épisode morbide appartient fondamentalement à la sphère de responsabilité maternelle. La mère de l'enfant est la principale actrice de l'itinéraire curatif. Elle connaît en premier lieu les symptômes de la maladie, s'alarme des signes pathologiques et propose les premières réponses thérapeutiques dans les courts délais [7,28]. Ces résultats sont en contradiction de ceux trouvés par Kakule à Bukavu : « Les familles dont le responsables sont des pères de famille présentent significativement une plus grande probabilité de recourir aux soins en cas de maladie que ceux dont le chef de ménage est une mère de famille » [10,29].

L'âge du chef de ménage est un puissant indicateur du statut social, du pouvoir économique et du rapport à la tradition. Le constat dans cette étude en analyse bivariée est que l'âge est lié à la demande des soins significativement : les chefs de ménage les plus jeunes (entre [20-40ans]) ont tendance plus facilement à demander les soins et à adopter les pratiques thérapeutiques alors que les plus âgés, gardiens de la tradition et bénéficiant d'une grande expérience de gestion et de traitement des maladies, privilégient plutôt les soins à domicile et le recours aux thérapeutes traditionnels [7]. Mais l'analyse multi variée ne relève aucune association significative entre l'âge et le recours aux soins.

Plusieurs auteurs (Caldwell et al., Fabrego, Kloos et al.) cités par Frankel et bien d'autres indiquent que dans l'analyse des facteurs sociodémographiques, l'instruction est identifiée comme l'un des principaux déterminants des pratiques thérapeutiques, elle est associée à la fréquentation des structures sanitaires et à la bonne observation des prescriptions thérapeutiques [5,7,10,30, 31]. Nos observations sur le niveau d'instruction du chef de ménage apparaissent nettement en concordance avec la littérature : Plus le niveau de scolarisation est élevé, plus grande est la décision de recourir aux soins. Le faible niveau d'éducation des chefs de ménage peut représenter une contrainte pour pouvoir bien faire profiter les membres de leur ménage du système de santé dans la mesure où ils sont censés prendre la bonne décision pour leur famille.

Il existe une relation positive entre la profession du chef de ménage et l'utilisation des services, étant entendu qu'un ménage dont le chef travaille peut faire face aux coûts de l'utilisation des services de santé mais il faudra nuancer cela avec les types professions qu'il exerce car certains sont plus rémunérateurs que d'autres. Dans notre cas, les éleveurs et les cultivateurs sont plus touchés par le problème de non recours aux soins.

Plusieurs études [7, 10, 13,15] similaires à la nôtre ont montrées une association significative entre le niveau du revenu des ménages et la prise de décision de recours aux soins de santé modernes : « le faible pouvoir d'achat des populations ne permet ni aux structures de soins de s'autofinancer ni aux pauvres d'accéder aux soins de santé. La pauvreté de la population et la précarité des revenus expliquent le fait que les ménages ne parviennent pas à couvrir les soins, 60% d'individus vivent avec moins d'un dollar ». Un revenu élevé permet au détenteur de s'offrir des soins modernes à savoir les frais de transport, de consultation, d'hospitalisation et de médication [32] alors que le détenteur de revenu faible feront recours à la médecine traditionnelle.

V.2. Comportements des ménages face à la maladie

Notre étude est arrivée à démontrer que les comportements de recours aux soins face à une situation de maladie sont le produit des multiples contraintes, imposées par les ressources financières et l'organisation sociale du ménage, dans un contexte marqué par les faiblesses de l'institution médicale. Près de 55% des ménages seulement se sont décidé de consulter une formation sanitaire devant une situation de maladie survenue dans le ménage. On a noté une corrélation de plusieurs facteurs incitants le recours ou non aux soins comme l'a souligné aussi d'autres études :

- Les sujets ayant recouru aux structures de soins l'étaient pour de raison de proximité de ces structures avec leurs domiciles : « l'éloignement géographique des centres de santé du fait des coûts supplémentaires qu'il engendre dans la quête d'une thérapie moderne, influence le type de recours thérapeutique lors d'un épisode morbide. On s'attend donc, toute chose égale par ailleurs, que cet éloignement influence positivement la demande de la médecine traditionnelle » [7,31] ou d'autres pour des raisons de confiance ou d'abonnement à ces structures ou pour des raisons d'habitude, de meilleur accueil ou des prix abordables [6, 7, 18,31].
- Le coût des soins et leur perception a influencé la fréquentation des formations sanitaires et est estimé élevé par la majorité des usagers. Ce cout comprend les dépenses de consultation, des dépenses de transport, des dépenses des médicaments, et d'hospitalisation et dépendent essentiellement du chef des ménages (rôle du revenu). Ceci corrobore avec les résultats de [10, 13, 18,32]. « Certes la santé n'a pas de prix, mais les services de santé, eux, ont un coût, et l'on ne peut dépenser plus que ce que l'on possède ». Quoique pauvres pour la majorité d'entre elles, les populations dépensent de l'argent pour se faire soigner, au risque de faire face aux dépenses catastrophiques de la santé. Il est prouvé par Batano et al.[33] qu'au Sud Kivu, 82% des ménages sont en situations de pauvreté et vivent avec moins de 1800CDF par jour et par équivalent adulte, aussi les ménages dirigés par les femmes sont plus pauvres que ceux dirigés par les hommes ce qui est légèrement au-dessus du seuil de la pauvreté défini par la Banque Mondiale (1\$ / j par personne) ». Et la plupart recour à la vente d'un bien ou à l'emprunt pour obtenir les soins d'autant plus que les soins sont conditionnés dans la majorité des cas par un paiement Cash ou direct. Pour preuve, dans la province du Maniema une étude menée par une ONG locale en 2005 avait déterminé que 30% des patients avaient vendu leurs biens et que 15% s'étaient endettés pour faire face aux coûts des soins de santé. Si l'argent ne fait pas le bonheur, il fait incontestablement la santé [11]. Nous sommes néanmoins contredits par Vogel 1998, Heller 1982, Akin et al. Cités par DEMBELE [18], ils estiment que les pauvres peuvent et sont prêt à payer certains services, quand ces services et les médicaments sont disponibles et leurs qualité positivement perçue et soutiennent en plus que l'accès aux soins affecteraient peu l'accès aux soins de plus pauvres.
- Par rapport à la qualité des soins perçue par nos enquêtés, de façon globale, ils ont estimé dans près de 97% de cas que le temps d'attente, le temps d'accueil et le temps leur consacré étaient bon. Ceci est proche d'une étude sur la qualité des soins au Burkina Faso où l'interview des clients quant à la satisfaction par rapport au temps d'attente, il ressort

