

Facteurs Associés A La Faible Utilisation De Service De Soins Curatifs Par Les Ménages Dans La Zone De Santé Mikalayi

Brigitte BAKAMBAMBA JIBIKILAYI^{1*}, Lina MVUMBI PIRIPIRI, Emmanuel MBUYI

¹Apprenante à l'école de santé publique de Kinshasa, RDC

Received 22 May 2024, Accepted 13 June 2024, Available online 14 June 2024, Vol.12 (May/June 2024 issue)

Abstract

Background : Being in good health is one of the fundamental rights of every human being. The use of health services remains a guarantee for improving the health status of citizens and the development of each nation. Our study focused on the factors associated with the low use of curative care services by households, in the health zone (ZS) of Mikalayi, Kasai Central Province, in the Democratic Republic of Congo. Indeed, over the past 5 years, we have noted that, in this ZS, the use of health services was less than 0.5 consultations per inhabitant, per year. This result evolved unevenly between 2019 and 2023, respectively: 0.47; 0.43; 0.39; 0.36 and 0.36 consultations per inhabitant, per year. Our objective was to identify the factors associated with this poor performance in the Mikalayi health zone and propose prospects for improvement based on the results obtained. To do this, a cross-sectional analytical study was carried out among 390 households in the ZS Mikalayi. The study was carried out by 6 people including 4 investigators, 1 supervisor, and a coder. It was planned for nine months (from April to December 2023).

Methods: We conducted a cross-sectional analytical study in the Mikalayi ZS on a random sample of 390 households. Using a structured questionnaire, we questioned heads of households or their representatives about the factors that determine (or limit) their poor access to care.

Results: At the end of our survey, we estimated that the proportion of use of health services by households was 26% (95% CI 22.0 - 30.8) and the main determinants were low socio-economic level. -economic (OR3.280 and CI: 1.512 to 7.115) and the size of households with more than 6 members (OR 8.553 and CI4.112 to 17.793).

Conclusion: At the end of our study, we found that the proportion of use of curative care services was 26% in the Mikalayi health zone. Income and household size were main indicators for inaccessibility to curative care services. These 2 factors are likely to be corrected by considering measures targeting: awareness raising for the promotion of family planning, and the establishment of a health insurance/mutual health system in the logic of health coverage universal.

Keywords: Use of health services; Health care access; curative care

Introduction

Enonce du problème

L'utilisation des services de soins curatifs est le résultat de l'interaction entre le profession-nel de santé et les bénéficiaires. Elle correspond, en termes économiques, à la production des services de santé par le personnel soignant. Elle procure la meilleure santé, améliore le bien-être, valorise le capital humain. Elle augmente la production et la croissance économique, et par conséquent contribue au développement économique de la population (1) Être en bon état de santé reste l'un des droits fondamentaux de tout être humain (2). Cependant, beau-coup d'individus dans le monde ont très peu d'accès aux soins de santé (3).

La disparité en matière de soins de santé est grande entre les pays et au sein des pays. Cette disparité découle des conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (OMS, 2019). Dans les pays en développement comme partout ail-leurs, il a été démontré que les populations pauvres, accédant difficilement aux soins de san-té, tombent plus malades et meurent plus jeunes que les personnes ayant un pouvoir d'achat acceptable (OMS, 2019). Confronté à ces conditions, les populations pauvres développent une adaptation : Soit, elles vivent avec les maladies sans recourir aux soins médicaux, soit elles recourent à l'automédication ou à d'autres formes des soins moins couteux mais de mauvaise qualité (Tradipraticien, Chambre des prières, pharmacies de commerçants, automédication, etc...).

Dans leur rapport sur la santé dans le monde, l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) et la Banque

*Corresponding author's ORCID ID: 0000-0000-0000-0000
DOI: <https://doi.org/10.14741/ijmcr/v.12.3.17>

Mondiale(BM) déclarent que, plus de 50% de la population mondiale n’a pas accès aux services de santé essentiels soit par manque de ces services, soit par leur mauvaise qualité quand ils existent, soit par manque de moyens financiers pour y accéder (4). Et pour-tant, selon l’OMS, la moyenne de l’utilisation de service de soins curatifs est de 0,5 consultations curatives (nouvel épisode morbide) par habitant et par an.(5)En Afrique, l’utilisation des services de santé reste très faible malgré les efforts consacrés pour renforcer l’offre des soins. Selon le rapport sur l’état de santé dans la région africaine, 68% de la population n’ont pas eu accès au service de soins curatifs par manque de moyen financier. Seuls trois pays Sao Tomé, Maurice et les Seychelles ont eu un accès d’au moins 0,5 consultation nouvelle épisode maladie par habitant, par an. Le faible pouvoir d’achat serait à la base de cette difficulté (6)

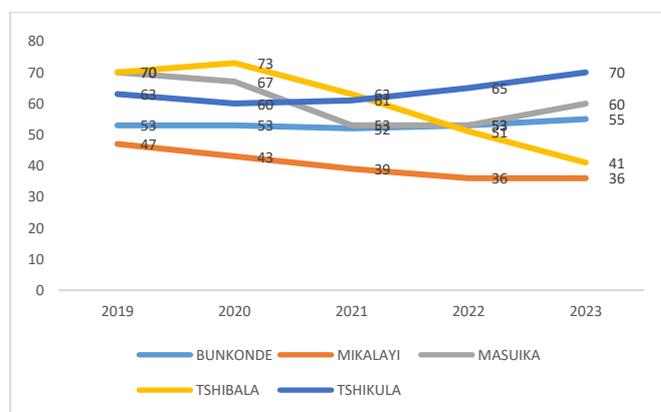
En République Démocratique du Congo (RDC), 67% de la population n’accède pas aux services de soins curatifs suite à la faible disponibilité de l’offre et à la faible accessibilité financière, géographique et psychologique de la population aux soins et services de santé (7)

