

Évaluation de l'utilisation des services et des soins de santé dans la zone de santé de Kenge

Evaluation of the use of services and health care in the Kenge health zone

Emery NSUNGU MBUKU, (Doctorant)

Enseignant et chercheur à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa/RDC

Adalbert OSTMAMPITA ALOKI, (Professeur Ordinaire PhD)

Enseignant et chercheur à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa/RDC

Odon NSWELE ILUNDU, (Professeur PhD)

Enseignant et chercheur à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa/RDC

Richard NKWAHATA NTAMBU, (Doctorant)

*Enseignant et chercheur à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales
Marie Reine de la Paix de Kenge/RDC*

Emmanuel BUHENDWA RUTEMBA, (Doctorant)

Enseignant et chercheur à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa/RDC

Delphin NLANDU NKUBU

Enseignant et chercheur à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kisantu/RDC

Adresse de correspondance :	Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa/RDC Ecole Doctorale Programme de troisième cycle B.P. 774 Kinshasa XI ecoledoctoraleistmkin@gmail.com
Déclaration de divulgation :	Les auteurs n'ont pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude et ils sont responsables de tout plagiat dans cet article.
Conflit d'intérêts :	Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.
Citer cet article	Comment citer NSUNGU MBUKU, E., OSTMAMPITA ALOKI, A., NSWELE ILUNDU, O., NKWAHATA NTAMBU, R., BUHENDWA RUTEMBA, E., & NLANDU NKUBU, D. (2025). Evaluation de l'utilisation des services et des soins de santé dans la zone de santé de Kenge. <i>International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics</i> , 6(3), 448-461. https://doi.org/10.5281/zenodo.15073603
Licence	Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND

Received: January 06, 2024

Accepted: March 20, 2025

International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics - IJAFAME

ISSN: 2658-8455

Volume 6, Issue 03 (2025)

Évaluation de l'utilisation des services et soins de santé dans la zone de santé de Kenge

Résumé :

Cet article propose un modèle conceptuel de mesure de l'utilisation des services et soins de santé comportant trois dimensions : structure, processus et résultats. En menant cette étude, notre préoccupation consiste de savoir si les communautés de la zone de santé de Kenge utilisent-elles effectivement les services et soins de santé ? La présente étude s'assigne comme objectif général d'évaluer l'utilisation des services et soins de santé dans la zone de santé de Kenge. Les données ont été recueillies sur base des grilles d'évaluation, quantité et qualité mises en place par le projet de développement du système de santé, PDSS en sigle. Nous avons utilisé des données secondaires disponibles au bureau de l'Établissement d'Utilité Publique du Financement Basé sur la Performance, EUP-FBP en sigle, qui est une agence qui achète les données des services utilisés pour le compte du PDSS. Étant donné que l'évaluation se fait trimestriellement, pour l'évaluation de quantité, l'utilisation des services était calculée en pourcentage sur base des données déclarées par les structures ainsi que celles vérifiées et validées par les vérificateurs. Quant à l'évaluation qualité, après avoir calculé les indicateurs par trimestre, nous avons additionné les cotes de chaque indicateur pour tous les trimestres et enfin, nous avons calculé la moyenne annuelle en divisant les cotes de chaque sou total par 4 (trimestres). L'évaluation en quantité a montré que la population a utilisé les services des soins de santé mis à sa disposition, 2022 (40%) et 2023 (60%). Mais il y a une faible utilisation malgré une légère amélioration enregistrée en 2023. Par ailleurs, s'agissant de l'évaluation qualité pour les deux années sous étude, 2022 (56,8%) et 2023 (60,9%) le niveau de la performance organisationnelle était faible. Cela, parce que pour PDSS, concepteur des grilles d'évaluation (quantité et qualité), le seuil de 80% montre une utilisation effective des services et un très bon niveau de performance organisationnelle. L'application des réformes des prestations de services qui tiennent compte des besoins et des attentes de la population serait l'issue à cette faible utilisation des services.

Mots clés : accessibilité, soins de santé, zone de santé.

Classification JEL : I11-I110-I120

Paper type : recherche empirique

Abstract:

This article proposes a conceptual model for measuring the use of health services and care comprising three dimensions: structure, process and results. In conducting this study, our concern is to know if the communities of the Kenge health zone are actually using health services and care? The general objective of this study is to assess the use of health services and care in the Kenge health zone. The data were collected based on the quantity and quality evaluation grids implemented by the Health System Development Project, PDSS in acronym. We used secondary data available at the office of the Public Utility Establishment of Performance-Based Financing, EUP-FBP in acronym, which is an agency that purchases data on services used on behalf of the PDSS. Since the evaluation is done quarterly, for the quantity evaluation, the use of services was calculated as a percentage based on the data reported by the structures as well as those verified and validated by the auditors. As for the quality evaluation, after calculating the indicators per quarter, we added the scores of each indicator for all quarters and finally, we calculated the annual average by dividing the scores of each subtotal by 4 (quarters). The quantity assessment showed that the population used the healthcare services made available to them in 2022 (40%) and 2023 (60%). However, there is low utilization despite a slight improvement recorded in 2023. Furthermore, regarding the quality assessment for the two years under study, 2022 (56.8%) and 2023 (60.9%), the level of organizational performance was low. This is because for PDSS, designer of the evaluation grids (quantity and quality), the threshold of 80% shows effective use of services and a very good level of organizational performance. The solution to this low use of services would be the implementation of service delivery reforms that take into account the needs and expectations of the population.