que 82,2% sont satisfait du temps d'attente contre 15,6% qui le juge peu satisfaisant[34] contrairement aux résultats de DEMBELE où un sur 2 deux ménages les avaient jugés mauvais sous l'angle « Attente » [18]. De la compétence des personnels, de l'explication sur la prise du médicament et la prévention primaire, on a noté une bonne perception. Exception se dégage lorsque l'on compare l'hôpital à d'autres FOSA, en plus des coûts de soins jugés élevés, l'accueil est de mauvaise qualité et que le temps d'attente avant la consultation est très long. A contrario, le temps d'attente avant la consultation est jugé très court dans les centres de Santé. L'accueil est jugé de bonne qualité et le temps de consultation est jugé suffisant, surtout chez les personnes qui recourent à leur économie personnelle pour le financement de leurs soins. Tout ceci dénote le prototype des hôpitaux en RDC où règne la marchandisation des soins au détriment d'autres attributs d'un hôpital comme l'a aussi souligné Stéphanie Stasse dans son étude sur l'accès aux soins dans le district sanitaire de Kisantu : « La prescription de médicaments est tout à fait irrationnelle et l'accès à des soins de qualité est déficient, tout particulièrement dans les hôpitaux de district, qui connaissent des frais plus élevés que les centres de santé. L'hôpital général de Kisantu ne jouait pas réellement son rôle de référence, mais faisait en fait concurrence, pour attirer les patients, au premier niveau de soins de santé prodigués dans le système de santé local. Les consultations ambulatoires « de complaisance » à l'hôpital par les mieux nantis étaient fréquentes. Elles représentaient une source de revenus non négligeable pour le personnel, contrairement aux services accueillant des patients hospitalisés » [35].

V.3. Etat de l'offre des soins

Dans cette étude, nous avons également recueillis les avis et considérations des offreurs des soins ou personnels de santé par rapport à la structure de l'offre et la demande des services de santé, on a abouti à des résultats très intéressants :

- Sur un total des 48 FOSA visitées, 96% sont d'appartenance privée (85,4% privée indépendant et 10,4% privée confessionnelle) et 4% étatiques. Constat proche de celui de CHENGE : le secteur public est minoritaire à Lubumbashi avec moins de 10% de l'offre disponible. C'est le secteur « privé indépendant », tenu essentiellement par des professionnels de santé (infirmiers, médecins,...) qui sont en même temps propriétaires de structures, qui intervient de façon majoritaire dans l'offre de soins non hospitaliers, sans doute comme stratégie de survie individuelle.[16,36]. Ces structures quel que soit leur appartenance, présentent toutes des caractéristiques communes, on arrive pas à faire une démarcation nette entre le lucratif et le non lucratif (à savoir les confessions religieuses et

Etatiques) en termes de fixation des prix de soins. Dans le secteur de la santé en RDC, le privé joue un rôle actif dans l'offre des services sanitaires (parfois de qualité douteuse). Le secteur privé gère un nombre important de centres de santé et la moitié des hôpitaux sur l'ensemble du territoire Congolais. Il participe aussi au financement du système de santé et ce, à travers des contributions sur les frais de consultation ou examens médicaux et les contributions directes pour compléter les salaires.[11].

