

DETERMINANTS DE FAIBLE UTILISATION DE SERVICE DE SOINS DE BASE - CAS DE LA ZONE DE SANTÉ DE N'SELE DE LA VILLE PROVINCE DE KINSHASA -

Par

**Charles BIEMBE BOKOKO BOIKA, Benoit LUKUSA KANKU
et Pie Vincent BOATE NKOMBO**

Doctorants en Sciences Politiques et Administratives, Université de Kinshasa

RESUME

Notre étude portée sur l'étude des déterminants de la faible utilisation de services de soins de base dans la zone de santé de N'sele ville province de Kinshasa, en RDC.

La population cible pour cette étude a été constitué de l'ensemble des chefs de ménage résidants dans la zone de santé de N'sele. La méthode utilisée a été celle de l'enquête complétée par la technique d'interview dirigée à l'aide à l'aide d'un questionnaire fermé et ouvert sur un échantillon probabiliste de 246 sujets. Il ressort de ces résultats que 65% de des enquêtés n'accèdent pas facilement aux soins de qualité. La faible utilisation de services de soins de base est associée au mauvais accueil des personnels soignants, à la distance éloignée du centre de santé. Le niveau d'étude, l'occupation et la ration journalière influencent également l'accès facile aux soins de qualité.

Mots-clés : *Déterminants, faible utilisation, services de soins*

ABSTRACT

Our study focused on the determinants of low utilization of basic health care services in the health zone of N'sele ville, province of Kinshasa, DRC.

The target population for this study was all heads of households residing in the N'sele health zone. The method used was a survey supplemented by a guided interview technique using a closed and open-ended questionnaire on a probability sample of 246 subjects. The results show that 65% of respondents do not have easy access to quality care. Low utilization of basic health care services is associated with poor reception by health care staff, and distance from the health center. Level of education, occupation and daily ration also influence easy access to quality care.

Keywords: *Determinants, low utilization, healthcare services*

I. INTRODUCTION

La santé est définie comme « un état complet de bien-être physique, mental et social ». Elle ne se réduit pas simplement à lutter contre la maladie, c'est avant tout un état général. L'accès aux soins permet aux individus d'accéder aux outils, pratiques et traitements sanitaires nécessaires pour préserver leur santé. Toutefois, les enjeux sanitaires peuvent trouver une certaine résonance entre les États dans un monde globalisé¹.

ALBANZ K., cité par Amina Keren MASUDI, démontre que, le droit aux soins est reconnu au niveau de principes constitutionnels par le préambule de la constitution de 1946 qui « garantit à tous notamment à l'enfant, à la mère, et aux vieux travailleurs, la protection de la santé »².

La mauvaise gouvernance dans les systèmes pharmaceutiques est l'un des facteurs qui contribuent aux écarts d'accès aux médicaments. Identifier les problèmes de gouvernance peut contribuer à renforcer les systèmes pharmaceutiques et, par conséquent, l'accessibilité aux médicaments. L'objectif principal de cette étude est d'identifier les problèmes de gouvernance dans le système d'approvisionnement en médicaments essentiels et de qualité en République Démocratique du Congo.

L'inaccessibilité aux soins de santé de base reste une préoccupation majeure de santé publique dans plusieurs pays du monde et surtout dans les pays en développement où les conditions de vie ne sont pas encore améliorées.

La RDC, pays qui a traversé des situations de crises et de guerres qui ont eu un effet dévastateur sur la situation socio-économique des populations. Dans cette étude, nous nous intéresserons spécifiquement aux questions d'accessibilité financière aux soins dans la Zone de Santé de N'sele. Dans ce même ordre d'idées, nous essayons notamment de déterminer si la faible accessibilité aux soins constatée dans la zone de santé est liée à la tarification des services de soins, et aussi, au manque de moyens financiers de la population d'autant plus que la majorité de celle-ci vit en deçà du seuil de pauvreté³.

Parmi les nombreuses barrières pouvant expliquer les difficultés d'accès à la santé, l'obligation faite à l'utilisateur de payer les prestations de soins représente un obstacle de première ligne. Chaque année, plus de 100 millions d'individus basculent dans la pauvreté du fait des dépenses catastrophiques de santé⁴.

¹ O.M.S, Retour à Alma - Ata, septembre 1978, lu en décembre 2022.

² ALBANZ K., cité par Amina Keren MASUDI, Institut supérieur des techniques médicales I.S.T.M./Goma, 2012, p.1.

³ MINISANTE RWANDA, *Politique de développement des mutuelles de santé au Rwanda*, 2002.

⁴ CAWT Cooperation and working together », en ligne : CAWT <www.cawt.com

L'accessibilité financière et géographique des soins de santé les systèmes de santé des pays de l'OCDE offrent des degrés de couverture très divers dans le domaine des biens et services de santé. Dans la plupart des pays, la prise en charge publique est plus élevée pour les soins hospitaliers et les consultations médicales, tandis que les dépenses directes à la charge des patients sont supérieures pour les médicaments, les soins dentaires et l'optique. Il en résulte une plus grande proportion de besoins en soins non satisfaits pour ces dernières catégories de biens et services de santé. Ainsi, en 2014, en moyenne des pays de l'union européenne, la proportion de personnes faisant état de besoins non satisfaits dans le cadre de l'enquête était plus élevée de 50 % pour les soins dentaires que pour les examens médicaux. En 2015, dans tous les pays européens couverts par l'enquête, les personnes à faibles revenus étaient davantage susceptibles de faire état de besoins de soins non satisfaits que les personnes à hauts revenus. L'écart était particulièrement important en Grèce, en Italie et en Lettonie. Le coût était le motif le plus souvent invoqué par les personnes à faibles revenus pour expliquer leurs besoins non satisfaits en matière d'examen médicaux. L'accès aux soins médicaux nécessite par ailleurs un nombre suffisant de médecins et une répartition géographique adéquate de ces derniers sur l'ensemble du territoire national. La répartition géographique inégale des médecins représente un motif de préoccupation croissant dans de nombreux pays de l'OCDE, surtout ceux qui comportent des zones isolées et peu peuplées⁵.

