



Listes de contenus disponibles sur: [Scholar](#)

REVENUS DES MENAGES ET ACCES AUX SOINS DE SANTE DE QUALITE ALA ZONE DE SANTE DE KIMBANSEKE, KINSHASA/RDCONGO

Journal homepage: ijssass.com/index.php/ijssass

REVENUS DES MENAGES ET ACCES AUX SOINS DE SANTE DE QUALITE ALA ZONE DE SANTE DE KIMBANSEKE, KINSHASA/RDCONGO ☆

BAMUSHINA MUKENA Hélène ^a, DIMOKE OKITO Franck ^b, MUSOLI MATUNGA Evariste ^c, LYAMBA KIRONGOZI Claudine ^d, ONAMA SHINANDUNGU Grâce ^e, KAKULE MUSINDUA Mike ^e, NOMOPUANE KABUDRI Catherine Marie ^f, MAHESHE SIFA Jeanne ^g, SENKER NDIMBA Bob ^g

- A. Chef de travaux, ISTM KINSHASA
- B. Chef de travaux, ISTM KISANGANI
- C. Assistant, ISTM KINSHASA
- D. Chef de travaux, ISTM KINSHASA
- E. Assistante, ISTM KINSHASA
- F. Chef de travaux, ISTM KISANGANI
- G. Chef de travaux, UPN
- H. Chef de travaux, UPN.

Received 12 August 2023; Accepted 22 February 2024
Available online 18 March 2024

ARTICLE INFO

Keywords:

chefs des ménages

revenus

accessibilité aux soins de santé

ABSTRACT

L'accès des personnes à faibles revenus aux services sociaux de base est limité par les difficultés de coût élevé des soins. L'objectif principal était de déterminer le lien qui existerait entre les revenus des ménages et l'accès aux soins de santé de qualité dans la Zone de santé de Kimbanseke à Kinshasa en RDC. Une étude descriptive transversale à visé analytique a été menée auprès de 370 chefs des ménages. Par la méthode d'enquête, avons obtenu les résultats suivants : 66,9% étaient de non-salariés ; 58% étaient issus des ménages dont la taille variait entre 3 à 5 personnes et 92,4% étaient de couple monogame ; 61,9% précisaient l'impact positif des dépenses sur l'accès aux soins de santé de qualité. 50,3% Marchent à pied et d'autres déclarent que la distance à parcourir pour atteindre le lieu des soins est longue. L'état civil, le niveau d'études et la profession du chef de ménage, le type de couple, la taille de ménage, ont eu une association avec l'impact des dépenses sur l'accès aux soins de santé de qualité avec l'appréciation du coût des soins par la population ($p < 0,05$). En définitive, nous disons que dans notre milieu d'étude, le revenu des ménages pose d'énormes problèmes à l'accès aux soins de santé de qualité et cette difficulté nécessite de faire l'objet d'une préoccupation majeure du gouvernement tant national que provincial.

The access of low-income people to basic social services is limited by the difficulties of high cost of care. The main objective was to determine the link that would exist between household income and access to quality health care in the Kimbanseke Health Zone in Kinshasa in the DRC. A cross-sectional descriptive study with analytical purposes was carried out among 370 heads of households. By the survey method, we obtained the following results: 66.9% were self-employed; 58% came from households whose size varied between 3 to 5 people and 92.4% were from monogamous couples; 61.9% specified the positive impact of spending on access to quality health care. 50.3% Walk on foot and others say that the distance to travel to reach the place of care is long. The marital status, level of education and occupation of the head of the household, the type of couple, the size of the household, had an association with the impact of expenditure on access to quality health care with the appreciation of the cost of care by the population ($p < 0.05$). Ultimately, we say that in our study environment, household income poses enormous problems for access to quality health care and this difficulty requires being the subject of major concern from both the national government and than provincial

INTRODUCTION

L'accès des personnes à faibles revenus aux services sociaux de base est limité par les difficultés de coût élevé, éloignement, mauvaise qualité et inadéquation de la prestation, entraves sociales et absence d'aide et le prix des remèdes étant onéreux. Lors de la conférence internationale sur les soins de santé primaire tenue à ALMA ATA en 1978, il a été déclaré que les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. (B.SENKER et Al, 2022). L'un des principaux objectifs sociaux que s'étaient fixés les gouvernements, les organisations internationales et la communauté internationale toute entière au cours des dernières décennies était de donner à tous les peuples du monde, jusqu'à l'an 2000, un niveau de santé qui leur permettrait de mener une vie socialement et économiquement productive (Denis, et al 2018).