- Les structures de première ligne ont constituées 81% de notre échantillon et près de 85% d'entre elles sont médicalisées et les médecins y consacrent en moyenne 25h/ semaine. Nos résultats corroborent avec ceux de CHENGE qui a montré qu'en 2006 à Lubumbashi, environ 2/3 des structures de soins de première ligne comptaient parmi leurs personnels au moins un médecin consultant à temps plein ou à temps partiel. Déjà en 2002, le même auteur cite KAKOMA qui avait indiqué que « l'Observatoire du changement urbain de l'Université de Lubumbashi avait noté la tendance à la pratique médicalisée dans ce type de structures de soins ». La croissance de la pratique médicalisée en première ligne à Lubumbashi peut être due à une production importante de médecins au-delà des capacités d'absorption de la fonction publique et les entreprises parastatales locales (Gécamines, SNCC) qui n'engagent plus régulièrement depuis près d'une décennie.[16,36].
- La pratique non réglementée du paiement à l'acte par les patients est largement répandue (85,4% d'avis recueillis) et 93% des prestataires ont indiqué que cela a pour conséquence le paiement difficile des soins par les demandeurs d'où le mode de paiement le plus courant est soit contracter la dette à la FOSA (66% d'avis), soit le paiement direct (16%) soit le paiement en nature (16%). Bien que celle-ci offre un supplément de salaire aux agents de santé, elle rend le coût des soins de santé par contre totalement imprévisible pour le patient a indiqué Stéphanie Stasse dans une étude à Kisantu[35]. Un paiement direct est réclamé pour chaque intervention, qu'il s'agisse d'un traitement, d'une injection ou d'une demande d'analyses en laboratoire indique la même étude.
- On note aussi une faible couverture en certains services ou activités sanitaires offertes dans certaines FOSA, il s'agit de la pharmacie (75%), du laboratoire (75%), de la vaccination (77%) et de la maternité (92 %) et cela dans un contexte de sous équipement de 77% de FOSA visitée. Tout ceci est mis sous le compte de l'insatisfaction des usagers et par conséquent cause de la faible demande des services de santé à Kisanga qui se traduit par les résultats ci-après : 60,42% des prestataires ont déclarés avoir un très faible taux d'utilisation des services (<10%), 33,3% ont un taux oscillant entre 10 et 49 % et

seulement 6,25% d'entre eux ont déclaré avoir un taux $\geq 50\%$ conformément aux normes de l'OMS.

- En ce qui concerne la qualité des soins offerts, on a décelé des sérieux problèmes qui ne répondent pas à la définition de la qualité des soins selon Jain et Bruce : « Des services de qualité sont ceux qui donnent satisfaction aux clients selon des mesures prises aux niveaux institutionnels et de la prestation des services » [34] : Faible rationalisation des soins (60 % des prestataires n'utilisent pas les ordinogrammes des soins ou les protocoles thérapeutiques), Près de 44% des personnels ne bénéficient pas du renforcement de capacités à travers la supervision formative de la part des autorités sanitaires et parmi eux 56,2 % n'ont bénéficié d'aucune formation sur les différentes thématiques.

L'absence des protocoles et ordinogrammes pourrait être un handicap à l'offre des prestations de qualité en ce sens que le personnel pourrait méconnaître les procédures types devant les cas.

CONCLUSION

L'objectif général de cette étude était est d'identifier et d'analyser les déterminants de l'offre et la demande des soins de santé afin de proposer les pistes d'amélioration à apporter au système de santé pour mieux répondre à la demande et satisfaire les besoins des plus pauvres.

Dans le cadre de la collecte des données, nous avons administré des questionnaires à un échantillon de 801 ménages et 48 prestataires des soins de la ZS de Kisanga.

Pour l'analyse des données, nous avons regroupé les informations recueillies en deux groupes de déterminants : ceux en rapport avec l'offre des soins (Situation déclarée et Perception des ménages sur l'offre des soins, Avis et considérations des prestataires de soins sur l'offre) et ceux liés à la demande (caractéristiques du ménage, leur comportement face à la maladie, Avis des offreurs de soins sur la demande).

L'analyse descriptive ou univariée, nous a permis de donner les caractéristiques des FOSA et des ménages, le comportement face à la maladie : sur 801 ménages enquêtés, 722 ont connu une situation de maladie et seulement 397 (54,9 %) ont pris la décision de recourir dans une FOSA. La majorité des FOSA sont privées (96%), de premier échelon (81%), médicalisés (79%), sous équipés et appliquant un paiement à l'acte. La qualité des soins, reste une préoccupation majeure, soins irrationnels et personnels de soins faiblement encadré par des renforcements des capacités (supervision, formation).

L'analyse bivariée a révélée que certaines caractéristiques socio-économiques ont influencé directement la demande des soins dans une FOSA. Il s'agit du sexe féminin, de l'âge compris entre 20 et 40, de la profession, du statut matrimonial (mariés, célibataires), du niveau d'éducation (supérieur, secondaire), du revenu du ménage. Des associations significatives ont été également observées entre le sexe de ceux ayant demandé les soins et la perception de l'accueil, le sexe et la disponibilité des médicaments.

L'analyse multivariée nous a permis d'étudier le profil des enquêtés face à la demande et l'offre des soins par l'Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) puis une régression logistique pour apprécier l'impact des variables socio-économiques du ménage sur la décision de recourir à une FOSA en cas de maladie.

Le profil global de nos enquêtés face à la demande des soins se présentait comme suit : Ce sont des personnes en majorité mariées(92,4%), de sexe féminin(62,7%), d'âge compris entre 30et 40ans(42%), exerçant des professions libérales(41%), de niveau d'instruction secondaire(80%) . Ces personnes fréquentent les FOSA par habitude ou par meilleur accueil ou pour prix abordable et en majorité elles ont jugés que le coût des soins étaient très élevé surtout dans les hôpitaux, où en plus, l'accueil et le temps d'attente ont été jugés respectivement de mauvaise qualité et très long.