Néanmoins, l'accessibilité des soins rencontre également certaines limites, dont certains prestataires de soins refusent d'administrer les soins aux patients pour un traitement programmé et cela occasionne un allongement des délais d'attente dans la prise en charge de traitement. De plus, cette égalité d'accès peut être limitée pour des raisons impérieuses d'intérêt général notamment celui de garantir à l'État prestataire un accès suffisant et permanent aux soins qu'il propose. Dès lors, l'État a la possibilité de mettre en place une autorisation préalable pour garantir, mais aussi limiter le remboursement des soins prodigués en dehors de son territoire. Sur ce point, la directive clarifie la règle de l'autorisation préalable⁶.

En effet, les patients peuvent se voir rembourser et peuvent être couverts par les frais avancés. Mais, l'État d'affiliation peut supporter des coûts financiers qui peuvent être particulièrement importants, le mettant potentiellement dans une situation d'endettement auprès de l'État prestataire de soins. De plus, l'accueil de patients supplémentaires suppose une réorganisation des services et un investissement plus lourd dans le matériel de soins. Il apparaît donc d'autant plus capital pour les États de mettre en place

⁵ Directive 2011/24/UE, supra note 29, article 7.

⁶ Françoise PACCAUD, « L'accessibilité des soins : de la coordination des États membres de l'Union européenne à la coopération transfrontalière », in *Revue québécoise de droit international*, vol. 33, numéro 1, 2020.

des partenariats afin de garantir entre autres l'accueil et la prise en charge des patients⁷.

Une enquête menée par le FNNAP au Nigeria relative à la sous-utilisation des services sanitaires, les raisons suivantes ont été avancées : - le mécontentement des patients qui se plaignent de l'engorgement des services sanitaires ; - le mauvais accueil et/ou le manque de motivation du personnel qui peut être dû par l'insuffisance des formations ou aux conditions difficiles (éloignement entre le domicile et le Centre de santé en milieu rural) ; - le coût des soins est au-dessus des moyens de la majorité de la population auquel s'ajoute les frais des médicaments et autres dispositifs médicaux ; - les mauvais états des routes et l'inadéquation des moyens de transport. Ainsi, l'augmentation du coût des soins fait diminuer le taux de fréquentation alors que la baisse des coûts des soins a fait monter le taux de fréquentation⁸.

Sur le plan culturel à Bukavu comme à N'sele dans la ville-province de Kinshasa, la population se caractérise par une négligence et ignorance se manifestant en une sous-utilisation des capacités physiques et intellectuelles pour un travail productif, ce qui entraîne la pauvreté et la mendicité⁹.

En Afrique, la grande majorité (plus de 90% de la population) ne bénéficie d'aucune forme de sécurité sociale : très peu ont un travail régulier, on perçoit un salaire insuffisant pour couvrir les besoins primaires ; ceux qui travaillent dans le secteur informel vivent des revenus irréguliers et instables et doivent payer eux-mêmes les soins de santé..., ainsi on a constaté la baisse d'utilisation des services de santé de 0,28 nouveaux cas par habitant par an en milieu urbain et 0,5 à 0,6 nouveau cas par habitant par an en milieu rural dans les pays en voie de développement. En outre, les maladies chroniques, longtemps considérées, comme le propre des sociétés prospères, ce sont déplacées. Ce sont maintenant les pays à faible ou moyen revenu qui sont le plus touchés, ce qui impose une charge supplémentaire aux systèmes de santé (déjà amoindri dans le budget national) l'appauvrissement, la maladie amputée. C'est dans ce contexte qu'au niveau de l'accessibilité financière, il est estimé que 70% des charges reposent sur les ménages alors que 80% de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté (RDC) cet état des choses est à la base de la faible utilisation des services de santé et la détérioration de la situation sanitaire¹⁰.

Les soins de santé primaires sont la clé du maintien et de l'amélioration de la santé de la population ainsi que de la qualité et de la durabilité du système de soins de santé. De tout ce qui précède, nous nous sommes posé la question

⁷ R. MULANGE KAPEMBWA, *Evaluation de l'accessibilité financière aux soins dans le district sanitaire du Tanganyika : cas de la zone de santé de Kiambi*, Ecole de santé publique, Université de Kinshasa, 2023.

⁸ OCDE, « L'accessibilité financière et géographique des soins de santé », dans *Government at a Glance*, Éditions OCDE, Paris, 2017, p.1.

⁹ KAYUNGURA G., *Recherche et enquête sur terrain*, ISIG-Goma, 2008.

¹⁰ O.M.S, Déclaration d'Alma-Ata sur les SSP, *op. cit.*

suivante : Quels sont les déterminants de la faible utilisation de service de soins de santé de base dans la zone de santé de N'sele ?