Les deux décennies qui se sont écoulées depuis la déclaration d'ALMA ATA n'ont pas connu de progression rapide et régulière vers l'idéal fixé, à savoir des soins de santé de base accessibles pour tous. La situation mondiale est très hétérogène de nombreux pays démantèlent en effet leurs mécanismes de protection sociale au lieu de les entendre (OAKLEY P. 2018), (Averil and Marriott 2019).

Les inégalités d'accès aux soins de santé alarmantes, (EMERY NSUNGU et AL, 2023), 100 millions de personnes par an sombrent dans la pauvreté à cause du coût de leur frais de soins médicaux. Pour 150 millions d'autres, les dépenses médicales représentent près de la moitié de leurs revenus. Beaucoup de pays ne connaissent pas de systèmes de protections sociales, d'assurance maladie abordable aux services de santé publics (OMS, 2017).

Les données tendanciennes de certaines zones de santé

montre que l'accès aux soins de santé peut augmenter de façon significative lorsque le tarif des consultations et le prix des médicaments baissent (et que leur qualité augmente) grâce à la mise en place de programmes d'aide extérieures (Banque mondiale, 2017). Compte tenu des conditions sociales et économiques que traverse la République Démocratique du Congo en générale, et particulièrement la zone de santé de Kimbanseke, le revenu des ménages semble ne pas être à même de couvrir les besoins primaires de nos concitoyens car les charges sont multiples (PNUD 2019). Il subsiste donc beaucoup de problèmes liés à la santé et dont les répercussions sur la société tout entière ne peuvent laisser indifférent tout observateur avisé. En fin, nous avons constaté que certains ménages de cette Zone de santé semblent ne pas prévoir, dans leur revenus, la part qui revient à l'accès aux soins de santé de qualité, étant donné que les dépenses de santé sont qualifiées des dépenses catastrophiques, une population qui n'a pas accès aux subventions ni aux mutuelles de santé ne peut pas y faire face.

Au vu de ce qui précède, nous nous posons la question de savoir l'impact du revenu des ménages de la Zone de santé de Kimbanseke sur l'accès aux soins de santé de qualité et nous estimons que les revenus des ménages de la Zone de santé de Kimbanseke auraient un impact négatif sur l'accès de la dite population aux soins de santé de qualité. L'objectif général du présent travail était de déterminer la relation qui existerait entre les revenus des ménages et l'accès aux soins de santé de qualité.

Pour y parvenir, nous nous sommes fixés objectifs ci-après : évaluer l'impact du revenu et l'accès aux soins de santé de qualité au sein des ménages de la Zone de santé de Kimbanseke ; Analyser les déterminants de l'accessibilité des ménages aux soins de santé de qualité ; Dégager des mesures des politiques

économiques à l'attention de pouvoir publique en vue d'améliorer l'accès des populations de la Zone de santé de Kimbanseke aux soins de santé de qualité ; Formuler des recommandations permettant d'augmenter le taux d'accès de la population de la Zone de santé de Kimbanseke aux soins de santé de qualité ; Déterminer l'appartenance de la population aux organes de Co-paiement des soins tels que : les agences d'assurances santé et/ou la mutuelle de santé dans la Zone de santé de Kimbanseke.

II. MATERIELS ET METHODES

II.1. MATERIELS

II.1.1. Présentation du Milieu et aspect géographique

Notre étude s'est déroulée dans la Zone de santé de Kimbanseke. La province de Kinshasa se subdivise en 35 Zones de santé dont la Zone de santé de Kimbanseke qui est bornée au Nord Est et Nord-Ouest respectivement par les Zones de santé de Biyela et de Kingasani, à l'Est par la rivière Bansimba qui la sépare de la Zone de santé de Biyela et à l'Ouest par la Zone de santé de N'djili, au Sud-Ouest par la Zone de santé Kisenso, au Sud-Est par la Zone de santé de N'sele et Mont- Ngafula I. Elle s'étend sur une superficie de 15km², avec 11 aires de santé qui sont : Bahumbu, Bamboma, Boma, Esanga, Kimfuta, Kutu, Mangana, Maviokele, Mbuala, Nsumabua et Salongo. Elle est parsemée des vallées et collines et surtout des ravins. Sa population est généralement pauvre et vit des activités maraîchères et s'adonne plus à la médecine traditionnelle et une multitude de sectes religieuses enveniment cette Zone dont l'église des noirs berceaux de cas de résistance à la campagne de vaccination de masse.