Le profil global des FOSA se présente ainsi : Ce sont des FOSA en majorité d'appartenance privée, parmi lesquelles les structures de 1^{ère} ligne sont nombreuses, à 79% médicalisées. Le paiement direct est le mode de tarification le plus fréquent, les soins administrés sont dans la plupart des cas irrationnels(faible proportion des FOSA avec outils de rationalisation des soins, des supervision et des formations du personnels sur différentes thématiques de santé).

La régression logistique nous a permis de retenir les variables socio-économiques ci-après influençant la décision ou non de recourir à une FOSA dans la ZS de Kisanga : le sexe, le niveau d'instruction et la profession.

L'hypothèse de recherche a été vérifiée, les caractéristiques socio-économiques du chef de ménage sont des principaux déterminants influençant sa décision ou non à l'utilisation des biens et services de santé offerts par une FOSA. Et donc vu les insuffisances qui affectent la qualité des prestations des soins, on conclut que la structure de l'offre des soins à Kisanga ne permet pas de satisfaire la demande des soins de la population en majorité pauvres.

SUGGESTIONS

- Procéder au recensement de toutes les structures sanitaires de la ZS pour se rendre compte de leur bon fonctionnement surtout que 96% d'entre elles sont détenues par les privés et échappent au pouvoir public.
- Mettre en place des stratégies d'améliorations continues de la qualité des prestations offertes : amélioration des infrastructures d'accueil, renforcement des capacités des prestataires sur différentes thématiques par la supervision et la formation, rationalisation des soins, équipements des FOSA, subvention des médicaments, etc.
- Mettre en place des mesures incitatives permettant d'améliorer l'utilisation des services par l'offre des soins de qualité à moindre coût (PBF, tarification forfaitaire) afin d'accroître l'équité du système de financement et l'accès aux soins.
- Envisager une étude qualitative de l'offre des services de santé à Kisanga pour déceler plus d'éléments susceptibles d'influencer l'accès aux soins par les ménages.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Kochou S.H.A, et al. Facteurs sociaux de la non-utilisation des services de soins prénatals ou de leur utilisation inadéquate en Côte d'Ivoire. *African Evaluation Journal* 2(1), 2014 , 1- 12 .
- [2]. OMS. Rapport sur la santé dans le monde : financement des systèmes de santé : le chemin vers la couverture universelle, Google Scholar ,2010.
- [3]. Abstract book .Atelier sur le financement et qualité des services et soins de santé.Kinshasa.RDC.2013.
- [4]. Koné. G. L'équité de l'accès aux soins dans un contexte de subvention des médicaments : Une analyse économétrique des déterminants du recours aux soins à Dakar. » Thèse de doctorat, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2012.
- [5]. Moussa D., Martine A., Jean-Yves H., Anta Ta Dial. Déterminants de la demande de soins en milieu urbain dans un contexte de subvention à Pikine, Sénégal. *CERDI-CNRS, UMR, ISED*, 2013.
- [6].Bamele O. G. Analyse des facteurs influençant la demande des soins dans la commune d'Abobo (Cote d'Ivoire) ».Mémoire *DESS-ES IV Cesag*. 2003.
- [7].Franckel A. Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal. Le cas des enfants fébriles à Niakhar ». *HAL Id: tel-00195109 <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00195109>. Décembre 2004.*
- [8]. Mohamed L. D. Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00229696> , Université Lumière Lyon 2^{ème} édition, 2008.
- [9]. Bayege I. Contribution des mutuelles de santé à l'accessibilité de la population aux services de santé, Kigali, 2003.
- [10]. M. Munyamahoro, J. Ntaganira. Déterminants de l'utilisation des services de sante par les ménages du district de Rubavu . *Rwanda Médical Journal* 69(1), 2012, 1-8.
- [11]. Kambamba D. Le système de santé congolais est parmi les moins performants du monde. Comment l'expliquer ? » *UnMondeLibre*, 2012.
- [12]. Véronique Z. Documentation des résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé : Etude de cas de la RDC. GRAP-PA .UCL, 2012.
- [13]. Kibalonza K. Structure de l'offre et demande des soins de santé dans la zone de sante rurale de Minova, RDC. *Mémoire Online 2000-2015*, UNIGOM édition, 2007.
- [14].Nanfosso R., Kasiwa J. Demande des soins prénatals en République démocratique du Congo : Approche par données de comptage. *African Evaluation Journal* 1 /1,2013.