En effet, le système de santé a connu des sérieux problèmes financiers. La plupart de bailleurs de fonds ont cessé leur soutien financier suite à des nombreuses crises politiques, sociales et économiques connues depuis 1970. Les investisseurs privés ont profité de cette crise pour exploiter et lancer leurs formations sanitaires au profit de leur calcul économique. Cette pénurie a amené les ménages à supporter la quasi-totalité de la charge financière de soins de santé ce qui a impacté négativement l’équité et l’accès au système de soins congo-lais.(8) Cette situation est identique à celle de la Zone de Santé de Mikalayi, qui fait l’objet de notre étude. En effet, depuis plus de 5ans (2019 à ce jour), le taux des consultations curatives n'a jamais atteint le seuil de 0,5 consultations (nouvel épisode morbide) par habitant et par an. L’analyse des données de l’informations sanitaires révèle que, le taux des consultations curatives dans cette zone de santé, a évolué en dents de scie entre 2019 et 2023, respectivement : 0,47 ; 0,43 ; 0,39 ; 0,36 et 0,36 nouvelle épisode morbide par habitant, par an. Comparativement aux quatre autres zones de santé ayant bénéficiées l’appui technique et financier de l’union européenne pendant la même période (9). Signalons que l’union européenne avait appuyé depuis 2014, cinq zones de santé : Mikalayi, Bunkonde, Masuika, Tshibala et Tshikula, avec plusieurs interventions dont la subvention en médicament, l’achat de service, la réhabilitation/construction des infrastructures et équipement en matériel, la mise en place de la démarche qualité, de la tarification forfaitaire négociée, la formation du personnel etc...

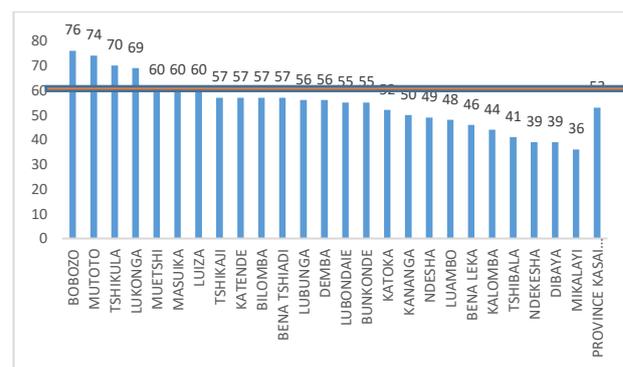
Bien que cet appui avait connu une période de fenêtre en 2019, la zone de santé de Mikalayi et les 11 autres zones de la province ont été récupérées en 2020, par le Projet Multisectoriel Nutrition et Santé (PMNS) avec comme interventions : l’achat stratégiques des

prestations, tarification forfaitaire négociée, subvention en médicament etc...Malgré cet appui, l’utilisation des services de santé, notamment des structures de soins de premier niveau n’a jamais atteint la norme de 0,5 consultations (nouvel épisode morbide) par habitant et par an dans la ZS de Mikalayi.

Les graphiques ci-après, montrent l’évolution de l’utilisation de service de soins curatifs dans la zone de santé de Mikalayi, entre 2019 et 2023 parmi les cinq ZS appuyées par l’UE et parmi les 26 ZS de la province.



Graphique 1. Evolution de taux d’utilisation des services de soins curatifs dans les 5 ZS ayant bénéficié de l’appuis UE. De 2019 à 2023



Graphique 2 : Utilisation des services de santé de 26 ZS de la province en 2023

Eu égard à ce qui précède, la Zone de Santé de Mikalayi, présente une faible l’utilisation de service de soins curatifs, avec une moyenne de 0,38 consultations (nouvel épisode morbide) par habitant et par an entre 2019 et 2023. Nous pensons que cette faible utilisation de service serait à la base des conséquences ci-après : Les décès maternels dans la communauté (en moyenne 3 décès maternel par an, soit 458 décès maternel pour 100000 naissances vivantes) ; Accouchements hors FOSA (654 en moyenne par an) (SNIS RDC).

Revue de la littérature

La jouissance d'un niveau élevé de santé est l'un des droits fondamentaux de tout être vivant. Ainsi, l'accès aux

soins de santé a un impact positif dans le développement économique de l'homme et dans l'amélioration de son bien-être (10). L'accès au service de soins curatifs peut être influencé par les facteurs financiers (niveau de revenu des ménages, coût des soins, coût du transport, etc.), les facteurs géographiques (la distance) et les facteurs psychologiques (qualité des infrastructures et prestations, accueil, us et coutume, âge etc...) (11). La décision de recourir aux services de santé varie en fonction de type de problème et du moment où il se présente. Elle dépend d'une évaluation de type coût-bénéfice (coût direct, coût indirect et coût d'opportunité) (12). De millions de gens dans le monde, surtout les populations les plus démunies n'accèdent pas aux soins de santé. Cette réalité est vécue dans beaucoup de pays du monde, surtout dans la plupart des pays de la région africaine de l'OMS (13).

Le rapport de la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé, révèle que plus de la moitié de la population de la planète n'a pas accès aux services de santé essentiels pour des raisons économiques. (BM, OMS 2017)

En Afrique, l'utilisation de service de soins curatif est de 32%. Les facteurs financiers, géographiques (distance) et les facteurs psychologiques (le jugement des individus), en étaient les causes (14). L'étude sur l'Accessibilité des services de santé menée en Afrique de l'Ouest (Guinée) par ML Doumbouya, avait révélé que le coût d'accès aux soins était une raison non négligeable de la non-utilisation de service de soins curatifs à 57% (15).