L'accessibilité par route est difficile en général, à l'exception de l'aire de santé de Bahumbu et Kutu qui

logent l'avenue de la 2^{ème} République, qui sépare de part et d'autres les aires de santé Mangana, Nsumabua et Mbuala marécageuses et subissent les inondations pendant la saison de pluie occasionnant le déplacement des certains ménages avec risque d'apparition des épidémies (cholera, fièvre typhoïde, paludisme, rougeole, fièvre jaune, etc.).

II.2. METHODES

Population Cible et Echantillon

Notre population cible a été constituée des chefs des ménages de la Zone de santé de Kimbanseke. De cette population, nous avons tiré notre échantillon à étudier suivant des critères d'inclusion et d'exclusion dont devrait faire partie de cette recherche, des chefs des ménages de la Zone de santé de Kimbanseke et surtout ceux qui étaient disponibles à répondre au questionnaire de l'enquête.

Méthodes d'échantillonnage

Dans cette étude, nous avons procédé par un échantillonnage probabiliste simple des ménages répartis en grappes. Chaque grappe correspondait à une Aire de santé.

II.2.2.2. Taille de l'échantillon

Pour calculer la taille de l'échantillon, nous avons utilisé la formule de Fisher suivante :

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q}{d^2}$$

Légende.

Za : Risque d'erreur à 95 % (1,96)

n: taille d'échantillon

P= la proportion ou prévalence de l'utilisation de service de santé est estimée à 0,5

q= 1-p=1-0,5=0,5

d= degré de précision qui est égal à 5% ou 0,05 en terme de proportion

D'où

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,50 \times 0,50}{(0,05)^2} = 384 \text{ sujets}$$

Par convenance nous avons considéré 96,3% de la taille calculée. Ainsi notre échantillon est passé de 384 à 370 sujets à enquêter. Soit $384 \times 96,3\% / 100 = 370$

II.4. Méthode, Technique et Instrument de collecte

III. RESULTATS

III.1 .1. Résultat de l'analyse Uni-variée

Tableau.III-1.Repartition Selon les Données Sociodémographiques les Enquêtes

VARIABLES	EFFECTIF (n=370)	%
Age		
15 à 30ans	51	13,8%
31ans et plus	319	86,2%
État civil		
Célibataire	93	25,1%
Divorcé	39	10,5%
Marié	179	48,3%
Union libre	13	3,5%
veuf /veuve	46	7,2%
Profession		
Non salarié	248	66,9%
Salarié	122	33,1%
Niveau d'études		
Instruite	323	87,4%
Non instruite	47	12,6%
Type de couple		
Monogame	342	92,4%
Polygame	28	7,6%
Taille de ménage		
3-5personnes	215	58,0%
6-10personnes	138	37,2%
11et plus	17	4,5%

Source : Analyse de nos enquêtes

Au regard du tableauIII-1, beaucoup parmi les enquêtés avaient l'âge variant entre 31 ans et plus (86,2%), mariés pour la plupart (48,3%) ; instruits (87,4%) et non-salariés (66,9%). Aussi beaucoup parmi les personnes enquêtées

des données

Nous avons recouru à la méthode d'enquête ainsi, nous avons utilisé la technique d'enquête par interview à l'aide d'un questionnaire préétabli, qui est un moyen qui nous a permis de collecter les données sur terrain.

beaucoup étaient issus des ménages dont la taille variait entre 3 à 5 personnes (58,0%) et de couple monogame (92,4%)

TableauIII-2. Source De Financement et Impact des Dépenses des Soins de Santé Sur le Revenu Des Ménages

VARIABLES	EFFECTIF (n=370)	%
L'impact des dépenses des soins de santé sur le revenu des ménages		
Négatif	141	38,1%
Positif	229	61,9%
Sources de financement des soins de santé		
Méconnu	39	10,5%
Recette propre	279	75,1%
Ressources extérieures	52	14,0%
Connaissance sur provenance des recettes propres		
Non	122	33,1%
Oui	248	66,9%
Sources des recettes propres		
Achat des soins par la population	226	61,1%
Partenaire de la santé	26	7,0%
Ignorées	118	31,9%
Coût soins		
Abordable	265	71,6%
Coûteux	13	3,5%
Moins cher	26	7,0%
Très cher	66	17,8%

Source : Analyse de nos enquêtes

Selon le tableau.III-2, un nombre important de nos enquêtés soulignent l'impact positif des dépenses des soins de santé sur le revenu des ménages (61,9%), la source de financement la plus dominante relève des recettes propres (75,1%) et ces dernières (recettes propres) proviennent de l'achat des soins par la population (61,1%) .