II. OBJECTIFS

Objectif général

Notre étude a pour objectif d'étudier les déterminants de la faible utilisation de service de soins de santé de base dans la zone de santé de N'sele.

Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques et économiques des enquêtés ;
- Déterminer la proportion de la population qui accède facilement aux soins de santé de base ;
- Rechercher la relation entre les caractéristiques socio démographiques, économiques et l'accessibilité aux soins de santé de base.
- Formuler les suggestions et conclure.

III. METHODOLOGIE ET MATERIEL

Pour notre étude la population cible est constituée par l'ensemble de chefs de ménage résidant dans la zone de santé de N'sele. L'enquête de chefs de ménage au sein de ménage a porté sur un échantillon probabiliste. Etant donné que notre population est supérieure à 10 000, nous avons appliqué la formule de Fisher ci-après : $n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$

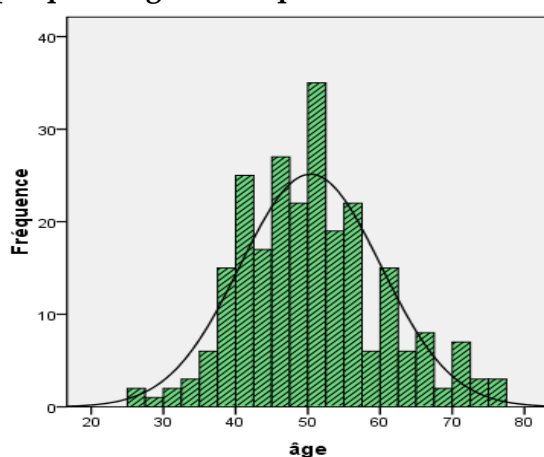
La taille de l'échantillon de notre étude est de 246 chefs de ménage résidant dans la zone de santé de N'sele.

IV. RESULTATS

IV.1 Analyse univariée

I. Caractéristiques sociodémographiques et économiques

Graphique I. Age des enquêtés

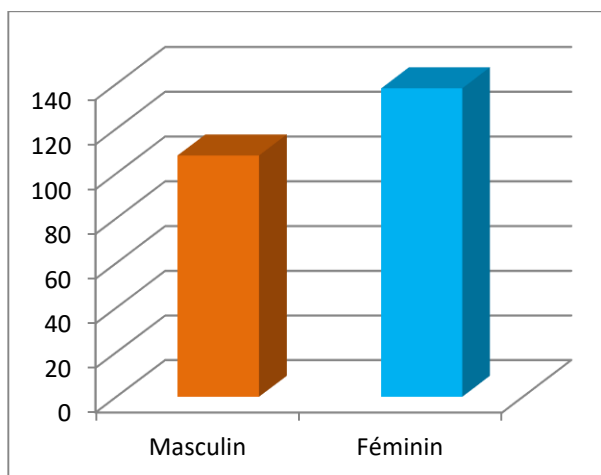


Source : Collecte des données de l'enquête

Le graphique ci-dessus indique que la majorité des enquêtés ont l'âge de 53 ans et plus dont l'âge moyen est de 50ans.

Me=50 Q1=43,75 Q3=55

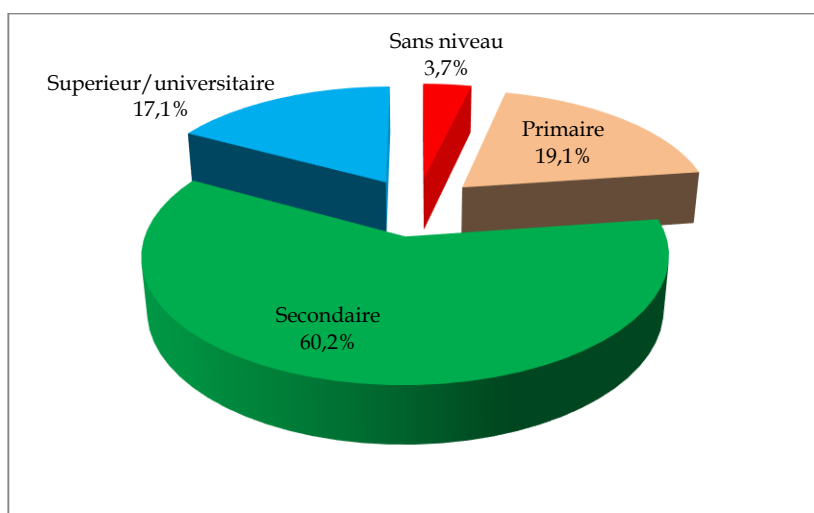
Graphique II. Sexe des enquêtés



Source : Collecte des données de l'enquête indépendante.

