

Les facteurs déterminants l'utilisation des services curatifs dans la ZS de MWANA, Province du Sud-Kivu

[The factors determining the use of curative services in the MWANA health zone, Province of South Kivu]

Nkusi Barhambulira Pascal^{1,2}, Ciribagula Nkulwe Rodrigue¹, Galibwa Kulimushi Alexis¹, Zihindula Rukengwa Venant¹, Kiza Mashauri Willy², and Ilutelo Mboboci Jefferson²

¹Centre de Recherche en Sciences Naturelles de LWIRO « CRSN-LWIRO », Direction Scientifique de Bukavu, Province du Sud-Kivu, RD Congo

²Bureau Central de la Zone de Santé de MWANA « BCZ-MWANA », Province du Sud-Kivu, RD Congo

Copyright © 2025 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: This work aimed to contribute to the identification of the socio-economic determinants of use of curative services in the MWANA health zone, during the year 2023. The data being collected by survey questionnaire at 311.

The data were entered and analyzed in Excel and using JASP 0.18.1.0 software (descriptive statistics, binomial test and CHAPIRO WILK test. To obtain the results, we randomly selected two sub-Villages in each area of health Once in the AS, the direction to take was drawn at random by the so-called «bottle» method. With the random number table, the investigators had to draw a house at random. and start the survey with this house They had to continue the survey with the second closest house and so on until reaching the required number of households.

The results show that the Prayer Room is the subject of the first therapeutic recourse with 41% of our respondents followed by pharmaceutical pharmacies and health structures not integrated by the area, then it allowed us to describe the socio-economic characteristics of the households such as non-membership of mutual health insurance (95.5%), poverty (75.7%), religious belief (73%) and low level of education (64.4%) negatively impacting use of curative services the health zone; 81% of expenses are oriented towards health for respondents who used the integrated curative service and only 26% are oriented towards health for respondents who used informal routes.

KEYWORDS: determinants, socio-economic, use, curative service.

RESUME: Ce travail avait comme objectif de Contribuer à l'identification des déterminants socioéconomiques d'utilisation de service curatif dans la Zone de santé de MWANA, au cours de l'année 2023. Les données étant collectées par questionnaire d'enquêtes chez 311.

Les données ont été saisies et analysées en Excel et à l'aide du logiciels JASP 0.18.1.0 (statistiques descriptives, test binomial et test de CHAPIRO WILK. Pour atteindre les résultats, nous avons tiré au hasard deux sous-Village dans chaque aire de santé. Une fois dans l'AS, la direction à prendre a été tirée au hasard par la méthode dite de la « bouteille ». Avec la table des nombres aléatoires, les enquêteurs ont eu à tirer une maison au sort et à commencer l'enquête par cette maison. Ils ont eu à continuer l'enquête avec la deuxième maison la plus proche et ainsi de suite jusqu'à atteindre le nombre de ménages requis.

Les résultats montrent que, la Chambre de prière fait l'objet du premier recours thérapeutique avec 41% de nos enquêtés suivi des officines pharmaceutiques et des structures sanitaires non intégrées par la zone, ensuite elle nous a permis de décrire les caractéristiques socio-économiques des ménages telles que la non appartenance à la mutuelle de santé (95,5%), la pauvreté (75,7%), la croyance religieuse (73%) et le niveau d'étude bas (64,4%) impactant négativement l'utilisation de service curatif de la zone de santé; 81% des dépenses sont orientées à la santé pour les enquêtés qui ont utilisé le service curatif intégré et seulement 26% sont orienté à la santé pour les enquêtés qui ont utilisé les itinéraires informels.

MOTS-CLEFS: déterminants, socioéconomiques, utilisation, service curatif.

1 INTRODUCTION

Au monde, dans les pays où l'accès aux soins de santé n'est pas généralisé, de nombreux facteurs peuvent empêcher les femmes et les enfants de recevoir des soins de santé quand ils en ont besoin.

Selon l'enquête EMMUS III menée en l'Haïti, 41 % des personnes sérieusement blessées ou malades n'ont pu être amenées à des institutions de soins en raison du coût très élevé. 40 % des malades ont par ailleurs déclaré que le choix de la structure de santé avait été déterminé par le coût des soins [1].

La participation communautaire assure à l'ensemble de la population l'accès aux services de soins de santé primaires et restaure la confiance des usagers dans les services de santé publics. En plus, il avait pour but d'accélérer l'accès des populations africaines aux soins de santé primaires (SSP) de qualité à la population du monde entier [2].

En Afrique subsaharienne une Problématique sur la participation communautaire se dégage malgré des améliorations notables, Outre une insuffisance de financement, une des raisons du retard en matière de santé en Afrique subsaharienne s'ajoute le dysfonctionnement et la faible performance des systèmes de santé. Depuis la fin des années 1980, les ménages n'utilisaient guère les services publics de santé (le nombre de consultation par personne et par an oscillait jusque vers la fin des années 2000 entre 0,3% et 0,6% selon les régions. Les causes de cette faible utilisation ont été étudiées et elles sont relatives à la barrière financière. 10% de la charge totale de morbidité du continent africain en dépendent [3].

On estime que l'approche communautaire dans le domaine de la santé peut contribuer à combler les manques en service au sein de la communauté. Également les membres de la communauté devraient participer de façon active et s'impliquer en vue du maintien et de l'amélioration de leur état de santé, au lieu de se contenter d'être uniquement des bénéficiaires des services offerts par les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux [4].

Malgré les efforts fournis pour l'implantation des services de Soins de Santé Primaires au cours de quatre dernières années, l'accessibilité et l'utilisation des services par la population demeurent très faible pour l'ensemble d'interventions du Paquet Minimum dans les aires de santé. Seulement 20% de la population utilise couramment les services de santé, par conséquent les taux de mortalité infanto-juvénile de la RDC est parmi le plus élevé d'Afrique Subsaharienne. Ils sont respectivement de 92 et de 148 décès pour 1000 naissances vivantes. Les populations vivant dans les milieux enclavés ou éloignés des formations sanitaires doivent se contenter des services des RÉCO alors que les populations vivant en milieu urbanisé, proches des Fosa (moins de 5km ou d'une heure de marche), ont l'opportunité de consulter des Fosa tenues par des professionnels de la santé [5].