TableauIII-3. Cout des Soins, Apport des Partenaires et Difficultés Rencontrées par la Population et Résolution en cas de Persistance des Difficultés

VARIABLES	EFFECTIF (n=370)	%
Ménage supportant le coût des soins		

Non	198	53,5%
Oui	172	46,5%
Difficultés rencontrées par les ménages		
Pauvreté	79	21,4%
Pouvoir achat faible	172	46,5%
Sous-alimentation	27	7,3%
Rien dit	92	24,9%
Autres difficultés ménage		
Déscolarisation des enfants	56	15,1%
Paiement tardif du loyer	47	12,7%
Paiement des frais académiques	147	39,7%
Rien dit	120	32,4%

Source : Analyse de nos enquêtes

Au regard du tableau.III-3, près de la moitié des enquêtés ne supportent pas facilement le coût des soins (53,5%), la difficulté majeure demeure le pouvoir d'achat faible (46,5%) et paiement tardif des frais académiques des enfants étudiants (39,7%).

TableauIII-4. Cout des Soins, Apport des Partenaires et Difficultés Rencontrées par la Population et Résolution en cas de Persistance des Difficultés (suite)

VARIABLES	EFFECTIF (n=370)	%
Entendu parler musa		
Non	185	50,0%
Oui	185	50,0%
Ménage ayant adhéré à la mutuelle de santé		
Non	291	78,6%
Oui	79	21,4%
Résolution en cas des difficultés de paiement soins		
Recours aux aides familles	55	14,9%
Recours aux emprunts	223	60,3%
Automédication et recours à la médecine traditionnelle	92	24,9%
Recours médecine traditionnelle		
Non	40	10,8%
Oui	330	89,2%
Recours à l'automédication		

Non	26	7,0%
Oui	344	93,0%

Source : Analyse de nos enquêtes

Il ressort de ce tableau III-4, qu'en cas de persistance des difficultés, les alternatives suivantes sont envisagées par les ménages : recours à la médecine traditionnelle (89,2%), recours à l'automédication (93,0%).

Tableau.III-5. Répartition Selon l'accessibilité Géographique et Recours à la Chambre de Prière

VARIABLES	EFFECTIF (n=370)	%
Recours à la chambre de prière		
Non	13	3,5%
Oui	357	96,5%
Distance à parcourir		
Longue	186	50,3%
Courte	184	49,7%
Moyens de transport		
A pieds	186	50,3%
Par moto	92	24,9%
Par taxi	78	21,1%
Par voiture personnelle	14	3,8%

Source : Analyse de nos enquêtes

Selon le tableau.III-5, la grande majorité des enquêtés fait recours à la chambre de prière en cas de persistance des difficultés relatives aux dépenses des soins de santé (96,5%). Aussi pour près de la moitié, la distance à parcourir pour atteindre le lieu des soins est longue (50,3%) et beaucoup marchent à pieds (50,3%).

III.1.2 Résultats de l'analyse Bi variée

Tableau.III-6. L'association entre l'impact des dépenses des soins de santé sur le revenu des ménages et les données sociodémographiques

VARIABLES	Impact des dépenses sur l'accès aux de santé de qualité (n=370)		Khi-carré	P
	Négatif	Positif		
Âge				
15 à 30ans	24(47,0%)	27(53,0%)		

31ans et plus	117(36,7%)	202(63,3%)	2,00	0,156
État civil				
Célibataire	39(41,9%)	54(58,1%)		
Divorcé	13(33,3%)	26(66,7%)		
Marié	63(35,9%)	116(64,1%)		
Union libre	7(53,8%)	6(45,2%)		
Veuf /Veuve	19(41,3%)	27(58,7%)	67,97	0,0001
Niveau d'instruction de l'épouse				
Instruite	94(33,9%)	183(66,1%)		
Non instruite	13(32,5%)	27(67,5%)	0,03	0,857

Source : analyse de nos enquêtes

Il relève du tableau.III-6 que les aspects suivants : l'état civil a eu une association avec l'impact des dépenses sur l'accès aux soins de santé de qualité ($p<0,05$).

TableauIII-7.L'association entre l'impact des dépenses des soins de santé sur le revenu des ménages et les données sociodémographiques (suite)

VARIABLES	Impact des dépenses sur l'accès aux soins de santé de qualité (n=370)		Khi-carré	P
	Négatif	Positif		
Niveau d'études du chef de ménage				
Instruit	107 (33,8%)	210 (66,2%)		
Non instruit	26(49,1%)	27(50,9%)	4,61	0,0316
Profession de l'épouse				
Non salarié	41(19,3%)	171(80,7%)		
Salarié	66(62,9%)	39(37,1%)	59,47	0,0001
Profession du chef de ménage				
Non salarié	41(23,6%)	133(76,4%)		
Salarié	92(46,9%)	104(53,1%)	21,87	0,0001

Source : analyse de nos enquêtes

Il relève du tableauIII.-7 que les aspects suivants : le niveau d'études du chef de ménage, la profession de l'épouse et la profession du chef de ménage ont eu une association avec l'impact des dépenses sur l'accès aux soins de santé de

qualité ($p < 0,05$).