- [15]. Ilunga K .V. Analyse des facteurs explicatifs de la faible utilisation des services des soins curatifs dans la zone de santé de Lemba.DES, UNIKIN, 2008.
- [16]. Chenge M. F. De la nécessité d'adapter le modèle de district sanitaire au contexte urbain : Exemple de la ville de Lubumbashi en RD Congo ». *Studies in Health Services Organisation & Policy*, ITGPress édition, 2013.
- [17]. Ministère de la Santé RD Congo : Stratégies de Renforcement des Systèmes de Santé (SRSS), 2008.
- [18]. Dembélé O. Analyse des obstacles socio-économiques à la demande des soins de santé chez les enfants de moins de cinq ans au Sénégal: cas du district sanitaire de Dahra, Mémoire, DESS, *Cesag*, 2013.
- [19]. Ministère de la santé : Plan Stratégique 2008-2012 du Programme National d'Approvisionnement en Médicaments essentiels (PNAM). RDC, 2008.
- [20]. Ministère de la Santé RD Congo : Stratégies de Renforcement des Systèmes de Santé (SRSS).2006.
- [21]. Luboya O., Mashini NG et al. Introduction à la santé publique, notes de cours DEA, ESP, Université de Lubumbashi, 2007.
- [22]. Kabyla I., Mashini NG., et al. Economie de la santé, notes de cours, DEA, ESP, Université de Lubumbashi, 2015.
- [23]. Danielle P. Besoins, Demande et Offres de santé en Santé Publique. Rédaction@ulb-promes,1998.
- [24]. Ministère de la santé du Maroc. Les indicateurs de suivi et d'évaluation des indicateurs au Maroc: Les indicateurs de l'offre et de la demande de soins en santé reproductive, 2003.
- [25]. Yagba Tapé B. Analyse économétrique de l'itinéraire thérapeutique des ménages de Cote d'Ivoire . *CIRPEE Laval.*, Faculté Sciences Sociales, Université de Laval édition, 2007.
- [26]. Kane A. J., Les déterminants socio-économiques de l'utilisation des services des soins de santé maternelle: Cas de l'observation de Niakhar (Sénégal), Mémoire fin d'études Supérieures, Centre Africain d'études Supérieures en Gestion(CESAG), 2001.
- [27]. BCZS Kisanga. Analyse situationnelle et Plan d'action opérationnel de la ZS, 2015.
- [28]. Lehesran J.Y., Delaunay V. Therapeutics patterns among children suffering from fever. Harvard Center for Population and Development Studies, Working Paper Séries, Vol.12, n°8,23p, 2002.
- [29]. Kakule M., Mashini NG. Et al. Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages de la zone de santé d'Uvira, Province du Sud Kivu, RD Congo , Université de Bukavu , 2012.

- [30].Ministère du Plan et Suivi et de la Santé publique. Deuxième enquête démographique et de santé (EDS-RDC II 2013-2014), Rapport préliminaire. République démocratique du Congo, 2014.
- [31].Mbouyap K.Y-M, Enquête Nationale sur le recours aux soins et aux médicaments : Pluralisme thérapeutique et Stratégies de santé au Cameroun. Ministère de la santé publique Cameroun ,2002.
- [32]. Akoto et al. Les inégalités socio – économiques et culturelles devant la mort dans mortalité et société en Afrique au Sud du Sahara, INED, PUF,Paris, pp 35-63,2002.
- [33]. Batano G., Bucekuderhwa C., « Déterminants des inégalités de revenu à Burhale au Sud-Kivu, Catholic University of Bukavu, 2015. <https://www.researchgate.net/publication/271212199>
- [34].Moucassa B.J. M. Evaluation de la qualité des soins en Santé génésique offerts dans les Formations sanitaires de la zone D'intervention du projet PASSAGE. **Projet d'Approche Solidaire en Santé Génésique**, Burkina Faso, 2007.
- [35]. Stéphanie S., Dany V.,Kimfuta J., Valery C., Paul B. et Bart C. « Improving financial access to health care in Kisantu district in Démocratic République of Congo: Acting up on complexity ». *Global Health Action* 2015,8:25480. s. d., CTB édition.
- [36].Chenge M., Jean Van der Vennet, Denis P, Luboya N., KabylaI.et Bart C., La carte sanitaire de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo Partie I : problématique de la couverture sanitaire en milieu urbain congolais. *Global Health Promotion* 1757-9759; Vol 17(3): 63–74; 375173, 2010.

ANNEXES 1

Echantillon Probabiliste Proportionnelle à la taille de la population /AS

N°	Aires de santé	Taille population	Nombre ménage enquêté	Nombre FOSA enquêtée
1	MUTUALE	24960	84	5
2	JAMAA YETU	26564	89	5
3	MAMA WA HURUMA	23493	78	5
4	MIMBULU	20450	69	4
5	MAENDELEO	13303	44	3
6	TRIANGLE	17922	60	4
7	KILIMASIMBA	25257	85	5
8	SOMIKA	20536	69	4
9	KIMILOLO	25616	86	5
10	KIBOKO	20646	69	4
11	KASUMGAMI	20543	69	4

ANNEXES 2

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE PRESTATAIRES DES SOINS SUR LES DETERMINANTS DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DES SERVICES DE SANTE A KISANGA/ LUBUMBASHI

Date :

Enquêteur :

Aire de santé enquêtée :

Quartier /cellule :

Nom de la Formation sanitaire :

SECTION I : Identification de l'organisation (formation sanitaire)

N°	QUESTIONS	MODALITES
Q.1.	Appartenance de la formation sanitaire	Etatique <input type="checkbox"/> Privée Confessionnelle <input type="checkbox"/> Privée Autres <input type="checkbox"/>
Q.2.	Catégorie de la formation	Centre de santé <input type="checkbox"/> Hôpital général de référence <input type="checkbox"/> Autres hôpitaux <input type="checkbox"/> Centre hospitalier <input type="checkbox"/> Dispensaire <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/>
Q.3.	Poste occupée par les répondants	Infirmier <input type="checkbox"/> Autres catégories(Preciser)..... <input type="checkbox"/>
Q.4.	Depuis combien de temps votre formation existe ?	Moins d'un an <input type="checkbox"/> à 9ans <input type="checkbox"/> De 1 à 4ans > 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q.5.	Votre formation sanitaire bénéficie-t-elle d'un financement spécifique ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Q.6.	Si oui, lequel ?	Etat <input type="checkbox"/> Parténaire technique et financier <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Eglise <input type="checkbox"/> Autres(preciser)..... <input type="checkbox"/>