Il a été montré que 81.5% des patients sont en effet obligés de s'endetter ou de vendre leurs récoltes, leurs terres, ou leurs bétails, pour payer les soins de santé. Le taux d'accès aux soins de santé oscille entre 35 et 45%. Tenant compte des indicateurs de santé, 40 à 50% seulement de la population ont accès aux soins de santé. Parmi les problèmes cités, c'est la disponibilité de l'argent pour le traitement (69 %) qui constitue l'obstacle aux soins de santé le plus fréquemment mentionné par les femmes. [6].

L'OMS souligne que, plus de 30 millions des Congolais n'accèdent pas à des soins de santé de qualité suite au processus de participation communautaire non adapté [7].

La province du Sud-Kivu a atteint une moyenne d'utilisation curative de 55% en 2020, et en 2021 il y a eu une régression aboutissant à la moyenne de 52%, un indicateur qui prouve qu'il y a une faible utilisation du service curatif des formations sanitaires intégrées de la province en se basant aux normes standards de référence selon OMS [8].

Les deux dernières zones de santé ayant tiré la province vers le bas sont la Zone de santé de KADUTU avec 22% en 2020⁸ et la Zone de santé de MWANA avec 29% en 2020 et 25,8% en 2021 ce qui Montre que plus de 70% de la population de la zone de santé de Mwana n'ont pas consulté les services curatifs des qualités [8]-[9].

2 MATERIELS ET METHODES

2.1 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude transversale.

2.2 MILIEU D'ETUDE

L'étude a été menée dans La ZS de MWANA située dans le territoire de MWENGA, à cheval sur deux chefferies BURHINYI et LUHWINJA, Le BCZ est localisé à MULAMBI à environ 87km de la ville de BUKAVU, La ZS compte 15 CS et 10 PS. Trois FOSA offrant le PCA: HGR IFENDULA, CH KAKWENDE et CH MUDUSA/ORANGE, Population: 164021 habitants en 2022, Superficie: 508Km, Densité: 323 habitants par km² avec Deux confessions religieuses principales: Protestante et Catholique.

La population flottante est constituée des miniers artisanaux et industriels ainsi que les militaires, policiers et leurs dépendants. Et Le relief est montagneux avec un climat est tropical de deux saisons dont la saison de pluie et celle sèche [9].

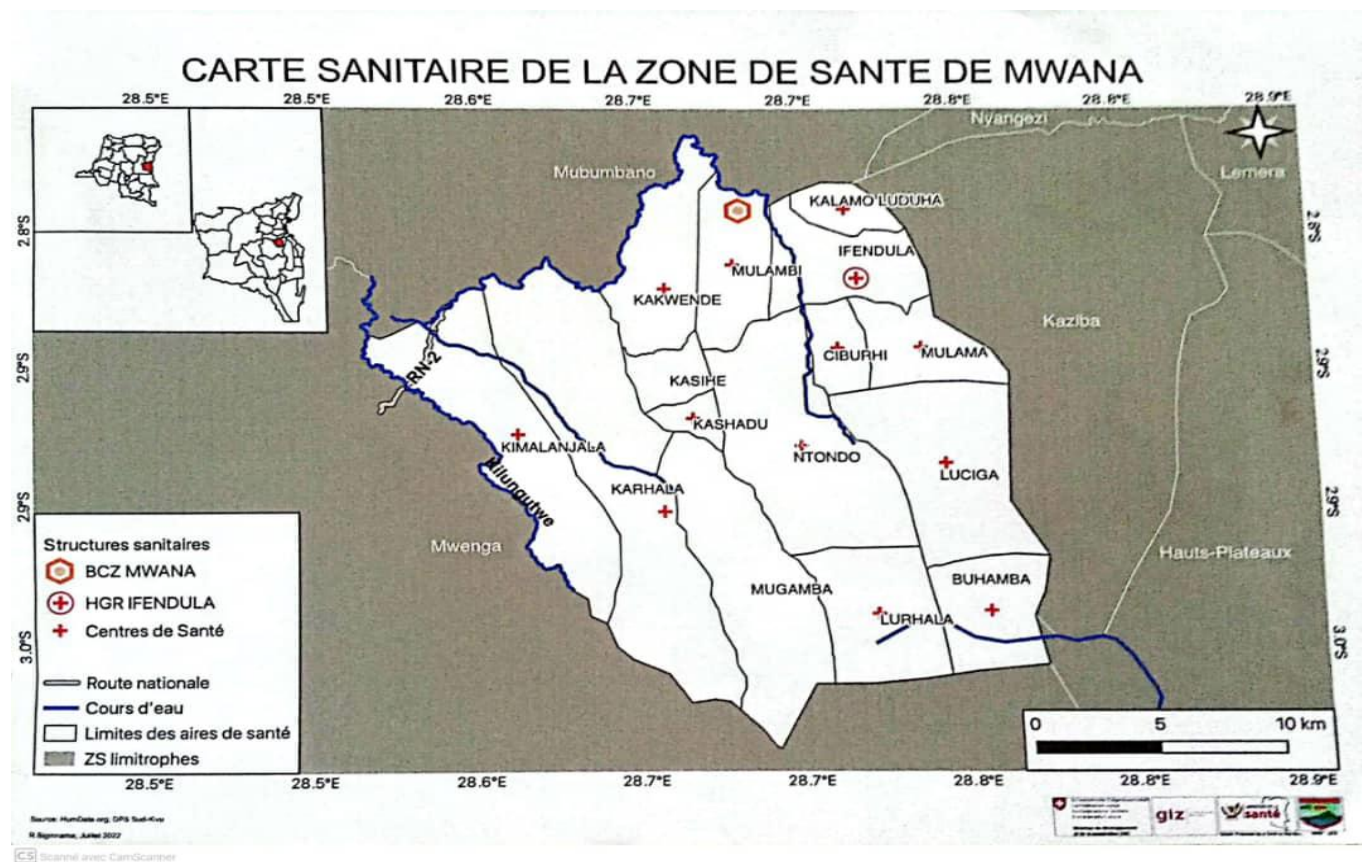


Fig. 1. Carte sanitaire de la zone de santé de Mwana

2.3 COLLECTE DES DONNÉES

Calcul de la taille d'échantillon: Notre taille de l'échantillon a pris en compte la méthodologie de l'étude choisie selon ses objectifs, le questionnaire d'enquête a été adressé aux chefs de ménages ou leurs délégué/conjoint, la formule de Shwarts [11] a été utilisée:

$$n \geq \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

D'où :

n: taille de l'échantillon

d: degré de précision voulu (0.05)

Z: est le coefficient de confiance pour un degré de confiance à 95 %.