Tableau.III-8. L'impact des dépenses sur l'accès aux soins de santé de qualité et les aspects suivants : Type de couple, taille de ménage

VARIABLES	Impact des dépenses sur l'accès aux soins de santé de qualité (n=370)		Khi-carré	P
	Négatif	Positif		
Type de couple				
Monogame	140(36,4%)	202(63,6%)		
Taille de ménage				
3-5personnes	124(59,0%)	91(41,0%)		

Source : analyse de nos enquêtes

Il relève du tableau III-8 que les aspects suivants : le type de couple, la taille de ménage ont eu une association avec l'impact des dépenses sur l'accès aux soins de santé de qualité ($p < 0,05$).

Tableau.III-9. L'impact des dépenses des soins de santé sur l'accès aux soins de santé de qualité et les aspects suivants : coût des soins et les difficultés rencontrées par les ménages

VARIABLES	Impact des dépenses sur l'accès aux soins de santé de qualité (n=370)		Khi-carré	P
	Négatif	positif		
Coût soins				
Abordable	120(45,3%)	145(54,7%)		
Difficultés dans le ménage				
Pauvreté	13(16,5%)	66 (83,5%)		
Pouvoir d'achat faible	80(46,5%)	92(53,5%)		
Rien dit	53(57,6%)	39(42,4%)	2,3591	0,307

Source : Analyse de nos enquêtes

Il relève du tableau.III-9. Que les aspects suivants : les difficultés rencontrées par les ménages ont eu une association avec l'impact des dépenses sur l'accès aux soins de qualité ($p < 0,05$).

Tableau.III-10. L'impact des dépenses sur l'accès aux soins de qualité et les aspects suivants : Présence d'un partenaire, Ménage ayant adhéré à la mutuelle de santé et la distance à parcourir pour atteindre le lieu des soins

VARIABLES	Impact des dépenses sur l'accès aux soins de santé de qualité (n= 370)		Khi-carré	P
	Négatif	Positif		
Présence d'un partenaire				
Non	60(45,5%)	75(54,5%)		
Oui	81(28,8%)	154(71,2%)	3,61	0,0571
Distance à parcourir				
Courte	66(35,9%)	118(64,1%)		
Longue	80(43,0%)	106(57,0%)	1,97	0,1599
Ménage ayant adhéré à la mutuelle de santé				
Non	93(32,0%)	198(68,0%)		
Oui	53(67,1%)	26(32,9%)	32,09	0,0001

Source : Analyse de nos enquêtes

Il relève du tableau.III-10 que le fait d'avoir adhéré à la mutuelle de santé par le ménage a eu une association avec l'impact des dépenses sur l'accès aux soins de santé de qualité ($p < 0,05$).

IV. DISCUSSION

Les crises que traverse la République Démocratique du Congo depuis bientôt quinze ans ont plongé la majorité de la population dans un état de pauvreté chronique, limitant financièrement leurs accès aux soins de santé de qualité. Le système public de santé est tombé assez bas, l'utilisation moyenne des établissements des soins reste inférieure à 0,25 contacts par personne et par an. Un adage des économistes de santé publique dit que : « *la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût* », (B.SENKER, 2023).

Cherchant toujours à jouir d'une bonne santé, l'homme, une fois malade, n'hésite pas à dépenser d'importantes sommes d'argent afin de recouvrer sa santé. Or, pour avoir accès aux soins de santé de qualité, les coûts ne doivent pas être prohibitifs pour les économies de ménages et de la nation. C'est alors qu'intervient le rôle protecteur de l'Etat et celui que joue la solidarité aussi bien nationale qu'internationale.

Si l'Etat congolais a pu remplir ses obligations pendant un certain temps, jusqu'au début des années 90, c'était grâce à l'appui de ses partenaires bilatéraux et multilatéraux. Mais avec l'accélération des crises il s'est relâché dans ce rôle premier de financer la santé en concentrant une part importante de son budget aux priorités politico-militaires.