En République du Congo, il a été observé que le mauvais accueil des usagers, le chômage et l'absence de médicaments étaient associés à la faible utilisation de services de soins, respectivement à 31,1%, 31,9% et 21,13%. (16). Malgré l'adhésion à la politique de soins de santé primaire (d'Alma-Ata 1978), l'utilisation de ces services de soins par la population congolaise est encore faible en RDC à cause des crises politiques, économique et des conflits. (Rapport sanitaire du MSF 2018). (17). Beaucoup de ménages éprouvent des difficultés pour accéder aux services de santé. Selon l'enquête ménage (EDS) de 2014 ; 60% des parents des enfants ayant de la fièvre n'ont pas eu recours aux services de santé pour les soins de leurs enfants. Le niveau d'instruction était à la base de cette faible utilisation de service de soins. La même source souligne qu'en milieu rural, la distance pour atteindre un service de soins curatifs constitue un problème pour 48% des ménages contre 25% en milieu urbain. (18). Dans la zone de santé de Pweto, Cilundika et al trouvent que, l'utilisation des SSC était plus faible dans le ménage dont le chef avait un niveau d'étude primaire (43,7%) contre ceux dont les chefs de ménage avaient un niveau d'étude secondaire ou plus (57,3%). Selon la même source, l'occupation était statistiquement associée à la faible utilisation des services de soins curatifs 0,63 (IC à 95%=1,1-24,6) pour les chefs de famille avec un métier libéral et 8,1 (2,1-45,8) pour les chômeurs comparativement aux employés (p=0,001). (19)

Au Sud Kivu dans la zone de santé de Kalole, Kisubi Lugano trouve que, 60 % d'individus vivant avec moins de 1 dollar par jour avait un accès difficile aux SSC. (20)

La même observation a été faite à Lubumbashi, dans la zone de santé de Ruashi, en 2023 par Many, Krishna K et al qui dans leur étude sur les facteurs limitant l'utilisation des services de soins de santé par les ménages. Ils avaient trouvé que la faible utilisation des services de soins curatifs par les ménages était fonction du niveau de revenu dans 67,5% de cas. (21). L'annuaire sur le financement du logement en Afrique 2021, déclare à son tour que 73% de la population congolaise vit avec moins de 1,9\$ soit moins de 3767 FC par jour. (22). Ce qui témoigne du niveau de pauvreté en RDC, ayant un impact négatif sur l'utilisation de services de soins curatifs. Les mêmes résultats ont été déclarés dans le rapport de l'Agence Nationale pour la Promotion des Investissements (ANAPI) 2028, tel que 75% de la population n'accède pas aux services de soins curatifs à cause du faible pouvoir d'achat (23)

Dans une étude, menée en 2016 sur les déterminants de l'utilisation des services curatifs et itinéraires thérapeutiques à Lubumbashi (cas de la zone de santé Kisanga), TSHAONA avait trouvé que l'utilisation des services de soins curatifs était associée à la taille des ménages 1,54 (IC à 95%=1,09-2,18). Les ménages de plus de six membres avaient 2 fois plus utilisé les services de soins de santé curatifs que les ménages de moins de six membres (p=0,01439). (24)

Ces résultats sont contraires à ceux trouvés par EMERY NSUNGU MBUKU, dans la zone de santé urbaine rurale de KENGE, province du Congo Central, RDC. Cette étude avait trouvé que 84,9% de ménages de 8 à 11 personnes n'accédait pas facilement aux soins.

La même source indique que le taux de dépense avait une relation avec la faible fréquentation aux services de santé (60,5%) (p<0.001)

But de l'étude

Le but poursuivi par cette étude est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population à travers la réduction de la morbi-mortalité dans la zone de santé Mikalayi.

Objectifs

Objectif général

L'objectif général de notre étude était de déterminer les facteurs associés à la faible utilisation de service de soins curatifs dans la ZS Mikalayi.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la proportion de ménages ayant utilisé les services de santé ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques, économique et culturels des usagers

- Déterminer le niveau de connaissance, attitudes, perception et pratiques des chefs de ménages sur l'utilisation de service de soins curatifs
- Déterminer le niveau de satisfaction de la population par rapport à la qualité des services de santé reçus.
- Identifier les facteurs associés à la faible utilisation de service de soins curatifs de la ZS Mikalayi
- Formuler les recommandations pertinentes basées sur les résultats obtenus

Hypothèses

Partant des facteurs associés à la faible utilisation de service de soins curatifs pré identifiés dans la littérature, nos hypothèses seront :

- Le faible pouvoir d'achat constitue pour la majorité des ménages de la ZS de Mikalayi, la principale barrière de l'utilisation des services de soins curatifs
- Les caractéristiques socio-culturelles du ménage sont associées à la faible utilisation de service de soins curatifs par les ménages de la ZS de Mikalayi

Méthodologie

II.1. Type d'étude : Une étude transversale analytique basée sur l'enquête ménages a été conduite dans la ZS Mikalayi durant la période allant du mois d'avril à décembre 2023.

Description du site d'étude

L'étude avait eu lieu dans la ZS de MIKALAYI, l'une des 26 ZS de la Division Provinciale de la Santé(DPS) Kasai Central, dans le territoire de Kazumba, à 35 Km de la ville de Ka-nanga. Selon la statistique 2023 sur DHIS2, la ZS compte un hôpital général de référence, 25 aires de santé. Elle s'étend sur une superficie de 4893 km², pour une population de 288055 habitants, soit une densité de 59hab/Km². Elle s'étale sur trois secteurs, à savoir : le secteur de MUSUASUA, le secteur de MIAO, et le secteur de MBULUNGU. L'économie de la ZS de MIKALAYI est dominée par l'agriculture de subsistance, la pêche artisanal, l'extraction artisanal de l'huile de palme, l'élevage de petit et gros bétail

Echantillonnage

Population d'étude

La population d'étude a été constituée des ménages de la zone de santé de Mikalayi, répartis de manière équitables dans les huit aires de santé (AS) échantillonnées.

Les unités statistiques

Conformément à nos objectifs, cette recherche avait pour unité statistique « les ménages »

Critères d'inclusion

Tout ménage habitant le village sélectionné dans les AS ciblées et ayant vécu dans ce village au cours de six derniers mois

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée en utilisant la formule ci-après :

P = proportion de ménages ayant utilisé les services de soins curatifs dans la ZS Mikalayi ; $P = 0,36$; $q = 1 - p$, $q = 0,64$
 Z_2 : = coefficient de confiance à 95% pour un test bilatéral : 1,96 ; d : degré de précision : 0,05

En appliquant ces paramètres, la taille minimale de l'échantillon a été calculée à 354 ménages à enquêter. Après majoration de 10% pour tenir compte des non réponses, la taille minimale de l'échantillon a été fixée à 389 ménages à enquêter. Nous avons ainsi travaillé sur un échantillon de 390 de ménages.