Il ressort de ce graphique que le sexe féminin est prédominant (138 soit 56,1%) avec le sexe ratio ou le rapport de féminité qui vaut : $\frac{1,27}{1}$

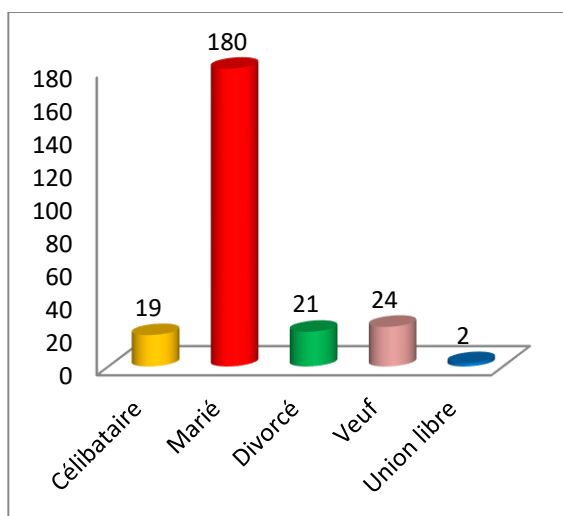
Graphique III. Niveau d'étude des enquêtés



Source : Collecte des données de l'enquête indépendante.

Au regard de ce tableau, il y a plus des enquêtés (60,2%) qui sont du niveau secondaire, suivi de niveau primaire (19,1%) et les universitaires font 17%.

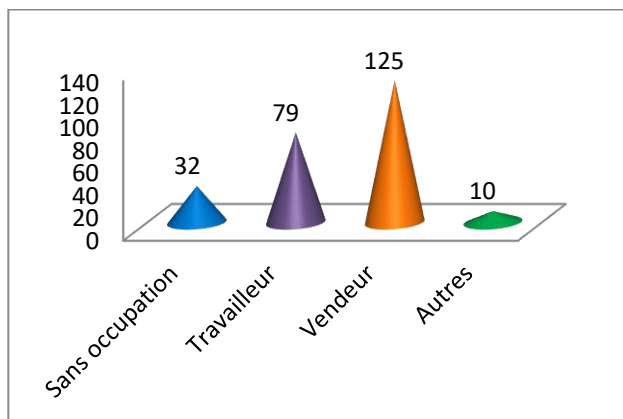
Graphique IV. Etat civil des enquêtés



Source : Collecte des données de l'enquête.

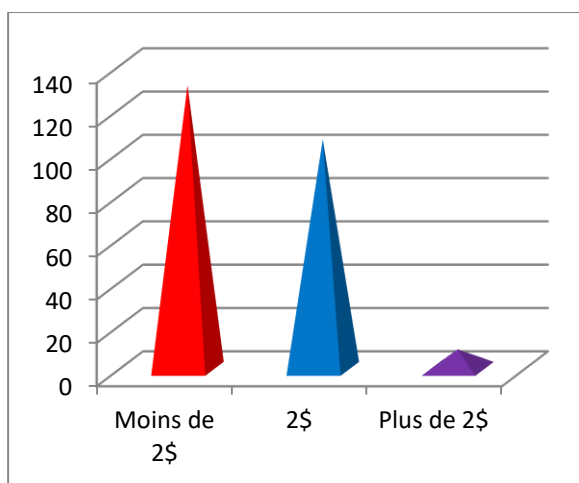
Les données de ce tableau indiquent que 180, soit 73,2% des enquêtés sont mariés suivi de 24, soit 9,8%, qui sont des veufs.

Graphique V. Occupation des enquêtés



Source : Collecte des données de l'enquête indépendante.

Les données de ce tableau indiquent que 125 soit 50,8% sont des vendeurs et 79 soit 32,1% sont des travailleurs.

Graphique VI. Ration journalière des enquêtés

Source : Collecte des données de l'enquête indépendante.

Les données de ce tableau indiquent que 131 soit 53,3% des enquêtés dépensent moins de 2\$ par jour et 106 soit 43,1% dépensent 2\$ par jour.

Tableau 2. Répartition des enquêtés selon le lieu où ils se font traiter

Lieu de soins	Fréquences	%
Centres de santé	93	38
Tradi-praticiens	8	3
Automédication	54	22
Eglises	89	36
Autres (rien faire)	2	1
Total	246	100

Source : Collecte des données de l'enquête indépendante.

Les données de ce tableau montrent que 93 soit 38% des enquêtés ont pointé de doigt les centres de santé et 89 soit 36% ont parlé de tradi-praticiens.

Tableau 3. Répartition des enquêtés selon qu'ils accèdent facilement aux soins de base

Accéder facilement aux soins de qualité	Fréquences	%
Oui	85	35
Non	161	65
Total	246	100

Source : Collecte des données de l'enquête indépendante.

Il ressort de ce tableau que 161 soit 65,4% des enquêtés ont dit qu'ils n'accèdent pas facilement aux soins de base.

Tableau 4. Répartition des enquêtées selon les difficultés d'inaccessibilité aux soins de qualité

Difficultés	Fréquences (n=246)	%
Difficultés financières	162	65,9
Mauvais accueil des personnels soignants	158	64,2
Distance éloignée du centre de santé	115	46,7
Influence du milieu	130	52,8
Autres (croyance)	137	55,7

Source : Collecte des données de l'enquête indépendante.

Au regard de ce tableau, 162 soit 65,9% des enquêtés ont souligné les difficultés financières suivi de 158 soit 64,2% qui ont parlé de mauvais accueil des personnels soignants.

Tableau 5. Répartition des enquêtées selon la distance qui sépare le centre de santé et le domicile

Distance (mètre)	Fréquences	%
<100 mètres	2	1
100-300 mètres	62	25
>300 mètres	182	74
Total	246	100

Source : Collecte des données de l'enquête indépendante.

Dans ce tableau, 182 soit 74,0% des enquêtés ont noté >300 mètres et 62 soit 25,% ont mentionné entre 100-300 mètres.