Le pouvoir régulateur de l'Etat ayant disparu, plusieurs mécanismes se sont imposés de facto pour financer les soins de santé. C'est aux bons soins privés et des associations confessionnelles qu'est laissée la détermination des conditions d'accès aux soins ; Mais à quel prix ? C'est l'anarchie caractérisé par une prolifération des établissements de soins (dispensaires, cabinets médicaux, pharmacies, points de vente des médicaments et vendeurs ambulants des médicaments) fixant impunément les conditions d'accès aux soins de santé. Ainsi chacun pratique le prix qu'il juge rentable

par rapport à ses investissements.

Les conséquences de ce désengagement de l'Etat sont le transfert de la charge des soins sur les économies des ménages en affectant profondément les plus pauvres. Selon une étude publiée, les ménages dont les revenus sont les plus faibles renoncent aux soins en raison des coûts de santé. Ils consacrent 10% de leur revenus pour leur santé contre seulement 3% pour les ménages les plus riches, le revenu influe encore grandement sur l'état de santé et l'accès aux soins.

Des multiples facteurs freinent l'amélioration rapide de la santé de la population. Cependant, ces sont des facteurs liés au revenu qui conduisent au faible niveau général de la santé, l'accès des pauvres selon leurs propres perceptions aux services sociaux de base est limité par les difficultés suivantes, classées par l'ordre décroissant, entre autre : le coût élevé, éloignement, mauvaise qualité et inadéquation des prestations, entraves sociales et absence d'aide.

Ils évoquent souvent l'élévation des coûts comme raison principale de non consultation en cas de maladie. Le prix des remèdes étant onéreux, les pauvres malades estiment inutile d'aller voir à temps un docteur ou l'infirmier car leurs moyens financiers ne leur permettent pas souvent d'honorer les frais d'ordonnance. Par ailleurs, suite à l'initiative de Bamako, de nombreux pays africains ont introduit la participation de la population au financement des médicaments, de primes de motivation aux personnels soignants ou de frais de fonctionnement.

En lien avec l'âge, Notre étude a révélé que 319 enquêtés soit 86,2% étaient âgés de 31 ans et plus, ce résultat s'approche de ceux trouvés par NGOLO K. sur l'étude similaire menée en 2018 dont l'âge des chefs de ménages dans leurs majorités était compris entre 30 et 31 ans, cette situation se justifierait par le fait que cette tranche d'âge représenterait la population active de la RDC, selon le rapport d'UNFPA 2017. En ce qui concerne l'état civil, la majorité des enquêtés étaient des mariés, représentant 179 enquêtés soit (48,3%) ces résultats s'éloignent légèrement de ceux trouvés par

BAUMA K. Dans son enquête sur la part des soins de santé dans le revenu des ménages en 2010, dans laquelle il avait trouvé que 43,7% des enquêtés étaient des mariés alors que les célibataires étaient majoritaire avec 46,6% .Cette situation se justifierait par les aspects socio-culturelle, du fait que en milieu urbain, la majorité des ménages est tenu par les célibataires par contre dans le milieu rural ou urbano-rural, les majorités des ménages est tenu par les mariés. Ce qui semble être le cas de la zone de sante qui a fait l'objet de notre étude. Aussi beaucoup parmi les personnes enquêtées étaient issus des ménages dont la taille variait entre 3 à 5 personnes soit (58, 0%) et de couple monogame (92, 4%). Ces résultats sont proches de ceux trouvés par TSHAONA T. dans son étude sur les déterminants de l'utilisation de services curatifs et itinéraire Thérapeutique en (2018), et celui de MUSHIGALU qui avait trouvé que la plupart des ménages enquêtés soit (89,0%) étaient issues des ménages dont la taille comprenait 3 à 5 personnes en 2005 ,et aussi de KAKULE dans son Étude menée en 2018 sur les déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages.(KAKULE, 2018) . Ces résultats ne corroborent pas à ceux trouvé par CILUNDIKA dans son Étude sur les facteurs déterminants la faible utilisation des ménages aux services curatifs dont la taille des ménages enquêtés étaient constitués de 6-10 personnes soit (64,4%).

En rapport avec l'âge, ces résultats ont montré que l'âge minimale des enquêtés était de 15 ans par contre l'âge maximale était de 77 ans, la moyenne d'âge de ménage était de 86, 2%. Ces résultats se différencient légèrement à celui de KAKULE en 2018. Qui avait trouvé que l'âge minimal des chefs des ménages était de 19 ans par contre l'âge maximal était égal à 77 ans dans son Étude déjà cité ci- haut.