Type et stratégie d'échantillonnage

Nous avons utilisé l'échantillonnage probabiliste à quatre degrés : les aires de santé, Le segment, les villages, les Ménages.

Technique et outil de collecte des données

Les données ont été collectées par interview structuré face à face avec les chefs de ménage ou leurs remplaçants à l'aide d'un questionnaire qui a été préalablement pré testé

Liste complète des variables

Variable dépendante

L'utilisation de service de soins curatifs par le ménage : variable qualitative qui traduit le fait que le ménage utilise ou n'utilise pas le service de soins curatifs. Elle avait deux modalités : Oui = le ménage utilise le service de soins curatifs

Non = le ménage n'utilise pas le service de soins curatifs

Variables Indépendantes

Caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturelles

- L'âge (années du répondant : variable quantitative qui désigne le nombre d'années atteints par le chef de ménage ou son représentant au dernier anniversaire. Il avait trois modalités ou tranche d'âge : de 18 à 30 ans, de 31 à 60 ans, et 60 ans et plus. Nous l'avions dichotomisé en : jeune adulte (18 à 30 ans) et adulte (plus de 30)
- Le niveau d'étude du chef de ménage : variable qualitative qui renseigne le plus haut niveau de scolarité du le chef du ménage ou de son représentant. Elle avait quatre modalités : aucun niveau (celui qui n'a jamais étudié ni terminé l'école primaire), primaire achevé,

Secondaire achevé, Supérieur. Elle a été dichotomisée en faible ni-veau d'étude (aucun niveau, primaire) et le niveau d'étude élevé (secondaire et supérieur/universitaire).

- Statut matrimonial du chef de ménage : une variable qualitative qui renseigne sur l'état civil du chef de ménage ou son représentant. Elle avait quatre modalités : Célibataire, marié, divorcé et veuf. Elle a été dichotomisée en : sans union légitime (Célibataire, divorcé et veuf(ve) et en union légitime (marié).
 - Profession du chef de ménage ou son représentant : Variable qualitative qui désigne l'occupation ou la carrière de celui qui a à sa charge, le ménage. Elle a été mesurée sur l'échelle nominale avec 7 modalités : Chômeur (celui qui ne fait rien, restant pendant longtemps sans emploi), fonctionnaire de l'état, Débrouillard, Profession libérale (Celui qui fait les activités privées génératrices des recettes), Cultivateur, Employé chez les privés (celui qui travaille dans une entreprise privée) et Autres. Elle a été par la suite dichotomisée : sans emploi rémunéré (Chômeur, Débrouillard, Cultivateur, Profession libérale, Autres) et avec emploi rémunéré (fonctionnaire de l'état, Employé chez les privés)
 - Taille du ménage : variable quantitative. Elle renseigne sur le nombre de personnes vivant dans le ménage. Nous l'avons dichotomisé en ≤ 6 et > 6
 - Croyances religieuses du chef de ménage ou son représentant : variable qualitative désignant l'église fréquentée le chef de ménage ou son représentant. Elle avait 7 modalités : catholique, protestante, kimbanguiste, musulmane, Église de réveil, témoin de Jéhovah, et autre. Elle a été dichotomisée en : religion chrétienne (catholique et protestante) et, religion non chrétienne (kimbanguiste, église de Réveil, Témoins de Jéhovah, musulman, et autres).
 - Niveau socio-économique a été mesuré à partir des dépenses du ménage par jours/personne : les ménages ont été catégorisés comme vivant avec moins de 1,90\$ si les dépenses par personne et par jour sont en dessous de 3767FC et comme vivant avec plus de 1,90\$ si les dépenses par personne et par jour sont au-dessus de 3767FC.
- II.6.2.2. Connaissances, attitudes et pratique des chefs de ménages ou leurs représentants sur l'utilisation de service de soins curatifs
- a. Les connaissances des répondants sur l'utilisation de service de soins curatifs : Le niveau des connaissances a été évalué en utilisant quatre questions à savoir :
- Le fait d'avoir déjà entendu parler de FOSA dans le milieu : variable qualitative définie comme le fait d'avoir entendu parler de service de soins curatifs. Elle a été mesurée sur une échelle nominale avec deux modalités : oui, si l'enquêté a déjà entendu parler et non, s'il n'a pas entendu parler.
 - Le fait d'avoir déjà entendu parler de l'appui BM dans La ZS : variable qualitative définie comme le fait d'avoir entendu parler de la subvention BM. Elle a été mesurée sur une échelle nominale avec deux modalités :

oui, si l'enquêté a déjà entendu parler et non, s'il n'a pas entendu parler. Elle a été dichotomisée en niveau élevé si le chef du ménage ou son représentant déjà entendu parler et s'il n'a pas entendu parler.