Ce coefficient est égal à 1.96, au seuil de signification égale à 5%

p: proportion des personnes supposées utilisées les services de santé (taux d'utilisation des services)

q: proportion de la population qui ne fréquente pas le service (q=1-p).

Comme ce taux est à 25,8% à peu près 26% dans la ZS sur 50% qui constitue la norme minimale recommandée par l'OMS, le calcul de la taille de l'échantillon se présentera comme suit:

$$n \geq \frac{1,96^2 \times 0,26 \times 0,74}{0,05^2}$$

Ce qui nous donne un nombre supérieur ou égal à 296 Ménages, pour ne pas tomber en dessous de ce chiffre par le fait que certains enquêtés peuvent manifester le refus nous prévoyons une marge d'erreur de 5% de cet échantillon équivalent à 15 enquêtés et tout ceci donne un total de 311 ménages enquêtés.

De ceci, le total des ménages composant l'échantillon à enquêter a été réparti proportionnellement à la population totale de chaque AS ciblé par l'enquête.

Pour ce faire, dans chaque aire de santé, nous avons tiré au hasard deux sous-Village. Une fois dans l'AS, la direction à prendre a été tirée au hasard par la méthode dite de la « bouteille ». Avec la table des nombres aléatoires, les enquêteurs ont eu à tirer une maison au sort et à commencer l'enquête par cette maison. Ils ont eu à continuer l'enquête avec la deuxième maison la plus proche et ainsi de suite jusqu'à atteindre le nombre de ménages requis. Les données ont été récoltées par questionnaire d'enquêtes, saisies, traitées en Excel et analysées à l'aide des logiciels JASP 0.18.1.0 (statistiques descriptives, test binomial et test de Shapiro Wilk)

L'analyse univariée des données qualitatives nous a permis de présenter les résultats sous la forme des tableaux des fréquences et démontré par figure sous forme des graphiques et radar [11].

3 RESULTATS

Tableau 1. Répartition des enquêtés en fonction de l'épisode maladie

	Valide	Manquant	Moyenne	Écart type	Shapiro-Wilk	Valeur p de Shapiro-Wilk	Minimum	Maximum
Itinéraire	311	0	3.013	1.728	0.859	< .001	1.000	7.000
Niveau d'étude	311	0	2.103	0.776	0.800	< .001	1.000	4.000
Sexe	311	0	1.839	0.368	0.441	< .001	1.000	2.000
Occupation	311	0	4.347	1.258	0.564	< .001	1.000	5.000
Religion	311	0	1.807	0.395	0.482	< .001	1.000	2.000
Tribu	311	0	1.077	0.267	0.294	< .001	1.000	2.000
Qualité de la personne interviewée	311	0	1.733	0.593	0.751	< .001	1.000	3.000
Classement socioéconomique du ménage	311	0	2.103	0.484	0.656	< .001	1.000	3.000
Sorte de maison d'habitation	311	0	1.518	0.790	0.639	< .001	1.000	3.000
Appartenance de la maison	311	0	1.460	0.781	0.589	< .001	1.000	3.000
Abonnement à la musa	311	0	1.932	0.251	0.271	< .001	1.000	2.000
Épisode maladie lieu	311	0	1.000	0.000	NaN	^a NaN	^a 1.000	1.000
Appréciation de l'accueil	311	0	0.730	1.209	0.645	< .001	0.000	4.000
Appréciation de la propreté	311	0	0.460	0.860	0.581	< .001	0.000	3.000
Appréciation du tarif	311	0	0.463	0.777	0.597	< .001	0.000	2.000
Raison du choix de l'itinéraire autre que la structure intégrée	311	0	2.730	2.022	0.806	< .001	0.000	5.000
Motif de non satisfaction	311	0	1.457	2.004	0.670	< .001	0.000	5.000
Conseil proposée aux responsables des fosa	311	0	2.283	1.667	0.817	< .001	0.000	6.000

Tous les enquêtés sont tombés malades au moins une fois au cours de l'année 2023, et le P value de Shapiro Wilk est à 0,01 soit inférieur à 0,05 d'où la distribution normale des données des enquêtés pour toutes les variables sauf à l'épisode maladie.

Tableau 2. Répartition des enquêtés selon leurs itinéraires thérapeutiques

Variables	Comptes	Total	Proportion
Les enquêtés ayant utilisé les services curatifs	89	311	28,6%
Les enquêtés avec itinéraires thérapeutiques informels	222	311	71,3%
Total	311	311	100%

Ce tableau montre que la grande partie de nos enquêtés choisissent l'itinéraire thérapeutique informel

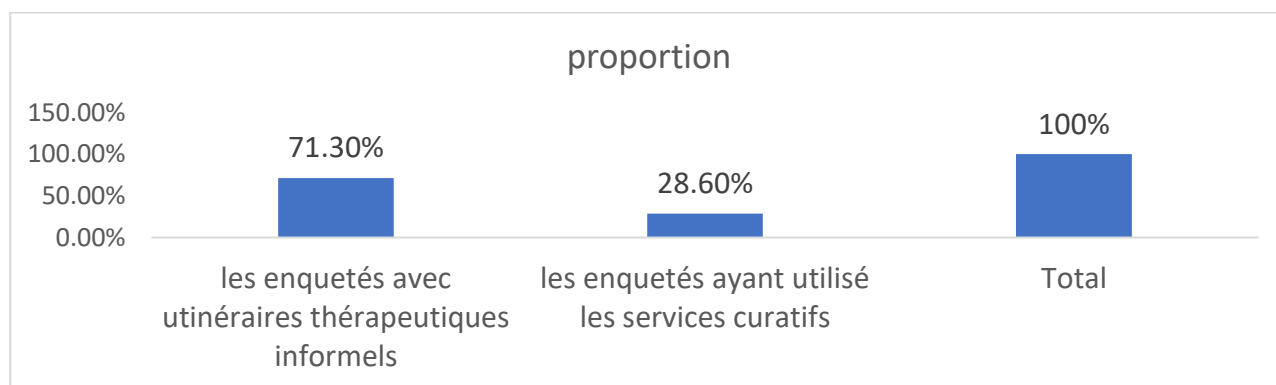


Fig. 2. Répartition des enquêtes en fonction de leurs itinéraires thérapeutiques

De ce qui précède, 71,3% de nos enquêtés ont choisi les itinéraires thérapeutiques informels tandis que seuls 28,6% de nos enquêtés ont utilisé les services curatifs de Formations sanitaires intégrées de la Zone de santé, ce qui est proche du taux d'utilisation de service curatif de la zone de santé de 32% de l'année 2023 estimé par rapport à la population totale.