En rapport avec le niveau d'études, nous constatons que 323 de nos enquêtés soit (87, 4%) étaient instruits. Ce résultat ne corrobore pas à celui trouvé par KAKULE soit (54, 3%), des répondants étaient instruites (KAKULE op.cit.), cependant qu'ils corrobore avec les

résultats d'EMERY NSUNGU et Al,2023.

Notre étude révèle que 248 enquêtés soit (66,9%) des chefs des ménages étaient de non-salariés. ces résultats concordent avec ceux trouvé par GOMEZ qui a rapporté un pourcentage de 66,3 % dans son étude similaire. Cella se justifierait par la conjoncture socio-économique du pays ou la masse démographique est constituée des gens sans emploi, par conséquent ne pouvant pas avoir un salaire à la fin de chaque mois. Aussi 342 enquêtés soit 92,4 % étaient de couple monogame. Ces résultats n'ont pas trouvé un rapprochement avec d'autres études menées ailleurs pour cause de non inclusions de ces variables. dans cette étude nous avons constaté que 229 enquêtées soit 61,9% soulignent l'impact positif des dépenses des soins de santé dans le revenu des ménages, la source de financement la plus dominante relève de recettes Propre soit 75,1%, et ces derniers (recettes Propre) proviennent de l'achat des soins par la population soit 61,1%, et le coût de soins était abordable soit 71,6%.

Ces résultats n'ont pas trouvé un rapprochement par rapport aux études réalisées ailleurs. Cela s'expliquerait par le fait que beaucoup des ménages sont souvent appelés à se privé de leur besoins pour accéder aux services sanitaire.

Notre étude nous montre qu'il y a eu une association entre; la profession de l'épouse et la profession du chef de ménage avec l'impact des dépenses sur l'accès aux soins de santé de qualité ($P < 0,05$). Ces résultats corroborent à ceux trouvé par TSHAONA T. déjà cité. Concernant cette étude la taille des ménages, coût des soins ont eu une association avec l'impact des dépenses des soins de santé sur le revenu des ménages ($P < 0,05$). Ces résultats se rapprochent à ceux trouvé par (MUSHIGALUSHA, 2018 op.cit.). Et ceux trouvé par KAKULE déjà cité (2012). Ces résultats étaient similaires à ceux trouvé par TSHAONA T. (2016) Déjà cité.

Par rapport à l'affiliation à l'assurance maladie nous avons constaté que les ménages ont eu une association avec l'impact des dépenses des soins de santé sur le

revenu de ménage ($P < 0,05$). Concernant notre étude : l'âge, État civil, niveau d'études de l'épouse, niveau d'études du chef de ménage, profession de l'épouse et profession du chef de ménage ont eu une association avec l'appréciation du coût de soins par les ménages ($P < 0,05$). Ces résultats ont trouvé une similitude avec les résultats trouvés par les auteurs cités précédemment. Notre étude montre que ; le type de couple, taille de ménage, difficultés rencontrées par le ménage ayant adhéré à la mutuelle de santé ont eu une association avec l'appréciation du coût des soins par le ménage ($P < 0,05$). Ces résultats ont trouvé un rapprochement avec ceux des auteurs précédents. En rapport avec notre étude ; le recours à l'automédication, recours à la chambre de prière, recours à la médecine traditionnelle et source de financement des soins de santé ont eu une association avec l'appréciation ($p < 0,05$)

V. CONCLUSION

Cette étude a porté sur les revenus des ménages et l'accès aux soins de santé de qualité dans la Zone de santé de Kimbanseke. L'objectif principal était de déterminer le lien qui existe entre les revenus des ménages et l'accès aux soins de santé de qualité dans la Zone de santé de Kimbanseke à Kinshasa en RDC. Pour atteindre cet objectif, une étude descriptive transversale à visé analytique a été effectuée, à ladite zone de santé dont les renseignements ont été collectés par un questionnaire d'enquête dûment rempli par les chefs des ménages. Nous avons procédé avec un échantillon de 370 enquêtés dans les ménages à l'aide d'un questionnaire préétabli. Après analyse des données, nous avons obtenu les résultats suivants : 86,2 % de nos enquêtés avaient l'âge variant entre 31 ans et plus, 48,3% de nos enquêtés étaient des mariés, 87,4% de nos enquêtés étaient instruits, 66,9% étaient de non-salariés, Parmi les enquêtés 58% étaient issus des ménages dont la taille variait entre 3 à 5 personnes et 92,4% étaient de couple monogame, 61,9% de nos enquêtés soulignent l'impact positif des dépenses sur l'accès aux soins de santé de qualité.

L'état civil, le niveau d'études du chef de ménage, la profession de l'épouse et la profession du chef de ménage, le type de couple, la taille de ménage ont eu une association avec l'impact des dépenses sur l'accès aux soins de santé de qualité avec l'appréciation du coût des soins par la population ($p < 0,05$).