SECTION 2 : RESSOURCES ORGANISATIONNELLES

N°	QUESTIONS	MODALITES
Q.7.	Quel est le nombre des médecins qui consultent dans la formation sanitaire ? (encerclez)	Aucun 1 2 3 4 ≥ 5
Q.8.	Combien de temps consacrent-ils dans la structure par semaine ?	Moins de 10 heure/sem. <input type="checkbox"/>

		De 10à24heures/sem. <input type="checkbox"/> De 25à 35heures/sem. <input type="checkbox"/> Pus de 35heures/sem. <input type="checkbox"/>
Q.9	Nombre des professionnels infirmiers dans la formation sanitaire ?	A0 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/>
Q.10	D'où proviennent essentiellement vos finances pour le bon fonctionnement de la structure ?	Etat <input type="checkbox"/> Ménage (Frais facturé aux patient) <input type="checkbox"/> Aides extérieurs <input type="checkbox"/> Entreprises <input type="checkbox"/> Autres (précisez) <input type="checkbox"/>
Q.11	Quel est le mode de paiement des soins par les malades dans votre formation sanitaire	Paiement à l'acte <input type="checkbox"/> Tarification par épisode maladie <input type="checkbox"/> Pré-paiement(Entreprise) <input type="checkbox"/>
Q.12	Comment jugez-vous l'équipement médical dans votre structure ?	Suffisant <input type="checkbox"/> Insuffisant <input type="checkbox"/>
Q.13	Comment jugez-vous la qualité des infrastructures abritant votre structure ?	Bon <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/>

SECTION 3: PRESTATION DES SERVICES ET PRATIQUES CLINIQUES

N°	QUESTIONS	MODALITES
Q.11	Quel(les)s services ou activités sont organisées dans votre structure ? (cochez plusieurs réponses)	Soins curatifs <input type="checkbox"/> Maternité (accouchement, CPN...) <input type="checkbox"/> Vaccinations des enfants <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Imagerie (radio, échographie) <input type="checkbox"/> Autres (préciser) <input type="checkbox"/>
Q.12	Quel est le taux d'utilisation des services (pour le CS) ou le taux d'occupation des lits dans votre structure ?	1. <10%(très faible) <input type="checkbox"/> 2. Entre 10-49%(Faible) <input type="checkbox"/> 3. ≥50%(Normal) <input type="checkbox"/>
Q.13	Si taux<50%, quelles sont les raisons de cette sous-utilisation des services par les ménages? (cochez plusieurs réponses)	Soins trop cher <input type="checkbox"/> Manque d'argent du patient <input type="checkbox"/> Mauvais accueil <input type="checkbox"/> Sous équipement <input type="checkbox"/> Infrastructures en mauvais Etat <input type="checkbox"/> Rupture fréquente des médicaments <input type="checkbox"/> Pas de médicament <input type="checkbox"/> Veulent les dettes <input type="checkbox"/> Autres (préciser)..... <input type="checkbox"/>
Q.14	Combien d'heure par jour ouvrable votre structure est-elle ouverte pour les services des patients?	.....heures/ jour

Q .15	Utilisez-vous les ordinogrammes des soins ou protocoles thérapeutiques pour l'administration des soins ?	1 .oui	2.non
--------------	--	---------------	--------------

SECTION 4. Perception cout d'utilisation des services et capacité de paiement par le ménage

Q.16	A combien revient le cout moyen de la prise en charge d'un cas de paludisme ?	..... FC
Q.17	Les malades payent ils facilement les soins ?	OUI <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Q.18	De quelle manière payent-ils leurs soins?	Paiement direct <input type="checkbox"/> Dette <input type="checkbox"/> Paiement en nature <input type="checkbox"/>

Section 5 : Appréciation de la qualité de services offerts

Q.19	Quand un patient arrive dans la formation sanitaire, combien de temps doit-il attendre en moyenne avant qu'il puisse être consulté ?	Moins de 10 Minutes <input type="checkbox"/> 10 à 30 minutes <input type="checkbox"/> > 30minutes <input type="checkbox"/>
Q.20	Quel est le temps moyen pour une consultation ?	Moins de 10 Minutes <input type="checkbox"/> 10 à 30 minutes <input type="checkbox"/> > 30minutes <input type="checkbox"/>
Q.21	Quel est le nombre d'année d'ancienneté professionnelle du répondant ?	<4ans <input type="checkbox"/> 4-6ans <input type="checkbox"/> 7-10ans <input type="checkbox"/> >10ans <input type="checkbox"/>
Q.22	Les prestataires de la structure bénéficient-ils de la supervision ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Q.23	Les prestataires de la structure bénéficient-ils de la formation sur les différentes thématiques ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Q.24	Comment appréciez-vous la qualité des soins dispensés par vous-même?	Bonne <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/>
Q .25	Quelles stratégies pensez-vous pour améliorer la qualité des prestations ?	Améliorer l'accueil <input type="checkbox"/> Améliorer l'IEC avec les patients <input type="checkbox"/> Intégrer les activités manquantes <input type="checkbox"/> Supervision <input type="checkbox"/> Formation en cours d'emploi <input type="checkbox"/>
Q.26	Que suggérez-vous pour améliorer les soins à vos malades ?	Formation des prestataires <input type="checkbox"/> 1.Dotation suffisante en matériels nécessaires <input type="checkbox"/> 2.Des locaux plus adaptés <input type="checkbox"/> 3.Rendre disponible les protocoles des soins <input type="checkbox"/> 4.Motivation du personnel <input type="checkbox"/> 5.Multiplier les supervisions <input type="checkbox"/> 6.Subvention des médicaments par l'ETAT <input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE MENAGE SUR LES DETERMINANTS DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DES SERVICES DE SANTE A KISANGA/ LUBUMBASHI