Tableau 3. Répartition des enquêtés selon leur niveau d'étude, sexe et leur profession, religion, tribu, qualité du chef de ménage et autres caractéristiques socioéconomiques des ménages

Variable	Niveau	Comptes	Total	Proportion	P
Itinéraire		89	311	0.286	< .001
	Structure non intégrée dans l'Aire de Santé	48	311	0.154	< .001
	Officine pharmaceutique	63	311	0.203	< .001
	Tradipraticien	10	311	0.032	< .001
	Chambre de prière	92	311	0.296	< .001
	Autres à préciser	9	311	0.029	< .001
Niveau d'étude	Pas de niveau	57	311	0.183	< .001
	Primaire	187	311	0.601	< .001
	Secondaire	45	311	0.145	< .001
	Supérieur	22	311	0.071	< .001
Sexe	M	50	311	0.161	< .001
	F	261	311	0.839	< .001
Occupation	Employeur indépendant	24	311	0.077	< .001
	Fonctionnaire de l'état	22	311	0.071	< .001
	Chômeur	41	311	0.132	< .001
	Cultivateur	224	311	0.720	< .001
Religion	Catholique	60	311	0.193	< .001
	Protestant	251	311	0.807	< .001
Tribu	Schi	287	311	0.923	< .001
	Rega	24	311	0.077	< .001
Qualité de la personne interviewée	Chef du ménage	107	311	0.344	< .001
	Conjoint du CM	180	311	0.579	0.006
	Autre (à spécifier)	24	311	0.077	< .001
Classement socioéconomique du ménage	Eternel assisté Très pauvre	22	311	0.071	< .001
	Pauvre Légèrement aisée	235	311	0.756	< .001
Sorte de maison d'habitation	Riche	54	311	0.174	< .001
	Hutte Maison en adobe	208	311	0.669	< .001
	Maison planche avec boue Maison planche avec pierres	45	311	0.145	< .001
	Maison en briques cuites	58	311	0.186	< .001
Appartenance de la maison	Propriétaire Locataire	224	311	0.720	< .001
	Logé par l'employeur Logé par la famille	31	311	0.100	< .001

	Autres (à spécifier)	56	311	0.180	< .001
Abonnement à la musa	Oui	21	311	0.068	< .001
	Non	290	311	0.932	< .001
Appréciation de l'accueil	S'abstient à la réponse	198	311	0.637	< .001
	Bon	57	311	0.183	< .001
	Moyen	22	311	0.071	< .001
	Mauvais	10	311	0.032	< .001
Appréciation de la propreté	Autres à préciser	24	311	0.077	< .001
	S'abstient à la réponse	222	311	0.714	< .001
	Bonne	57	311	0.183	< .001
	Moyenne	10	311	0.032	< .001
Appréciation du tarif	Mauvaise	22	311	0.071	< .001
	S'abstient à la réponse	222	311	0.714	< .001
	Cher	34	311	0.109	< .001
	Moyen	55	311	0.177	< .001
Conseil proposé aux responsables des fosa	S'abstient à la réponse	11	311	0.035	< .001
	Assurer avant tout la réception du malade que l'argent	132	311	0.424	0.009
	Réduire le prix d'observation	60	311	0.193	< .001
	Instruire aux infirmiers d'assurer la permanence à la FOSA sans interruption.	52	311	0.167	< .001
	Travailler en collaboration avec la communauté.	34	311	0.109	< .001
	Autres	22	311	0.071	< .001

Il ressort de ce tableau que nos 311 Enquêtées, 60,1% ont le niveau des études de l'école primaire, 83,9% d'eux sont du sexe féminin, 72% d'eux sont des cultivateurs, 80,7 % sont des cultivateurs, 93 ,2% appartiennent appartienne au tribu Shi, 80,7% sont de la religion protestante, 92,3% sont des tribus Shi , 57,9% Sont conjoint du chef de ménage contre 34,4% de chefs de ménage, 75,6% se classant dans la catégorie des pauvres légèrement lésés, 66,9% habitent dans une hutte/maison en adobe, 72% sont propriétaire e leur maison d'habitation, 93,2% ne sont pas membre de la mutuelle de santé, 63,7% ne se sont pas manifesté à l'appréciation de l'accueil car certains n'ayant pas fait partie de ceux qui ont consulté les FOSA intégrées au cours de l'année 2023 d'autres par le refus et 18% ont répondu que l'accueil était bon, 71,4% ont apprécié la propreté, 71,4% ne se sont pas manifesté à l'appréciation du tarif car certains n'ayant pas fait partie de ceux qui ont consulté les FOSA intégrées au cours de l'année 2023 d'autres par le refus et 18% ont répondu que le tarif était moyen, 71,4% ne se sont pas manifesté à l'appréciation de la propreté car certains n'ayant pas fait partie de ceux qui ont consulté les FOSA intégrées au cours de l'année 2023 d'autres par le refus et 18,3% ont répondu que la propreté était bonne, 42,4% ont proposé d'assurer avant tout la réception du malade que de l'argent lors de la consultation comme piste de solution aux problèmes liés à leur fréquentation dans les structures intégrées.

Tableau 4. Répartition des enquêtés ayant choisi les itinéraires thérapeutiques informelles selon les déterminants socioéconomiques

Variable	Niveau	Comptes	Total	Proportion	P
Itinéraire	Structure non intégrée dans l'Aire de Santé	48	222	0.216	< .001
	Officine pharmaceutique	63	222	0.284	< .001
	Tradipraticien	10	222	0.045	< .001
	Chambre de prière	92	222	0.414	0.013
	Autres	9	222	0.041	< .001
Niveau d'étude	Pas de niveau	45	222	0.203	< .001
	Primaire	143	222	0.644	< .001
	Secondaire	34	222	0.153	< .001
Sexe	Masculin	18	222	0.081	< .001
	Féminin	204	222	0.919	< .001
Occupation		24	222	0.108	< .001
	Employeur indépendant				
	Chômeur	9	222	0.041	< .001
Religion	Cultivateur	189	222	0.851	< .001
	Catholique	60	222	0.270	< .001