En définitive, dans notre milieu d'étude, le faible revenu des ménages pose d'énormes problèmes à l'accès aux soins de santé de qualité qui par la suite, confirme notre hypothèse de départ et cette difficulté nécessite de faire l'objet d'une préoccupation majeure du gouvernement tant national que provincial.

SUGGESTIONS

1. Aux autorités politico-administratives et sanitaires :

-De réorganiser le système national de santé, de manière à rapprocher la population des structures de soins de santé, De renforcer le système de couverture de santé universelle par la création des mutuelles de santé dans la Zone de santé de Kimbanseke en vue d'aider la population d'accéder aux soins de santé de qualité pour améliorer l'état de bien-être de la population, La mise en œuvre de stratégies d'intervention pour l'élaboration des projets de développement cela veut dire ; équiper les centres de santé tout proche de la population y compris le financement adéquat pour aider la population d'accéder aux soins de santé de qualité.

2. Aux prestataires des soins de santé :

De restaurer et de promouvoir la santé, de soulager la souffrance de la population et d'aider celle-ci dans les derniers instants de la vie ; De garantir l'éthique en santé, l'équité dans la distribution des soins de santé et des services de santé ; la solidarité communautaire et l'humanisation des services de santé

3. A la population

Éviter les soins de santé inappropriés à domicile et l'automédication ainsi que des pratiques traditionnelles douteuses, De collecter de fonds chaque mois porte par porte pour renforcer la caisse de la solidarité sociale et d'assurance maladie en vue de

répondre à leurs besoins et aider les personnes vulnérables incapables de s'auto prendre en charge

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Audibert et Mathonnat (2019) : Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, éd. Karthala, Paris, Septembre.
2. Averil et Marriott(2018) : famille de recensement dans les ménages privés.
3. A.Silem et al(2019), lexique de l'économie, 7^{ième} éd, Dalloz, Paris cedex.
4. Bauma K, (2017) : part de soins de santé dans le revenu des ménages, cas du groupement Kamuruza en RDC.
5. Banque Mondial, (2017), Rapport mondial de suivi : la couverture santé universelle.
6. Bere et al.,(2019) : Economie politique contemporain, 2^{ème} édition.
7. Bezbakh et al., (2018), dictionnaire de l'économie, la rousse le monde, Paris, 2000
8. Bosserelle : économie générale. Ed. Hachette ; paris 2000
9. Cilundika P, et Al(2013); facteurs déterminants la faible utilisation par le ménage dans le service de santé.
10. Dennis et al(2018) : Déterminant au recours des soins de santé
11. Gilson(2019) : revue internationale des droits économiques
12. INSD, (2019) : Etat des lieux des inégalités multidimensionnelles
13. Kakule M, (2018). Étude de déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages de la zone de santé d'uvira (province du sud- Kivu en RDC).
14. Luboya et al. (2017), organisation des services sanitaire EPS-UNILU
15. Micro robert(2017), Dictionnaire d'apprentissage
16. Minisanté /RDC(2013).Amélioration de l'accès aux services de santé en RDC : le rôle de l'assurance, Kinshasa.
17. Mushigalusha (2018) : étude du déterminant socio-économique de l'utilisation des services de santé par les ménages de la zone de santé de Kadutu en RDC
18. NGolo k. (2018), accessibilité financière aux soins curatifs : mode de paiement pour l'équité et la solidarité des ménages
19. Oakey p. (2018) : facteurs déterminants de la confiance inter organisationnelle
20. Oms, (2017) : financement des soins de santé
21. Oms, (2019): santé publique internationale.
22. Picheral(2017) : Mots et concepts de la géographie de la santé
23. PNUD (2019), pauvreté et condition des vies des ménages dans la province de l'équateur
24. Russell (2018) : racine multiple de revenu de base
25. Sir J .R Hicks(2019) : Enquête sur divers principes fondamentaux de la théorie économique sur le revenu
26. Thompson et Witter (2018) : Evaluation du bien-être économique
27. Tshaona T. (2018) : Déterminants de l'utilisation des services de santé
28. UNFPA(2017) : Rapport sur l'état de la population mondiale
29. Wenu.B. (2018) : Recherche scientifique : théorie et pratique, Lubumbashi, éd. connaissance.

☆ REVENUS DES MENAGES ET ACCES AUX SOINS DE SANTE DE QUALITE ALA ZONE DE SANTE DE KIMBANSEKE, KINSHASA/RDCONGO