- Sources d'information : variable qualitative qui définit les différents canaux par lesquels l'enquêté a pris connaissance de l'existence de FOSA dans le milieu. Elle avait une échelle nominale avec quatre modalités (radio, relais communautaires, membre de famille, Panneau d'indication / Affiche).
 - La connaissance des différents services qui y sont offerts : variable qualitative qui définit les différents paquets d'interventions offerts dans la FOSA. Elle avait une échelle nominale. Elle a été dichotomisée en ceux qui connaissent au moins un service offert et ceux qui ne connaissent pas.
 - Le niveau de connaissance des avantages de l'utilisation de service de soins curatifs : Variable composite qui apprécie la connaissance des chefs de ménages ou leurs représentants sur les avantages de l'utilisation de service et les conséquences de la non utilisation des services de santé. Elle avait 2 modalités : le niveau a été considéré comme élevé si le chef du ménage ou son représentant citait au moins une conséquence sur la non utilisation de service de soins curatifs et ceux qui n'en connaissent aucune, ont été considérés comme n'ayant pas de niveau
 - Le niveau de connaissance des conséquences de la non utilisation de service de soins curatifs : Variable composite qui apprécie la connaissance des chefs de ménages ou leurs représentants sur les inconvénients de la non utilisation des services de santé. Elle avait 4 modalités : décès, altération de l'état de santé, autre et ne sais pas. Le niveau de connaissance a été dichotomisé en : niveau élevé si le chef du ménage ou son représentant citait au moins une conséquence de la non utilisation de service de soins curatifs et sans niveau de connaissance s'il n'en citait aucune.
- b. Attitudes et Perception des chefs de ménages ou leurs représentants face à l'utilisation des SSC
- L'accueil des malades/clients au niveau de la FOSA : variable qualitative, à échelle ordinale avec 5 modalités (L'accueil était très bon, L'accueil était bon, Je n'ai pas d'opinion claire, L'accueil était mauvais, L'accueil était très mauvais). Nous l'avons dichotomisé en accueil bon et mauvais (L'accueil était mauvais, L'accueil était très mauvais)
 - Le délai d'attente : variable quantitative à échelle ordinale. Elle a renseigné sur la durée attendue pour la prise en charge. Elle avait 5 modalités : Moins de 10 minutes, Entre 10 minutes et 30 minutes, Moins d'une heure, Plus d'une heure. Nous l'avons dichotomisé en délais d'attente court (Moins de 10 minutes, Entre 10 minutes-30 minutes et moins d'une heure) et long (Plus d'une heure)
 - L'issue ou l'évolution du problème de santé : variable qualitative qui renseigne sur le sort/évolution du bénéficiaire après avoir utilisé le service de soins de santé. Elle a été mesurée sur l'échelle ordinale avec trois

modalités : Oui totalement, Oui, partiel-lement, Non. Elle a été dichotomisée en issu favorable (quand le problème ayant motivé la consultation a été résolu totalement) et issu non favorable (quand le problème ayant motivé la consultation n'a pas été résolu ou a été résolu partiellement).

Quant à l'attitude, trois questions ont été posées :

- Apprécier l'avis des enquêtés sur l'offre des services de santé dans les FOSA : variable qualitative qui a permis d'évaluer l'opinion des enquêtés sur l'offre des services. Elle a été mesurée par l'échelle nominale avec deux modalités : favorable et non favorable.

- Apprécier la disposition des enquêtés à utiliser les services de santé dans l'avenir : variable qualitative qui définit l'intention des chefs de ménages à utiliser les services de santé à la longue. Elle a été mesurée sur l'échelle nominale avec deux modalités : oui pour ceux qui ont l'intention d'utiliser les services de santé et non pour ceux qui n'en ont pas. Nous l'avons dichotomisé en avis favorable et avis défavorable.

- La raison de la non utilisation de service de soins curatifs dans l'avenir : Variable qualitative définie comme raison évoquée par les enquêtés de ne pas utiliser le service de soins curatifs dans l'avenir. Elle a été mesurée sur l'échelle nominale avec cinq modalités (manque d'argent, Coût trop élevé, Mauvais accueil, long délais d'attente, mauvaise prise en charge).

c. La pratique de l'utilisation de service de soins curatifs par les ménages : variable qualitative qui traduit le fait que le ménage utilise ou n'utilise pas le service de soins curatifs. Elle avait deux modalités : Oui = le ménage utilise le service de soins curatifs ; Non = le ménage n'utilise pas le service de soins curatifs

Raison de non utilisation des services de soins curatifs par les ménages : variable qualitative définie comme raison évoquée par le chef de ménage ou son représentant, pour ne pas utiliser le service de soins curatifs. Elle a été mesurée sur l'échelle nominale avec huit modalités (manque d'argent, coût trop élevé, mauvaise qualité de services, temps d'attente long, automédication, longue distance à parcourir, raison culturelle/religieuse, maladie pas grave).

Accessibilité géographique à une FOSA : est une variable qualitative traduisant la présence de la FOSA offrant le service de soins curatifs dans le milieu de vie. Elle avait deux modalités : oui, si la FOSA était implantée dans le milieu de vie et non au cas contraire

Traitement des données

Le tri des données

Premièrement, le tri des données a été fait par les superviseurs à la fin de chaque visite. Il s'agissait en fait de séparer les fiches d'enquête qui ont été bien remplies de celles qui ne l'ont pas été afin de rechercher des informations complémentaires. Celles retenues ont été

codifiées à l'aide d'un guide. Le second tri a été fait après la centralisation des fiches codifiées, il s'agissait de regrouper les fiches d'enquête selon les (villages) et les AS.

Le contrôle de qualité

Le contrôle de qualité de données a été fait à deux niveaux : le premier a été réalisé au site par le superviseur : il a porté sur l'exactitude, la complétude, la précision et l'enregistrement correcte de données selon le rythme établi dans le plan de collecte des données. Par exemple l'âge du répondant ciblé qui devrait ne pas être inférieur à 18 ans. Le deuxième a été réalisé par l'équipe de recherche après centralisation des données collectées pour vérifier la cohérence de ces données (en faisant recours aux enquêteurs). Il était question de se rassurer si le code correspondait aux réponses du questionnaire

Traitement des données

Les données collectées ont été saisies sur ordinateur à l'aide d'un masque de saisie élaboré sur le logiciel Epidata3.1.

Analyse des données

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide des logiciels SPSS version 23, Excel 2010 et Stata 13, en considérant le seuil de signification de 5%. Les statistiques descriptives usuelles ont été utilisées pour décrire l'échantillon : la moyenne et la déviation standard comme mesure de tendance centrale ainsi que la dispersion ont été présentées pour la variable quantitative, d'autant plus que sa normalité a été observée après visualisation de l'histogramme et le test de Kolmogorov-Smirnov. Pour les autres variables quantitatives dont la normalité n'a pas été observée (âge du répondant et taille du ménage), la médiane et espace interquartiles ont été présentées. La proportion a été présentée pour les variables catégorielles. Le test Chi² de Pearson était effectué afin de comparer les proportions des variables catégorielles lorsque le minimum attendu était ≥ 5 . Dans un premier temps, l'analyse bi variée était effectuée, ensuite, le modèle de régression logistique. Les mesures d'association entre chaque variable indépendante et la non-utilisation de service de soins curatif étaient rapportées sous forme d'odds ratio (OR) accompagnées de leurs IC à 95%. Le modèle de régression logistique était établi selon une sélection automatique des variables de type « FORWARD » et une probabilité d'entrée de 0,05. Le modèle final avait repris uniquement les variables dont les effets étaient restés significatifs après ajustement.