Tribu	Protestant	162	222	0.730	< .001
	Schi	198	222	0.892	< .001
	Rega	24	222	0.108	< .001
Qualité de la personne interviewé	Chef du ménage	64	222	0.288	< .001
Raison du choix de l'itinéraire autre que la structure intégrée	Conjoint du CM	134	222	0.604	0.002
	Autre (à spécifier)	24	222	0.108	< .001
	Longue distance à parcourir avant d'atteindre la structure intégrée	9	222	0.041	< .001
	La maladie n'était pas soignable à la structure intégrée	46	222	0.207	< .001
Motif de non satisfaction		87	222	0.392	0.002
	Je n'étais pas satisfait de leur prestation la dernière fois que je les avais consultés.				
	Prestataire non permanents à la structure	80	222	0.360	< .001
	S'abstient à la réponse	111	222	0.500	1.000
	Propreté	24	222	0.108	< .001
	Rupture des médicaments	54	222	0.243	< .001
Conseil propos.e aux responsables des fosa	J'avais maqué le prestataire à la Formation sanitaire.	33	222	0.149	< .001
	Assurer avant tout la réception du malade que l'argent	110	222	0.495	0.947
	Réduire le prix d'observation	36	222	0.162	< .001
	Instruire aux infirmiers d'assurer la permanence à la FOSA sans interruption.	42	222	0.189	< .001
Classement socio-économique du ménage	Travailler en collaboration avec la communauté.	34	222	0.153	< .001
	Pauvre Légèrement aisée	168	222	0.757	< .001
Sorte de maison d'habitation	Riche	54	222	0.243	< .001
	Hutte Maison en adobe	152	222	0.685	< .001
	Maison planche avec boue Maison planche avec pierres	34	222	0.153	< .001
Appartenance de la maison	· Maison en briques cuites	36	222	0.162	< .001
	Propriétaire Locataire	156	222	0.703	< .001
	Logé par l'employeur Logé par la famille	10	222	0.045	< .001
	Autres (à spécifier)	56	222	0.252	< .001
Abonnement à la musa	Oui	10	222	0.045	< .001
	Non	212	222	0.955	< .001

Ce tableau montre que pour nos 222 enquêtés ayant choisi des itinéraires des soins informels, 41% prennent les itinéraires thérapeutiques vers les chambres de prière, 64,4% ont le niveau des études de l'école primaire, 91,9% d'eux sont du sexe féminin, 85,5% d'eux sont des cultivateurs, 73 % sont de la religion protestante, 89,2% appartiennent au tribu Shi, 60,4% Sont conjoint du chef de ménage contre 28,8% de chefs de ménage, 75,7% se classant dans la catégorie des pauvres légèrement lésés, 68,5% habitent dans une hutte/maison en adobe, 70,3% sont propriétaire de leur maison d'habitation, 95,5% ne sont pas membre de la mutuelle de santé et 49% ont proposé d'assurer avant tout la réception du malade que de l'argent lors de la consultation comme piste de solution aux problèmes liés à leur fréquentation dans les structures intégrées.

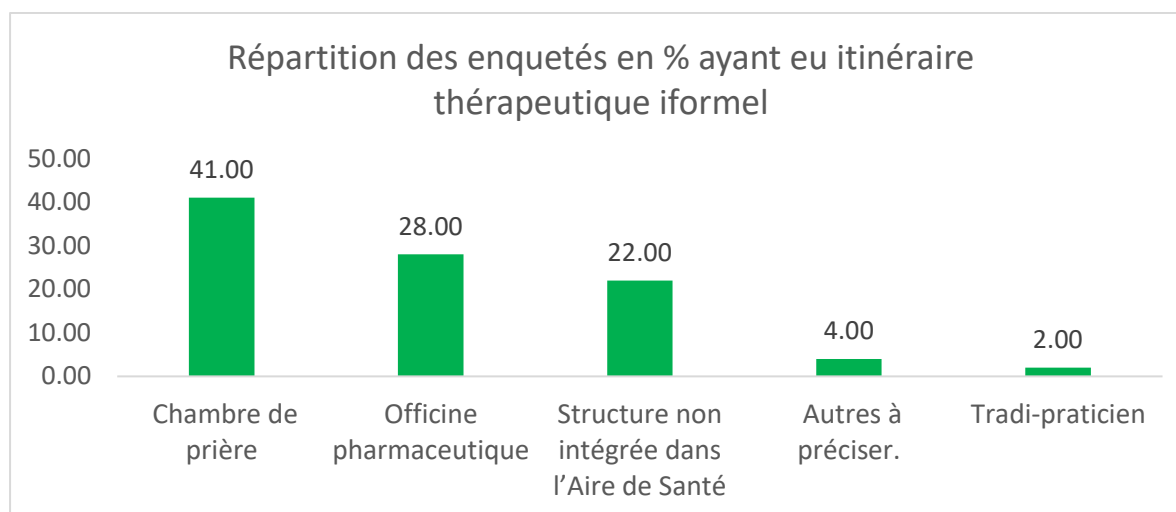


Fig. 3. Répartition des enquêtes selon le choix des itinéraires thérapeutiques informels

Il ressort de cette figure que pour les enquêtés qui empruntent l'itinéraire thérapeutique informel, ceux qui se dirigent dans des chambres de prière sont plus nombreux suivi de ceux qui vont vers les officines pharmaceutiques et les structures de santé.

Tableau 5. Analyse des revenus des enquêtés ayant utilisé le service compare a ceux ayant choisi les itinéraires thérapeutiques informels:

	Recette vente de produit d'agriculture ou d'élevage par mois	%	Recette salaire-revenu commerce par mois	%	Recette revenu du travail informel par mois	%	Recette appui extérieur (famille-amis-voisins-autre bienfaiteur) par mois	%	Autres recettes à spécifier par mois	%	TOTAL GENERAL DES REVENUS	%
Revenus des enquêtés ayant utilisé les services curatifs des FOSA intégrées	1263000	1	2409000	1	2250000	14	0	0	750000	100	6672000	1
Revenus des enquêtés ayant fait les itinéraires informels	116616000	99	304974000	99	13860000	86	336000000	100	0	0	771450000	99
TOTAL REVENUS MENSUELS DES ENQUETES	117879000	100	307383000	100	16110000	100	336000000	100	750000	100	778122000	100

Ce tableau montre que 1% des revenus mensuels des enquêtés vient de ceux qui ont utilisé le service curatif des FOSA intégrées contre 99% venant de ceux qui ont utilisé les itinéraires informels.