Date :
Enquêteur :
Aire de santé enquêtée :
Quartier enquêtée :
Numero ménage

SECTION I : Information Générales sur le répondant

N°	QUESTIONS	MODALITES
Q.1.	SEXE	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
Q.2.	AGE	.....Ans
Q.3	ETAT CIVIL (Cochez une réponse)	Marié(é) <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/>
Q.4.	PROFESSION (Cochez une réponse)	Ouvrier <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Eleveur <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Chômeur <input type="checkbox"/> Cultivateur <input type="checkbox"/> Autres
Q.5	NIVEAU D'INSTRUCTION (Cochez une réponse)	Aucun <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/>
Q.6	TAILLE DU MENAGE	.....
Q.7	A combien s'élève votre revenu principal mensuel(en fc) ? (Cochez une réponse)	Moins de 100.000 <input type="checkbox"/> [100000-200000[<input type="checkbox"/> [200.000- 300.000[<input type="checkbox"/> [300.000-500.000[<input type="checkbox"/> Supérieur à 500.000 <input type="checkbox"/>

SECTION 2 : Utilisation de l'offre des soins disponible par les ménages

N°	QUESTIONS	MODALITES
Q.8	Au cours du dernier mois, vous ou un autre membre de famille, êtes tombé malades ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Q.9	Avez-vous recours (demandé les soins) à une formation sanitaire moderne ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Q.10	Si oui, quel a été le motif de choix de recours des soins dans cette FOSA ? (cochez une réponse)	Habitude <input type="checkbox"/> Proximité <input type="checkbox"/> Confiance <input type="checkbox"/> Prix abordable <input type="checkbox"/> Meilleur accueil <input type="checkbox"/>

		Gravité de la maladie <input type="checkbox"/>
		Présence des médicaments <input type="checkbox"/>
		Crédit <input type="checkbox"/>
Q.11	Si non, quelles sont les raisons ? (cochez une ou plusieurs réponses)	Trop cher <input type="checkbox"/>
		Trop éloigné <input type="checkbox"/>
		Moins efficace <input type="checkbox"/>
		Mauvais accueil <input type="checkbox"/>
		Absence médicament <input type="checkbox"/>
		FOSA souvent fermée <input type="checkbox"/>
		Manque d'argent <input type="checkbox"/>
		Autres (à préciser)

SECTION 3: Caractéristiques des services de santé

1. Accessibilité géographique

N°	QUESTIONS	MODALITES
Q.12	A quelle distance êtes-vous de la formation sanitaire de la ZS fréquentée ?	.....km.....heures /Min
Q.13	Que pensez-vous de cette distance .Est-elle ? (cochez une réponse)	Courte <input type="checkbox"/> Longue <input type="checkbox"/> Très longue <input type="checkbox"/>
Q.14	Quel est le cout du transport aller –retour ? en FC	.....FC
Q.15	Que pensez-vous de ce cout ? (cochez une réponse)	Bas <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Élevé <input type="checkbox"/>

2. Perception cout d'utilisation des services et capacité de paiement par le ménage

Q.16	Combien a couté les derniers soins que vous avez eu dans la formation sanitaire fréquentée ?	..... FC
Q.17	De quel type de formation sanitaire s'agit-il ? (cochez une réponse)	CS <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Polyclinique <input type="checkbox"/> Dispensaire <input type="checkbox"/>
Q.18	Comment avez-vous trouvé ce cout des soins ? (cochez une réponse)	Bas <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Elevé <input type="checkbox"/>
Q.19	Quelle est l'origine de l'argent pour les soins ? (cochez une réponse)	Aides/dons <input type="checkbox"/> Emprunt <input type="checkbox"/> Sur les économies de la maison <input type="checkbox"/> Vente d'un bien <input type="checkbox"/>

3. Perception de la qualité de services de santé (organisation de l'offre) par les ménages

Q.17	Que pensez-vous du personnel de la formation sanitaire par rapport à l'accueil ?	Bon <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/>
Q.18	Comment trouvez-vous le temps d'attente avant la consultation ?	Court <input type="checkbox"/> Long <input type="checkbox"/>