La régression logistique était réalisée uniquement lorsque la vérification de l'adéquation par le test de Hosmer-Lemeshow était concluante. Le test Chi carré a été utilisé pour le calcul des variables qualitatives, OR et son IC pour mesurer la force de ces associations (entre

fac-teur et l'utilisation de service de soins curatifs) Le seuil de signification était de 0,05.

Une régression linéaire avait permis de retenir les variables réellement explicatives de la faible utilisation de service de soins curatifs par les ménages

Considération éthiques : Les autorisations ont été obtenues auprès de la direction de l'école de santé publique, de la DPS, du Bureau Central de la ZS (BCZS) de Mikalayi, des chefs des secteurs et des Infirmiers Titulaires (IT) de 8 aires de santé concernées.

En vue de garantir le respect de la personne humaine et des autres considérations éthiques (principe de bienfaisance et principe de justice), Une note de consentement éclairé a été élaborée et lue à l'intention de chaque chef de ménage ou son représentant concernée par l'enquête ; des explications étaient fournies sur la méthodologie et les objectifs de cette

étude ainsi que sa contribution éventuelle sur l'amélioration l'état de santé de la population à travers la réduction de la morbi-mortalité dans la zone de santé Mikalayi.

Chaque chef de ménage ou son représentant enquêté, avait ainsi donné son consentement libre à participer à cette étude. Pour garantir la confidentialité, les données ont été anonymisées ; codifiées et les fiches de l'enquête ont été gardées en sécurité par l'investigateur principal.

Résultats : Au total un échantillon aléatoire de 390 répondants tirés des ménages de la ZS Mikalayi a été interrogé sur l'utilisation des services de santé. Les données ont été collectées du 15 au 20 mai 2023, et les chefs des ménages ou leurs représentants ont été questionnés sur l'utilisation de service de soins curatifs au cours de 2 semaines ayant précédées notre enquête. Les résultats ci-après ont été obtenus :

Tableau 1 : Répartition des enquêtées selon les caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturelles

Variables	Effectif	%	Médiane (EI)	Min-Max
Age (ans)			40 (32-47)	18-75
18 à 29	67	17		
30 à 60	303	78		
Plus de 60	20	5		
Niveau de scolarité				
Sans niveau d'étude	64	16		
Primaire achevé	165	42		
Secondaire achevé	150	38		
Supérieur/universitaire achevé	11	3		
Profession				
Chômeur	21	5		
Fonctionnaire de l'état	62	16		
Commerçante	11	3		
Débrouillard	25	6		
Cultivateur	271	69		
Statut matrimonial				
Marié	363	93		
Célibataire	5	1		
Divorcé	9	2		
Veuf(veuve)	13	3		
Statut dans le ménage				
Chef(fe) de ménage	335	86		
Conjointe du chef de ménage	43	11		
Autres	0	0		
Taille du ménage			7((5-9)	2-14
Moins de 3	18	5		
Entre 3 et 6	88	23		
Plus de 6	284	72		
Religion				
Catholique	118	30		
Protestante	94	24		
Kimbanguiste	30	8		
Musulmane	16	4		
Église de réveil	132	34		
Témoins de Jéhovah	0	0		
Autres religions	0	0		
Sexe des enquêtes				
Masculin	225	57,7		
Féminin	165	42,3		
Taille de ménage			7(5-9)	2-14

Variables	Effectif	%	Médiane (EI)	Min-Max
< 3	14	3,6		
3 à 6	93	23,8		
Dépense journalière/FC/Personne			2000(1500-2500)	600-4167
< 3767 FC	288	74		
3767 et plus	102	26		

Tableau II : Connaissance des chefs de ménages ou leurs représentants sur l'utilisation de service de soins curatifs

Variables	Effectif (n= 390)	%
Avoir déjà entendu parler d'ESS dans le milieu		
OUI	388	99,4
NOM	2	0,6
Sources d'information		
Relais communautaires	275	71
Membres des familles	20	5
Radio	5	1
Panneau d'indication / Affiche	90	23
Connaissance des paquets d'intervention offerts dans l'ESS		
Ayant reconnu au moins un service offert	364	93
N'ayant pas reconnu au moins un service	26	7
connaissance sur les avantages de l'utilisation de SSC		
Ayant reconnu au moins un avantage	364	93
N'ayant pas reconnu au moins un avantage	26	7
Les avantages de l'utilisation de SSC citées par les enquêtés		
Meilleure prise en charge	230	59
Recevoir les vaccins, MIILD etc. ...	120	31
Accouchement sécurisé	30	8
Autres	10	2
Conséquence de la non utilisation de SSC citées		
Décès	28	7
Dégradation de la santé	221	57
Autre	8	2
Ne sait pas	133	34
connaissance des enquêtés sur l'appui de la BM dans la ZS		
Connaissance élevée	193	49,5
Sans connaissance	197	50,5

Tableau III : Perception des chefs de ménages ou leurs représentants sur l'utilisation de service de soins curatifs

Variables	Effectif (n= 315)	%
Perception des enquêtés par rapport à l'accueil		
L'accueil était bon	144	46
L'accueil était mauvais	171	54
Perception des enquêtés par rapport au délais d'attente		
Délais d'attente court	144	42
Délais d'attente long	199	58
Perception des enquêtés par rapport à l'issue/l'évolution du problème de santé		
L'issue favorable	205	89
L'issue non favorable	26	11

Tableau IV : Attitudes des chefs de ménages ou leurs représentants face à l'utilisation des SSC par les ménages

Variables	Effectif (n= 390)	%
Opinion des enquêtés sur l'offre de SSC		
Opinion favorable	26	7
Opinion non favorable	364	93
Disposition des enquêtés à utiliser les SSC dans l'avenir		
favorable	164	42
Non favorable	226	58

Tableau V : Pratiques de l'utilisation de service de soins curatifs par les chefs de ménages ou leurs représentants