Tableau 6. Dépenses des enquêtés ayant utilisé le service curatif compare à ceux ayant choisi autres les itinéraires thérapeutiques informels

	Effectifs des enquêtés	TOTAL GENERAL DES REVENUS	TOTAL DEPENSE	Moyenne dépenses pour la santé par mois	% de dépenses pour la santé par rapport aux dépenses totales
Pour les Enquêtés ayant utilisé les services curatifs des FOSA intégrées	89	6.672.000FC	332.944.800FC	268.618.000FC	81
Pour les Enquêtés ayant fait les itinéraires informels	222	771.450.000	474.153.104	122.304.000	26
TOTAL	311	778122000	807097904	390922000	48

Il ressort de ce tableau que l'utilisation des services curatifs des formations sanitaires coûte cher en termes d'argent que les soins informels.

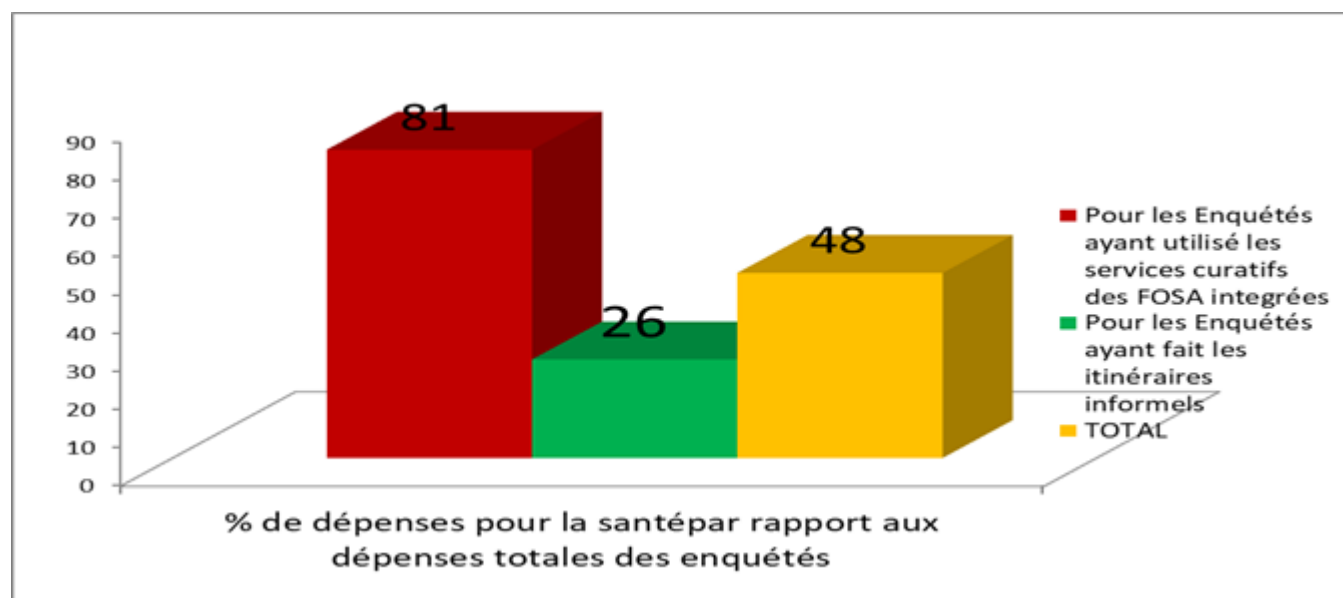


Fig. 4. Coût de l'utilisation de service curatifs dans les FOSA comparé celui de la prise en charge informelle

De ce tableau, il se fait voir que 81% des dépenses mensuelles de nos enquêtés ayant utilisé les services curatifs des FOSA intégrées ont été allouées à la santé tandis que 26% de dépenses ont été allouées à la santé pour les enquêtés qui ont utilisé les itinéraires informels.

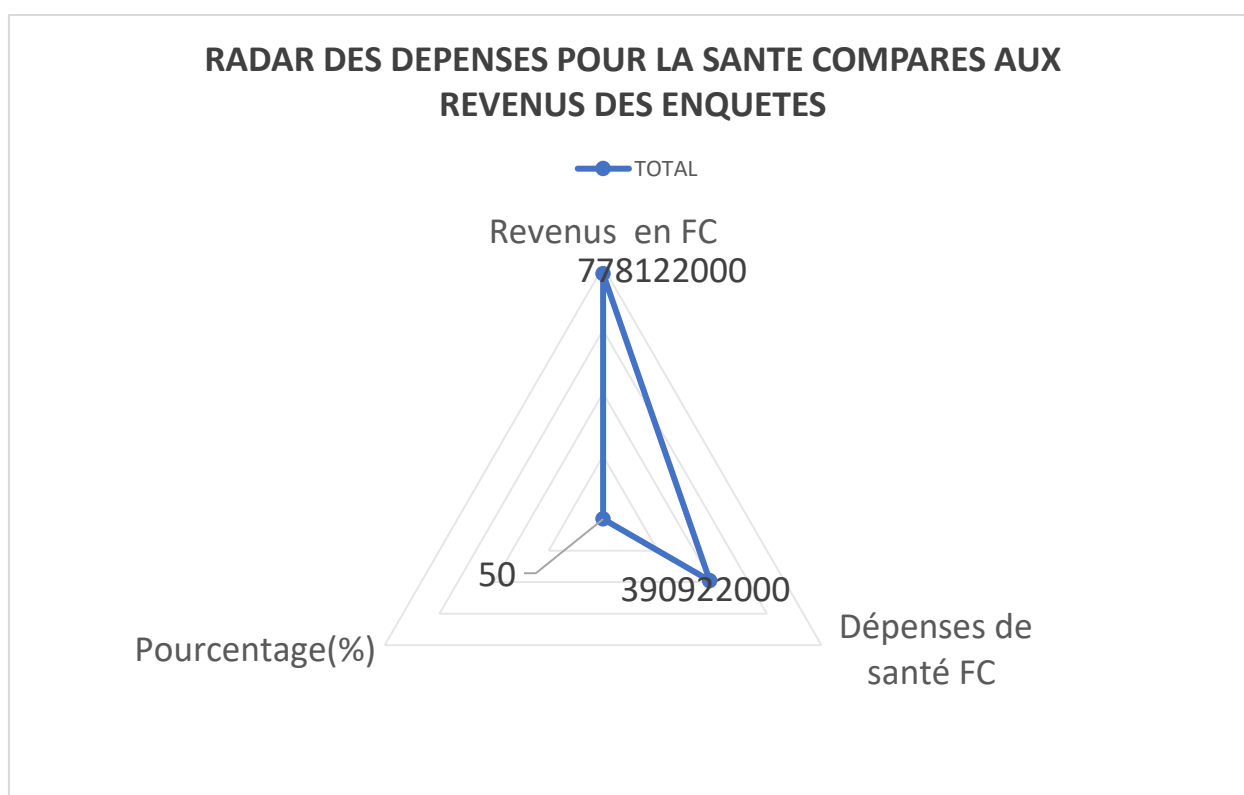


Fig. 5. Comparaison entre les dépenses liées aux soins de santé et les revenus

Les dépenses de la santé en elles-mêmes équivalent à 390.922.000 francs congolais contre le revenu de 778.122.000 Francs congolais soit 50%. D'où la moitié des revenus mensuels allouée aux dépenses de la santé.