Tableau 6. Répartition des enquêtées selon le temps parcouru pour atteindre le centre de santé.

Temps (minutes)	Fréquences	%
<15	3	1,2
15-30	178	72,4
>30	65	26,4
Total	246	100

Source : Collecte des données de l'enquête indépendante.

Les résultats de ce tableau indiquent que 178 soit 72,4% des enquêtés parcourent entre 15-30 minutes pour atteindre le centre de santé.

Tableau 7. Répartition des enquêtées selon l'accueil des personnels de santé

Accueil	Fréquences	%
Bon	74	30
Mauvais	172	70
Total	246	100

Source : Collecte des données de l'enquête indépendante.

Il ressort de ce tableau que 172 soit 70% des enquêtés ont noté le mauvais accueil des personnels de santé soit la majorité.

Tableau 8. Répartition des enquêtées selon que le personnel soignant permanent au centre

Etre permanent au centre	Fréquences	%
Oui	240	98
Non	6	2
Total	246	100

Source : Collecte des données de l'enquête indépendante.

Au regard de ce tableau, 240 soit 98% des enquêtés ont accepté que le personnel est permanent au centre soit la majorité.

Tableau 9. Répartition des enquêtées selon que le nombre de personnels soignants suffisant

Si nombre suffisant	Fréquences	%
Oui	62	25
Non	184	75
Total	246	100

Source : Collecte des données de l'enquête indépendante.

Ce tableau précise que 184 soit 75% des enquêtés ont dit que le nombre de personnels soignants n'est pas suffisant.

Tableau 10. Répartition des enquêtées selon qu'il existe une pharmacie au centre de santé

Existence d'une pharmacie	Fréquences	%
Oui	166	68
Non	80	32
Total	246	100

Source : Collecte des données de l'enquête indépendante.

Dans ce tableau, 166 soit 68% des enquêtés ont noté l'existence d'une pharmacie ce qui représente la majorité.

Tableau 11. Répartition des enquêtées selon le coût du traitement

Coût du traitement	Fréquences	%
Bas	71	29
Elevé	175	71
Total	246	100

Source : Collecte des données de l'enquête indépendante.

Les données de ce tableau, 175 soit 71 % des enquêtés ont parlé du coût élevé, soit la majorité tandis que la minorité est de l'ordre de 30%.

Tableau 12. Répartition des enquêtées selon la qualité des soins dispensés dans les centres de santé

Qualité de soins	Fréquences	%
Bonne	85	35
Mauvaise	161	65
Total	246	100

Source : Collecte des données de l'enquête indépendante.

Dans ce tableau, 161 soit 65% des enquêtés ont souligné la mauvaise qualité des soins contre une minorité de 35% qui ont soutenus que les soins étaient de bonne qualité

IV.2. Analyse bivariée

Tableau 13. Accéder facilement aux soins de qualité et l'âge des enquêtés.

Age (an)	Accéder facilement aux soins de qualité					
	Oui		Non		Total	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
25-31	1	1,2	4	2,5	5	2
32-38	5	5,9	9	5,6	14	6
39-45	19	22,4	39	24,2	58	24
46-52	33	38,8	45	28,0	78	32
53 et plus	27	31,8	64	39,8	91	37
Total (n)	85	34,6	161	65,4	246	100

Différence significative ($p < 0,05$)

Source : Analyse inférentielle, SPSS 20

Test exact de Fisher (X^2 de Yates)=3,471 ddl=4 P=0,491

Les résultats de ce tableau montrent que sur 246 sujets enquêtés : 91 soit 37,0% ont l'âge de 53 ans et plus dont 64 soit 39,8% n'accèdent pas facilement aux soins de qualité et 27 soit 31,8% accèdent facilement aux soins de qualité.

Aucune relation statistiquement significative n'a été observée entre l'accès facile aux soins des qualités et l'âge. C'est-à-dire que l'accès facile aux soins de santé ne dépend pas d'âge

Tableau 14. Accéder facilement aux soins de qualité et sexe

Sexe	Accéder facilement aux soins de qualité					
	Oui		Non		Total	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Masculin	39	45,9	69	42,9	108	43,9
Féminin	46	54,1	92	57,1	138	56,1
Total (n)	85	34,6	161	65,4	246	100

Source : Analyse inférentielle, SPSS 20

Différence significative ($p < 0,05$)

X^2 de Yates=0,102 ddl=1 P=0,749

Le tableau ci-dessus indique que 138 soit 56,1% des enquêtés sont de sexe féminin dont 92 soit 57,1% n'accèdent pas facilement aux soins de qualité et 46 soit 54,1% accèdent facilement aux soins de qualité.

Il n'y a pas de relation statistiquement significative entre l'accès facile aux soins des qualités et le sexe. Donc le sexe n'influence pas l'accès facile aux soins des qualités.

Tableau 15. Accéder facilement aux soins de qualité et niveau d'étude

Niveau d'étude	Accéder facilement aux soins de qualité					
	Oui		Non		Total	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Sans niveau	3	3,5	6	3,7	9	3,7
Primaire	14	16,5	33	20,5	47	19,1
Secondaire	44	51,8	104	64,6	148	60,2
Supérieur/universitaire	24	28,2	18	11,2	42	17,1
Total (n)	85	34,6	161	65,4	246	100

Différence significative ($p < 0,05$)

Test exact de Fisher (X^2 de Yates)=10,952 ddl=3 P=0,010

Au regard de ce tableau, 148 soit 60,2% des enquêtés sont du niveau secondaire dont 104 soit 64,6% n'accèdent pas facilement aux soins de qualité et 44 soit 51,8% accèdent facilement aux soins de qualité.