Q.19	Que pensez-vous des médecins /infirmiers de la formation sanitaire ? Oui / Non	1. Consacre suffisamment de temps OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> 2. Explique comment prendre les médicaments. OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> 3. Explique comment ne plus attraper la maladie. OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> 4. Compétent. OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Q.20	Que pensez-vous de la formation sanitaire que vous fréquenté ? (Cocher oui ou non)	Propre Oui/Non Possède tous les matériels nécessaires Oui/Non
Q.21	Que suggérez-vous pour améliorer les conditions sanitaires dans la formation sanitaire ?	Augmenter personnels qualifiés <input type="checkbox"/> Augmenter les équipements <input type="checkbox"/> Plus des médicaments <input type="checkbox"/> Diminuer les prix <input type="checkbox"/>

4. Disponibilité des médicaments

Q.22	les produits prescrits les avez-vous trouvés sur place ?	Oui <input type="checkbox"/> Non (livre ordonnance) <input type="checkbox"/>
Q.23	Combien de temps après la prescription avez-vous pu acheter les médicaments ?(En jours)	..... jours
Q.24	Où avez-vous achetés les médicaments ?	CS/HGR <input type="checkbox"/> Pharmacie privée <input type="checkbox"/>
Q.25	Pour quelles raisons ?	Prix abordable <input type="checkbox"/> Disponibilité des médicaments <input type="checkbox"/> Confiance à la qualité <input type="checkbox"/> Proximité <input type="checkbox"/> Manque d'argent <input type="checkbox"/> Autres(.....) <input type="checkbox"/>
Q.26	Avez-vous achetés tous les médicaments qu'on vous a prescrits ?	Oui <input type="checkbox"/> Non, quelques-uns seulement <input type="checkbox"/> Non, Pour quelques jours seulement <input type="checkbox"/>
Q.27	Pourquoi ?	Prix élevé <input type="checkbox"/> Non disponibilité des médicaments <input type="checkbox"/> Argent insuffisant <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>

ANNEXE 3

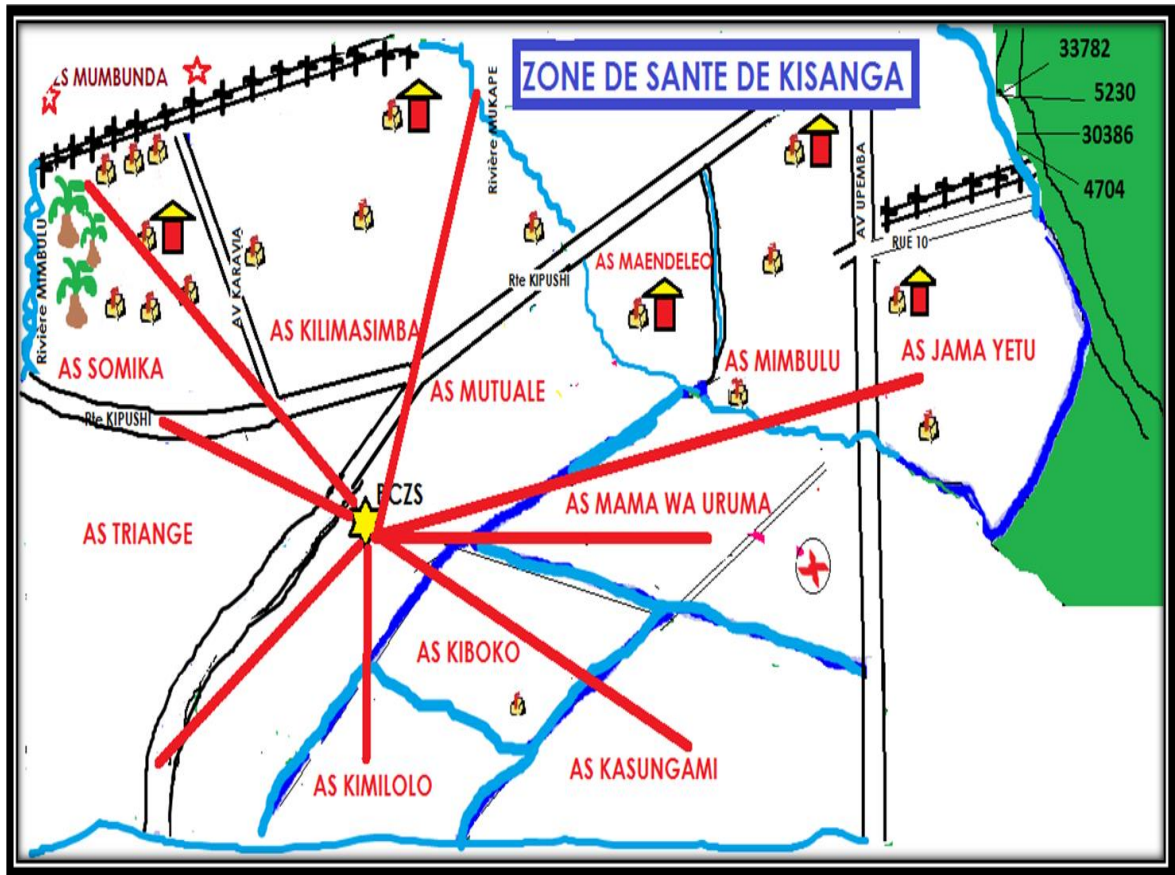


Figure 9 : Carte sanitaire de la ZS de Kisanga

Source : BCZS KISANGA