4 DISCUSSION

Notre étude porte sur les déterminants socioéconomiques de l'utilisation des services curatifs dans la ZS de Mwana Province du Sud-Kivu. Aucune autre étude apparentée n'a été réalisée dans cette zone de santé rurale. Elles ont plutôt eu lieu dans certaines zones de santé urbaines pourtant le milieu rural est constitué de la majorité de la population congolaise soit plus de 60% [23], le taux d'accès aux soins de santé oscille entre 40 et 50%, d'après une enquête démographique et de santé menée par l'Organisation mondiale de la santé en 2007 et actualisée en 2009, ces résultats sont similaires à ceux trouvés par Mitangala Ndeba Prudence soit la moyenne provinciale de 50% d'utilisation de service curatif par la population du Nord-Kivu dans son étude menée dans la dite province et publiée en 2019 [26], des résultats aussi proche à la réalité de l'utilisation de service curatif de la province du Sud-kivu se présentant par 55% en 2020, et en 2021 il y a eu une régression aboutissant à la moyenne de 52% [20], tous ces résultats sont très loin de résultats de notre présente étude se présentant de la manière où tous nos enquêtés ont enregistré un malade pour chaque ménage au moins une fois au cours de l'année 2023 soit 100% (Tableau 2) parmi lesquels 71,3% de nos enquêtés ont choisi les itinéraires thérapeutiques informels tandis que seuls 28,6% de nos enquêtés ont utilisé les services curatifs de Formations sanitaires intégrées de la Zone de santé (figure 1), ce qui est proche de l'utilisation de service curatif de 32% de toute la zone de santé de Mwana rapportée en 2023 [21].

De ces enquêtés ayant choisi des itinéraires thérapeutiques informels, la chambre de prière a été classée au premier rang de recours thérapeutique de ces enquêtés avec 41% suivi d'officines pharmaceutiques avec 28%, 3^{ème} place des structures non intégrées de la zone avec 22% et en dernier lieu des tradipraticiens avec 2%.

D'où une partie importante de la population choisit les itinéraires thérapeutiques informels en priorité les chambres de prière suivie de officines pharmaceutiques (Figure 2).

Alors que généralement pour nos 311 Enquêtées, 60,1% ont le niveau des études de l'école primaire, 83,9% d'eux sont du sexe féminin, 72% d'eux sont des cultivateurs, 80,7 % sont des cultivateurs, 93, 2% appartiennent appartienne au tribu Shi, 80,7% sont de la religion protestante, 57,9% Sont conjoint du chef de ménage contre 34,4% de chefs de ménage, 75,6% se classant dans la catégorie des pauvres légèrement lésés, 66,9% habitent dans une hutte/maison en adobe, 72% sont propriétaire e leur maison d'habitation, 93,2% ne sont pas membre de la mutuelle de santé, 63,7% ne se sont pas manifesté à l'appréciation de l'accueil car certains n'ayant pas fait partie de ceux qui ont consulté les FOSA intégrées au cours de l'année 2023 d'autres par le refus et 18% ont répondu que l'accueil était bon, 71,4% ont apprécié la propreté, 71,4% ne se sont pas manifesté à l'appréciation du tarif car certains n'ayant pas fait partie de ceux qui ont consulté les FOSA intégrées au cours de l'année 2023 d'autres par le refus et 18% ont répondu que le tarif était moyen, 71,4% ne se sont pas manifesté à l'appréciation de la propreté car certains n'ayant pas fait partie de ceux qui ont consulté les FOSA intégrées au cours de l'année 2023 d'autres par le refus et 18,3% ont répondu que la propreté était bonne, 42,4% ont proposé d'assurer avant tout la réception du malade que de l'argent lors de la consultation comme piste de solution aux problèmes liés à leur fréquentation dans les structures intégrées (tableau 4).

Particulièrement, Pour nos 222 enquêtés ayant choisi des itinéraires des soins informels, 41% prennent les itinéraires thérapeutiques vers les chambres de prière, 64,4% ont le niveau des études de l'école primaire, 91,9% d'eux sont du sexe féminin, 85,5% d'eux sont des cultivateurs, 73 % sont de la religion protestante, 89,2% appartiennent au tribu Shi, 60,4% Sont conjoint du chef de ménage contre 28,8% de chefs de ménage, 75,7% se classant dans la catégorie des pauvres légèrement lésés, 68,5% habitent dans une hutte/maison en adobe, 70,3% sont propriétaire de leur maison d'habitation, 95,5% ne sont pas membre de la mutuelle de santé et 49% ont proposé d'assurer avant tout la réception du malade que de l'argent lors de la consultation comme piste de solution aux problèmes liés à leur fréquentation dans les structures intégrées (tableau 5 et figure 2).

D'où la non appartenance à la mutuelle de santé (95,5%), la pauvreté (75,7%), la croyance religieuse (73%) et le niveau d'étude bas (64,4%) (tableau 5).

Ces résultats sont loin de ceux trouvés par CILUNDIKA MULENGA Philippe dans son étude menée sur les 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, selon lesquels l'occupation du chef de ménage où ce dernier exercerait un travail libéral avait été retenu comme facteur déterminant la faible utilisation des services curatifs dans les ménages [23].

Les autres déterminants comme le sexe, la prise de décision par le chef de ménage, l'habitat n'ont pas été enregistrés comme déterminants car ils ont été signalés à un pourcentage significatif au départ parmi les caractéristiques générales de tous les enquêtés et non en particulier de ceux ayant choisi les itinéraires informels.