La relation est statistiquement significative ($p < 0,05$) entre l'accès facile aux soins de qualité et le niveau d'étude. Ce qui veut dire que le niveau d'étude peut influencer l'accès facile aux soins de qualité.

Tableau 16. Accéder facilement aux soins de qualité et état civil

Etat civil	Accéder facilement aux soins de qualité					
	Oui		Non		Total	
	Fréq.	%	Fréq.	%	Fréq.	%
Célibataire	6	7,1	13	8,1	19	7,7
Marié	62	72,9	118	73,3	180	73,2
Divorcé	5	5,9	16	9,9	21	8,5
Veuf	11	12,9	13	8,1	24	9,8
Union libre	1	1,2	1	0,6	2	0,8
Total (n)	85	34,6	161	65,4	246	100

Différence significative ($p < 0,05$)

Test exact de Fisher (X^2 de Yates)=2,971 ddl=4 P=0,566

Les données de ce tableau indiquent que 180 soit 73,2% des enquêtés sont mariés dont 118 soit 73,3% n'accèdent pas facilement aux soins de qualité et 62 soit 72,9% accèdent facilement aux soins de qualité.

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'accès facile aux soins de qualité et l'état civil. C'est-à-dire que l'état civil n'influence pas l'accès facile aux soins de qualité.

Tableau 17. Accéder facilement aux soins de qualité et occupation

Occupation	Accéder facilement aux soins de qualité					
	Oui		Non		Total	
	Fréquences	%	Fréquences	%	Fréquences	%
Sans occupation	10	11,8	22	13,7	32	13,0
Travailleur	42	49,4	37	23,0	79	32,1
Vendeur	29	34,1	96	59,6	125	50,8
Autres	4	4,7	6	3,7	10	4,1
Total (n)	85	34,6	161	65,4	246	100

Source : Analyse inférentielle, SPSS 20

Différence significative ($p < 0,05$)

Test exact de Fisher (X^2 de Yates)=19,277 ddl=3 P=0,000

Les résultats de ce tableau montrent que 125 soit 50,8% des enquêtés sont des travailleurs dont 96 soit 59,6% n'accèdent pas facilement aux soins de qualité et 29 soit 34,1% accèdent facilement aux soins de qualité.

Il y a une relation statistiquement significative ($p < 0,05$) entre l'accès facile aux soins de qualité et l'occupation. Ce qui veut dire que l'occupation peut influencer l'accès facile aux soins de qualité.

Tableau 18. Accéder facilement aux soins de qualité et ration journalière

Ration journalière	Accéder facilement aux soins de qualité					
	Oui		Non		Total	
	Fréquences.	%	Fréquences	%	Fréquences	%
Moins de 2\$	31	36,5	100	62,1	131	53,3
2\$	50	58,8	56	34,8	106	43,1
Plus de 2\$	4	4,7	5	3,1	9	3,7
Total (n)	85	34,6	161	65,4	246	100

Source : Analyse inférentielle, SPSS 20

Différence significative ($p < 0,05$)

Test exact de Fisher (X^2 de Yates)=14,852 ddl=2 P=0,001

Au regard de ce tableau, 131 soit 53,3% des enquêtés dépensent moins de 2\$ par jour dont 100 soit 62,1% n'accèdent pas facilement aux soins de qualité et 31 soit 36,5% accèdent facilement aux soins de qualité.

La relation est statistiquement significative ($p < 0,05$) entre l'accès facile aux soins de qualité et la ration journalière. C'est pour dire que la ration journalière peut influencer l'accès facile aux soins de qualité.

IV.3. Analyse multivariée

Tableau 19. Régression sur la faible utilisation de service des soins de santé de base (n=246)

Variables indépendantes	ß	E.S	P	EXP. OR	IC pour OR (95%)
Variable dépendante : Faible utilisation de service des soins de santé de base					
Mauvais accueil des personnels soignants	7,236	1,326	0,000**	1,389E3	103,301-1,867E4
Distance éloignée du centre de santé	-1,180	1,134	0,029*	0,307	0,033-2,835
Sexe	17,218	3,680E3	0,996	3,005E7	0,000-.....
Constante	-20,608	3,680E3	0,996	0,000	

Source : Analyse inférentielle, SPSS 20

*p<0.05 **p<0.01

Dans ce modèle, nous avons examiné la faible utilisation de service des soins de santé de base avec le mauvais accueil des personnels soignants, la distance éloignée du centre de santé, le sexe et d'autres co-variables. Ce tableau montre que la faible utilisation de service des soins de santé de base est associée (P<0,01) (OR=1,389E3) au mauvais accueil des personnels soignants, (P<0,05) (OR =0,307) à la distance éloignée du centre de santé, tandis que le sexe n'est pas associé à la faible utilisation de service des soins de santé de base.

V. DISCUSSION

Nous avons évalué et comparé les caractéristiques sociodémographiques et économiques. Notre jugement était que les déterminants de la faible utilisation de service de soins de santé de base seraient les difficultés financières, le mauvais accueil des personnels soignants, distance éloignée du centre de santé, influence du milieu...