Variable	Effectif (n=390)	%	IC(95%)(22,0;30,8)
Utilisation de service de soins curatifs			
Oui	103	26,4	
Non	287	73,6	
Different ESS utilisés par les enquêtés			
Hôpital	22	22	
Centre de santé	49	48	
Poste de santé	13	13	
SSC/Agent communautaire	16	16	
Privé	1	1	
Raisons de non Utilisation de SSC évoquées par les chefs de ménages ou leurs représentants			
Manque d'argent	129	45	
Coût trop élevé	88	31	
Mauvais accueil/ Temps d'attente long	63	22	
Automédication	6	2	
Longue distance à parcourir	1	0	

Tableau VI : Facteur associées à la faible utilisation des SSC en analyse bi variable

Variables	Utilisation		OR Brut IC (95%)	p
	OUI	NON		
Age du chef de ménage (ans)				0,843461
Jeune adulte	22	64	0,946373(0,547612 ; 1,636)	
Adulte	81	223	1	
Niveau de scolarité				0,202
Faible niveau d'étude	55	174	0,744(0,473 ; 1,171)	
Niveau d'étude élevé	48	113	1	
Profession				0,844
Sans emploi rémunéré	86	242	0,941(0,511 ; 1,731)	
Avec emploi rémunéré	17	45	1	
Statut matrimonial				0,166
Sans union légitime	4	23	0,464(0,156 ; 1,375)	
En union légitime	99	264	1	
Taille du ménage				0,00*
>5	92	191	4,204 (2,148; 8,229)	
≤5	11	96	1	
Religion				,246
Religion non chrétienne	44	104	1,312(0,830 ; 2,076)	
Religion chrétienne	59	183	1	
NIVEAU SOCIO-ÉCONOMIQUE				0,00*
vivant avec moins de 3767 FC	91	197	3,464 (1,806; 6,647)	
vivant avec plus de 3767 FC	12	90	1	
Niveau de connaissance sur l'appui de la BM dans la ZS				0,012*
Sans niveau	41	156	0,555(0,351 ; 0,878)	
Niveau élevé	62	131	1	
Délais d'attente				0,039*
long	70	147	1,65 (1,02 ; 2,)	
court	33	115	1	
l'issue du problème de santé				0,158
Non favorable	15	11	0,551(0,794 ; 4,140,)	
Favorable	88	117	1	
L'opinion sur l'offre de service de soins curatifs				0,000 *
Non favorable	1	25	0,302 (0,186; 0,489)	
Favorable	102	262	1	
Acceptation d'utiliser le SSC santé dans l'avenir				0,144
Non	51	175	0,62 (0,399 ; 0,988)	
Oui	52	112	1	
ACCUEIL				0,003*
Non appréciée	70	111	2,12(1,299 ; 3,36)	
apprécié	33	111	1	

Tableau VII : Analyse multi variable des facteurs associés à la faible utilisation des SSC

Variables	OR ajusté IC (95%)	p
Taille du ménage		0,001
>6	8,553 (4,112; 17,793)	
≤6	1	
Niveau socio- économique		0,003
vivant avec moins de 3767 FC	3,280 (1,512; 7,115)	
vivant avec plus de 3767FC	1	

Discussion

La présente étude a été menée en vue d'évaluer les facteurs associés à la faible utilisation des services de soins curatifs par les ménages dans la ZSR de Mikalayi, au cours de deux semaines précédant l'enquête. L'analyse des données a révélé que la proportion de l'utilisation des services de santé par les ménages était de 26% (IC 95% 22,0 - 30,8) et que les principaux déterminants étaient le faible niveau socio-économique et la taille de ménages de plus de 6 membres.

Proportion d'utilisation de service de soins curatifs

Notre étude a démontré que l'utilisation des services de soins curatifs par les ménages de la zone de santé de Mikalayi était de 26%. Etant donné qu'aucune enquête ménage sur la même thématique n'a jamais eu lieu dans le passé dans cette entité sanitaire, nos données ont été presque assimilables à celles tirées du logiciel DHIS2 pour l'année 2022, qui faisaient état d'un taux d'utilisation des services de 36%. Ces résultats s'approchent de ceux trouvés par Krishna K. Manya et al, dans une étude menée dans la Zone de Santé Ruashi à Lubumbashi sur les Facteurs limitant l'utilisation des services de soins de santé par les ménages en 2022. Dans cette étude, Le taux de fréquentation des Services de Santé par les ménages des Aires de Santé visitées était de 32,0%. Ils sont supérieurs à ceux trouva au Brésil en 2021, par Marianny Nayara Paiva Dantas et al, dans l'étude menée sur les facteurs associés au faible accès aux service de soins curatifs, qui avait révélé que la proportion de l'utilisation des services de santé était de 18,1%(IC à95%= 16,8-19,4) (26). Ceux trouvé par Dr Karamoto dédé, dans l'étude sur les facteurs déterminants la faible utilisation des soins curatifs du centre de santé communautaire de lassa district de Bamako en 2017 était de 36,9%, et s'approche à nos résultats. (27). Cette faible proportion d'utilisation des services de santé trouvée dans notre étude est superposable celles des autres auteurs prés cités, du fait que, nos différentes enquêtes ont eu lieu dans le milieu rural dans lequel un bon nombre de ménage a un faible niveau de scolarité, un faible niveau de vie, une faible adhésion au programme de planification familiale ainsi qu'une accessibilité aux ESS limitée

Facteurs associés à la faible utilisation des services de santé

Le niveau socio-économique des ménages

Notre étude a trouvé que le faible niveau socio-économique est significativement associé à la faible

utilisation des services de santé par les ménage. Ce résultat est identique à ceux trouvé par d'autres auteurs qui ont travaillé en RDC et ailleurs. C'est le cas de Kisubi Lugano et all qui a trouvé que l'accès aux services de santé été fortement limité pour les ménages vivant avec moins 1,90 dollar par jour et par personne. Cependant, certains auteurs n'ont pas trouvé cette variable comme étant associée à la faible utilisation des services de santé dans certains milieux de la RDC. C'est le cas notamment de TSHAONA TSHIMBADI Patrick (ZS Kisanga) et les autres. Cette disparité serait due à la configuration géographique de la province de Lubumbashi qui est naturellement une province minière. Ce qui n'est le cas avec la ZS de Mikalayi(province du Kasai central), qui est une province agro-pastorale.