L'étude de Mémoire menée en 2005 par MUSHAGALUSA SALONGO pacifique sur les determinants socio - économiques de l'utilisation des services de sante par les ménages de la zone de sante urbaine de KADUTU/ province du sud – Kivu [27], a fait voir que le cout de soins de santé n'était pas significatif comme déterminant d'utilisation des services curatifs dans la dite zone de santé urbaine, contrairement à la zone de santé rurale de MWANA 81% des dépenses mensuelles de nos enquêtés ayant utilisé les services curatifs des

FOSA intégrées ont été allouées à la santé tandis que 26% de dépenses ont été allouées à la santé pour les enquêtés qui ont utilisé les itinéraires informels (figure 3).

Parlant des dépenses comparées aux revenus des enquêtés, les dépenses de la santé en elles-même équivalent à 390922000francs congolais contre les revenus de 778122000Francs congolais soit 50% (figure 3).

D'où la moitié des revenus mensuels allouée aux dépenses de la santé ce qui veut expliquer une part importante des dépenses de santé par rapport aux revenus et aux autres dépenses.

5 CONCLUSION

Cette étude menée sur les déterminants socioéconomiques de l'utilisation des services curatifs dans la ZS de Mwana Province du sud-kivu, a permis de d'identifier les itinéraires thérapeutiques de la population de la zone de santé de Mwana selon lesquels la Chambre de prière fait l'objet du premier recours thérapeutique avec 41% de nos enquêtés suivi des officines pharmaceutiques et des structures sanitaires non intégrées par la zone, ensuite elle nous a permis de décrire les caractéristiques socio -économiques des ménages telles que la non appartenance à la mutuelle de santé (95,5%), la pauvreté (75,7%), la croyance religieuse (73%) et le niveau d'étude bas (64,4%) impactant négativement l'utilisation de service curatif de la zone de santé, en fin elle nous a permis d'évaluer les dépenses des ménages pour la santé de leur membres en analysant les proportion des dépenses de nos enquêtés et leurs revenus comparés aux dépenses de santé ayant été proportionnelles à 50% des revenus des enquêtés, ce qui donne la moitié des tous les revenus mensuels des enquêtés en moyenne, 81% des dépenses sont orientées à la santé pour les enquêtés qui ont utilisé le service curatif intégré et seulement 26% sont orienté à la santé pour les enquêtés qui ont utilisé les itinéraires informels alors que ces derniers sont plus nombreux que les précédents soit 71,3% contre 28,6%.

De ce qui précède, nous suggérons :

Au gouvernement congolais et aux partenaires d'investir dans le renforcement de capacité des ménages sur l'entrepreneuriat et l'auto prise en charge.

Au bureau central de la Zone de santé de MWANA, d'accompagner les responsables des FOSA et les RECOS sur la mise en place des stratégies de sensibilisation à base communautaire centré sur les recours aux soins de qualité.

Aux responsables des FOSA de récolter les avis de la communauté pour mettre en place un tarif répondant au besoin et aux revenus des ménages dans l'objectif de faciliter l'accès des soins à tous.

REFERENCES

- [1] FMI, (2008) Haiti: Interim Poverty Reduction Strategy Paper.
- [2] Pierre Melquiot (2007) L'accès aux soins de santé en recul en Chine.
- [3] ONU SIDA, UNICEF, Banque Mondiale, OMS, (2008) Conférence internationale sur la santé communautaire dans la Région africaine.
- [4] Patrick TSHAONA T., les déterminants de l'utilisation des services curatifs et itinéraires thérapeutiques à Lubumbashi, unilu, 2016, p: 40.
- [5] PNUD (2010) Rapport sur le développement humain La vraie richesse des nations: Les chemins du développement humain.
- [6] MSP/RDC (2006) Recueil des normes sur l'organisation et le fonctionnement d'une zone de santé.
- [7] MSP/RDC. Annuaire des données sanitaires. Kinshasa. sn, 2007. PubMed |Google Scholar.
- [8] DPS SUD-KIVU, rapport annuel bureau information sanitaire, 2021.
- [9] BCZ MWANA, rapport annuel/information sanitaire, 2021.
- [10] Patrick TSHAONA T., les déterminants de l'utilisation des services curatifs et itinéraires thérapeutiques à Lubumbashi, unilu, 2016, p: 40.
- [11] MUSHAGALUSA SALONGO pacifique et all, étude des déterminants socio - économiques de l'utilisation des services de sante par les ménages de la zone de sante de kadutu/ province du sud – Kivu, Mémoire de Master, Université de Kinshasa - Maitrise en Santé Publique / Economie de la Santé, 2005, p19.
- [12] NOVOIB et IPS/Nord Kivu.Enquete socio-économique et d'accessibilité aux soins dans la Province du Nord-Kivu. Réalisée par CIF-Santé. 2005. Google Scholar.
- [13] Tulinabo B.Déterminants de la sous-utilisation des activités curatives dans les structures intégrées en soins de santé primaires de la ZS de Karisimbi. UPLGL. 2006. Google Scholar.
- [14] Banque mondiale. Santé et Pauvreté en RDC: Analyse et cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. Rapport d'état. Kinshasa: sn, 2005.Google Scholar.
- [15] Ministère de la santé RDC.Sites de soins communautaires, guide de mise en oeuvre.Sécrtariat général. Kinshasa: sn, 2007. Google Scholar.

- [16] Mashini N. Comment organiser les services de santé de premier échelon en milieu urbain pour leur utilisation optimale par la population. Expérience de la ville de Likasi. Thèse en sciences de la santé publique. Lubumbashi: UNILU, 2010. Google Scholar.
- [17] Chenge M. Organiser un système des soins de santé en milieu urbain. Nécessité d'adapter le modèle de district. Exemple de la ville de Lubumbashi en RD Congo. Lubumbashi: UNILU/SAPU, 2011. Google Scholar.
- [18] Foutain D et Courte joie J. Comment bâtir la santé. 2006. Google Scholar.
- [19] Cilundika Mulenga Philippe et al, Facteurs déterminants la faible utilisation par le ménage du service curatif dans la Zone de santé de Pweto, province du Katanga, Pan African Medical Journal – ISSN: 1937- 8688 (www.panafrican-med-journal.com).
- [20] Cadre normatif SNIS Rdcongo, Fascicule 4.
- [21] Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. L'évaluation: concepts et méthodes - 2e édition. 2011. Montréal. PUM.
- [22] Mitangala Ndeba Prudence et al, international Journal of Innovation and Applied Studies ISSN 2028-9324 Vol. 26 No. 1 Apr. 2019, pp. 175-184 © 2019.