Dans les pays à haut ou moyen revenu, les soins de santé primaires s'entendent essentiellement au premier niveau des soins. Par contre, dans les pays à bas revenu, où l'accès aux soins de santé se heurte encore à de graves difficultés, on les considère davantage comme une stratégie applicable à l'échelle du système.

Il est utile de considérer que les soins de santé primaires couvrent à la fois des principes clés et une série variable d'activités de bases (OMS, 2011). Les graphiques indiquent que la majorité des enquêtés ont l'âge de 53 ans et plus dont l'âge moyen est de 50,36±9,763 ; le sexe féminin est prédominant (138 soit 56%), il y a plus des enquêtés (60%) qui sont du niveau secondaire suivi de niveau primaire (19%), 180 soit 73% des enquêtés sont mariés suivi de 24 soit 10% qui sont des veufs, 125 soit 51% sont des vendeurs et 79 soit 32% sont des travailleurs et 131 soit 53% des enquêtés dépensent moins de 2\$ par jour et 106 soit 43% dépensent 2\$ par jour.

Le taux d'utilisation des structures de santé dans la plupart des villes asiatiques et africaines est relativement faible et ceci, constituant ainsi un problème de santé publique (OMS, 2011). Il ressort du tableau 3 que 161 soit 65% des enquêtés ont dit qu'ils n'accèdent pas facilement aux soins de qualité.

De manière générale, en RDC, les structures sanitaires manquent d'équipements, de matériels de base et de médicaments. En cas d'urgence, les moyens d'évacuation des malades et des blessés sont quasiment inexistantes, dans un environnement où des infrastructures adaptées n'existent pas ou ont été endommagées. Au regard du tableau 4, 162 soit 66% des enquêtés ont souligné les difficultés financières suivi de 158 soit 64% qui ont parlé de mauvais accueil des personnels soignants.

Dans le tableau 5, 182 soit 74% des enquêtés ont noté >300 mètres et 62 soit 25% ont mentionné entre 100-300 mètres.

Les études évaluatives des programmes en Afrique subsaharienne effectuées en 2009 ont montré que dans cette région le faible accès et l'utilisation des structures de santé sont redoutables ; 70% des cas des maladies en zones rurales et 50% en zones urbaines sont traitées à domicile. Les résultats du tableau 6 indiquent que 178 soit 72% des enquêtés parcourent entre 15-30 minutes pour atteindre le centre de santé.

Il ressort du tableau 7 que 172 soit 70% des enquêtés ont noté le mauvais accueil des personnels de santé.

Au regard du tableau 8, 240 soit 98% des enquêtés ont accepté que le personnel soignant est permanent au centre soit la majorité.

Le tableau 9 précise que 184 soit 75% des enquêtés ont dit que le nombre de personnels soignants n'est pas suffisant.

Dans le tableau 10, 166 soit 68% des enquêtés ont noté l'existence d'une pharmacie ce qui représente la majorité.

Les données du tableau 11, 175 soit 71% des enquêtés ont parlé du coût élevé.

L'accent mis à l'échelle mondiale dans le domaine de santé, sur l'accès aux soins de santé primaires date d'une trentaine d'années. C'est à l'occasion de la conférence d'Alma-Ata, organisée à l'initiative de l'OMS et de l'UNICEF en Septembre 1978 que cette notion a été définie et théorisée. Contrairement à ce que cette expression pourrait laisser entendre, il ne s'agit pas des soins basiques, simples et compartimentés, mais des réponses aux besoins immédiats qui priment sur les autres, des individus (OMS et UNICEF, 2008). Dans le tableau 12, 161 soit 65% des enquêtés ont souligné la mauvaise qualité des soins contre une minorité de 35% qui ont soutenu que les soins étaient de bonnes qualités.

Les résultats du tableau 13, montrent que sur 246 sujets enquêtés : 91 soit 37% ont l'âge de 53 ans et plus dont 64 soit 40% n'accèdent pas facilement aux soins de qualités et 27 soit 32% accèdent facilement aux soins de qualités. Aucune relation statistiquement significative n'a été observée entre l'accès facile aux soins des qualités et l'âge. C'est-à-dire que l'accès facile aux soins de santé ne dépend pas d'âge.

Le tableau 14, indique que 138 soit 56% des enquêtés sont de sexe féminin dont 92 soit 57% n'accèdent pas facilement aux soins de qualité et 46 soit 54% accèdent facilement aux soins de qualité. Il n'y a pas de relation statistiquement significative entre l'accès facile aux soins des qualités et le sexe. Donc le sexe n'influence pas l'accès facile aux soins des qualités.

Au regard du tableau 15, 148 soit 60% des enquêtés sont du niveau secondaire dont 104 soit 65% n'accèdent pas facilement aux soins de qualité et 44 soit 52% accèdent facilement aux soins de qualité. La relation est statistiquement significative ($p < 0,05$) entre l'accès facile aux soins de qualité et le niveau d'étude. Ce qui veut dire que le niveau d'étude peut influencer l'accès facile aux soins de qualité.

Les données du tableau 16, indiquent que 180 soit 73% des enquêtés sont mariés dont 118 soit 73% n'accèdent pas facilement aux soins de qualité et 62 soit 34% accèdent facilement aux soins de qualité. Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'accès facile aux soins de qualité et l'état civil. C'est-à-dire que l'état civil n'influence pas l'accès facile aux soins de qualité.