La taille des ménages

Notre étude a démontré que les ménages de plus de 6 personnes étaient significativement associés à la faible utilisation des services de santé. Ces résultats sont assimilables à ceux trouvé par plusieurs autres auteurs qui ont travaillés en RDC et ailleurs dans le monde. Nous pouvons citer : EMERY NSUNGU MBUKU et al qui avaient trouvé que les ménages gonflés étaient fortement associés à la faible utilisation des services de santé, du fait que plus la taille du ménage est grande, moins le chef de ménage a la facilité d'accéder aux services de santé. Mais par contre, certains auteurs comme TSHAONA TSHIMBADI Patrick, ont trouvé une relation inverse en la taille de ménage et l'accessibilité aux services de santé. Cette discordance est expliquée du fait que, dans les régions minières où la plupart de ces études ont été menées, les ménages bénéficient d'une assurance maladie auprès de différentes entreprises. Ainsi, les ménages de grande taille ont plus des malades et par conséquent, consultent plus que les ménages de petite taille.

Conclusion

La présente étude a été menée dans la zone de santé de Mikalayi dans le cadre de notre mémoire de master en santé publique. Elle consistait à déterminer la proportion d'utilisation des services de soins curatifs ainsi que les facteurs associés à la faible utilisation des SSC. A l'issue de notre étude, nous avons trouvé que la proportion d'utilisation des services de soins curatifs était de 26%, et avons identifié 2 déterminants à savoir le niveau socio-

économique et la taille des ménages ; tous ces 2 facteurs sont susceptibles d'être corrigés en envisageant les mesures les ciblant : sensibilisation pour la promotion de planification familiale, et la mise en place d'un système d'assurance-maladie/mutuelle de santé. Le revenu et la taille des ménages sont des indicateurs principaux pour l'inaccessibilité aux services de soins curatifs.

Limites de l'étude

Cette étude est susceptible d'être entamée par un biais de classification qui se rapporte au niveau socio-économique des ménages. Les estimations des dépenses des familles ont été faites sur base des allégations des chefs de ménages ou de leurs représentants, qui n'étaient pas toujours fondées sur les calcul objectifs et rationnels, et donc il a été possible de surestimer ou sous estimer les dépenses journalières par individu et par conséquent, le niveau socio-économique.

Recommandations

Au ministère national et provincial de la santé publique : Implémenter le système d'assurance maladie/mutuelle de santé dans la ZS de Mikalayi. A la DDPS et ECZ Mikalayi : Implémenter la PF dans toutes les FOSA de la ZS Mikalayi.

Bibliographie

- [1] Borgès R, Silva D, Contandriopoulos A, Pineault R. Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé : concepts et mesures. 2011;42.
- [2] La CDE, Du D. Journal officiel. 2011;2006:1-89.
- [3] La MDE. LA SANTÉ DANS LE MONDE : de santé essentiels".
- [4] Ngo J, Paper B. Health insurance in low-income countries Where is the evidence that it. 2008;(112).
- [5] État de la santé.
- [6] République Démocratique du Congo Ministère de la Santé et Hygiène Publique. Plan National De Développement Sanitaire 2016-2020.
- [7] Mcdaniel A, Boyda D, Mbuyi N, Kinshasa DPS, Siboko JC, Sg D, et al. Integrating Community Health Program democratic republic of. Ministère de la santé publique,RDC, système d'information sanitaire.
- [8] RAYNAUD H. Le droit à la santé. Med Gen Fr. 1950;10(13):206-9.
- [9] Dossiers LES, Drees DELA. Accès aux soins et pratiques de recours. 2021;
- [10] Prof KWILU NAPPA, cours d'évaluation économique, 2021-2022.
- [11] Mondiale LO. Le travail de l'organisation mondiale de la santé en république du congo. 2021;
- [12] Jacquemot P. Les systèmes de santé en Afrique mis à l'épreuve. Policy Cent New South. 2020;
- [13] Doumbouya ML. Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée
- [14] Frequentation du centre de sante integre de pondila en 2021. 2021;2020-1.
- [15] Fronti S. Rapport 2018. 2019;
- [16] Ministère de la Santé Publique. République Démocratique du Congo, Enquête Démographique et de la Santé. 2014;1-7.
- [17] Access O. Facteurs déterminants la faible utilisation par le ménage du service curatif dans la zone de santé de Pweto, province du Katanga, République Démocratique du Congo en 2013. 2015;8688:1-12.
- [18] Du P, République SEN, Du D, Lugano K, Burhebo C, Victor KM. Fréquentation et accessibilité économique aux soins de santé : zone de santé DE. 2022;
- [19] Manyà KK, Ndjakani PN, Masengo PL, Ngoy NK, Mbutshu HL, Manyà DT. Facteurs limitant l'utilisation des services de soins de santé par les ménages à Lubumbashi , République Démocratique du Congo. 2023;7(1):17-22.
- [20] Séverin M, Fontcha C. République Du Congo. African Disabil Rights Yearb. 2021;7:241-4.
- [21] Sectoriel C. Investir dans le secteur de la sante.
- [22] République Démocratique R, Congo DU, Publique Edes. Les déterminants de l'utilisation des services curatifs et itinéraires thérapeutiques à Lubumbashi (cas de la Zone de Santé Kisanga). 2016;
- [23] Mbuku EN, Ntambu RN, Rutemba EB, Mangombo BT, Lutumba AK. Facteurs associés à l'inaccessibilité des ménages de la zone de sante urbano rurale. 2023;2977-93.
- [24] Translated M. Facteurs associés au faible accès aux services de santé au Brésil. 2021;1-13.
- [25] Déterminants F, Faible DELA, Des U, Du C, Santé CDE, Lassa CDE. Master en Santé Publique Dr Karamoko Dédéou Ibrahim SIMAGA. 2017