Les résultats du tableau 17, montrent que 125 soit 51% des enquêtés sont des travailleurs dont 96 soit 60% n'accèdent pas facilement aux soins de qualité et 29 soit 34% accèdent facilement aux soins de qualité. Il y a une relation statistiquement significative ($p < 0,05$) entre l'accès facile aux soins de qualité et l'occupation. Ce qui veut dire que l'occupation peut influencer l'accès facile aux soins de qualité.

Les soins de santé de base font partie intégrante du système de santé nationale, dont ils sont la cheville ouvrière du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Au regard du tableau 18, 131 soit 53% des enquêtés dépensent moins de 2\$ par jour dont 100 soit 62% n'accèdent pas facilement aux soins de qualité et 31 soit 37% accèdent facilement aux soins de qualité. La relation est statistiquement significative ($p < 0,05$) entre l'accès facile aux soins de qualité et la ration journalière. C'est pour dire que la ration journalière peut influencer l'accès facile aux soins de qualité.

En RDC, la sous-utilisation des structures de santé sévit également. En 2004, 70% de la population, n'avaient pas ou avaient très peu, accès à des soins de santé et dont 37% n'avait aucune forme des soins de santé. Le désengagement de l'Etat depuis 1982 a augmenté de façon dramatique le coût des soins laissant les services de santé hors la portée des populations les plus pauvres. Les demandes des rémunérations complémentaires sont courantes et les patients insolubles sont souvent gardés de force dans des hôpitaux jusqu'à ce qu'ils s'acquittent des soins reçus. Le tableau 19, montre que la faible utilisation de service des soins de santé de base est associée ($P < 0,01$) ($OR = 1,389E3$) au mauvais accueil des personnels soignants, ($P < 0,05$) ($OR = 0,307$) à la distance éloignée du centre de santé, tandis que le sexe n'est pas associé à la faible utilisation de service des soins de santé de base.

VI. CONCLUSION

La faible utilisation de service des soins de santé de base reste une préoccupation majeure de santé publique dans plusieurs pays du monde et surtout dans les pays en développement où les conditions de vie ne sont pas encore améliorées.

Les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé nationale, dont ils sont la cheville ouvrière du développement économique et social de l'ensemble de la communauté.

La santé implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels et du stade de l'embryon, voir des gamètes à celui de la personne âgée. Notre étude avait pour objectif d'étudier les déterminants de la faible utilisation de service de soins de santé de base dans la zone de santé de N'sele, ville province de Kinshasa, en RDC.

Notre hypothèse était que les déterminants de la faible utilisation de service de soins de santé de base seraient les difficultés financières, le mauvais accueil des personnels soignants, la distance éloignée du centre de santé, l'influence du milieu... La proportion de la population qui accède facilement aux soins de santé de base serait faible. Et il existerait une relation significative entre les caractéristiques socio-démographiques, économiques et l'accessibilité aux soins de santé de base.

Nous avons recouru à la méthode d'enquête, à la technique d'interview et revue documentaire et à l'échantillonnage probabiliste. L'étude est transversale descriptive. Le traitement des données a été fait en SPSS 20 où les données ont été saisies, codifiées, nettoyées pour l'analyse.

Tenant compte de nos résultats, l'hypothèse est partiellement confirmée car la faible utilisation de service des soins de santé de base est associée ($P < 0,01$) ($OR = 1,389E3$) au mauvais accueil des personnels soignants, ($P < 0,05$) ($OR = 0,307$) à la distance éloignée du centre de santé, tandis que le sexe n'est pas associé à la faible utilisation de service des soins de santé de base. Pour la proportion, l'hypothèse est confirmée, sur 246 sujets enquêtés : 161 soit 65% des enquêtés ont dit qu'ils n'accèdent pas facilement aux soins de qualité.

Et concernant les caractéristiques socio démographiques et économiques, l'hypothèse est confirmée (la relation est statistiquement significative ($p < 0,05$) entre l'accès facile aux soins de qualité et le niveau d'étude, l'occupation, la ration journalière) sauf l'âge, le sexe et l'état civil.

Nous espérons que ces indicateurs serviront de base pour prendre de décisions et orienter les informations nécessaires sur les soins de santé de base auprès de la population dans le but de rendre accessible les soins de santé de base et améliorer l'état de santé de toute la population.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CAWT Cooperation and working together », en ligne : CAWT <www.cawt.com
2. Directive 2011/24/UE, supra note 29, article 7.
3. KAYUNGURA G., *Recherche et enquête sur terrain*, ISIG-Goma, 2008.
4. MINISANTE RWANDA, *Politique de développement des mutuelles de santé au Rwanda*, 2002.
5. MULANGE KAPEMBWA R., *Evaluation de l'accessibilité financière aux soins dans le district sanitaire du Tanganyika : cas de la zone de santé de Kiambi*, Ecole de santé publique, Université de Kinshasa, 2023.
6. O.M.S, Retour à Alma - Ata, septembre 1978, lu en décembre 2022.
7. OCDE, « L'accessibilité financière et géographique des soins de santé », dans *Government at a Glance*, Éditions OCDE, Paris, 2017.
8. PACCAUD Françoise, « L'accessibilité des soins : de la coordination des États membres de l'Union européenne à la coopération transfrontalière », in *Revue québécoise de droit international*, vol. 33, numéro 1, 2020.