Keywords: accessibility, health care, health zone.

Classification JEL: I11-I110-I120

Paper type: empirical research

Introduction

Le cliché des structures de santé depuis plusieurs années est celui des grands bâtiments délabrés avec un personnel plus ou moins pléthorique, sans médicaments, accueillant à peine quelques patients par jour. En sillonnant beaucoup de structures de santé, le constat est que les pavillons sont presque vides. Plusieurs questions peuvent être posées à cet effet : est-il un problème de préférence personnel des usagers ? Ou ceux-ci ne tombent pas malades ? Parmi les causes figurent les guerres que la RDC connaît depuis plusieurs décennies qui l'ont plongé dans une crise socio-économique. Cela a conduit à une situation d'adversité répandue et empêchant la population à accéder aux soins de santé. En outre, il se pose un problème de (Nsungu M. Emery et al, 2023) mobilisation des ressources financières pour la santé du fait que le budget alloué à la santé est modique. La crise économique, qui touche la RDC depuis le début des années 1980, a eu pour conséquence une crise des finances publiques due à la chute des revenus de l'État. Comme le soulignent Nsungu M. Emery et al (2023) « malgré l'amélioration de la progression économique et de la pérennité macroéconomique ces dernières années, en RDC, le PIB par habitant reste parmi les plus faibles d'Afrique subsaharienne (514 US\$ en 2014) ». Le faible pouvoir d'achat de la population ne permet ni aux structures de soins de s'autofinancer ni aux pauvres d'accéder aux soins de santé. La qualité des soins laisse à désirer, la population a donc perdu confiance dans les services de santé.

Et pourtant, l'accessibilité est l'essence de la politique sanitaire nationale formulée dans la stratégie de soins de santé primaires. Elle est envisagée, sous l'angle quantitatif, comme l'accès aux soins par toute la population. Malheureusement, cette politique n'avait pas réservé de place pour les pauvres, les indigents et les gagnés petits. Surtout que le secteur agricole informel prend le dessus (59,7%) des employés sur les autres secteurs : industriel (20 %) des emplois et formel (11,5%) de l'ensemble des emplois (Nsungu M. Emery et al, 2023). Cette forte dépendance de la population sur l'informel a favorisé la pauvreté et la misère avec comme conséquence l'inégalité de l'offre et l'absence de l'assistance sociale. Or, pour avoir accès aux meilleurs soins de santé, les coûts de soins ne doivent pas être prohibitifs pour les économies de ménages et de la nation. C'est alors qu'intervient le rôle protecteur de l'État et celui que joue la solidarité aussi bien nationale qu'internationale (Ministère de la santé publique (DEP), 2004). En effet, l'État ne remplissant pas son rôle avec l'efficacité voulue, plusieurs procédés de fait se sont développés pour commanditer les soins de santé. C'est alors que les privés et les associations confessionnelles ont eu le privilège de déterminer les modalités d'accès aux soins selon leur volonté et en fixant le prix qu'ils veulent. C'est le désordre qui se distingue par une multiplication incontrôlée des structures de santé (dispensaires, cabinets médicaux, pharmacies, points de vente des médicaments et vendeurs ambulants des médicaments), établissant librement les stipulations d'utiliser les soins de santé. Ainsi, chacun fixe le montant qu'il estime avantageux en proportion de ses bénéfices (Ministère de la santé publique (DEP), 2004) (Nsungu M. Emery et al, 2023).

Et donc, les effets de cet abandon de l'État ont transféré le poids des soins sur les épargnes des ménages en impactant ardemment les plus miséreux. Compte tenu de ce qui est susdit relatif à l'utilisation des soins de santé, il sied de noter, que cette étude se concentre sur certaines interrogations, entre autres : les communautés de la zone de santé de Kenge utilisent-elles effectivement les services et soins de santé ? Dans la négative, quelles sont les causes de cette non-utilisation ? Et que faire pour que l'utilisation des services de santé soit effective ? C'est à cette interrogation que notre étude va s'évertuer à fournir des orientations et des suggestions. La présente étude s'assigne comme objectif général celui d'évaluer l'utilisation des services et soins de santé dans la zone de santé de Kenge.

Notre article est subdivisé en quatre sections. La première se consacre à la revue de la littérature. La deuxième porte sur la méthodologie de recherche. La troisième présente les résultats et leur

discussion. Enfin, la quatrième est axée sur la conclusion et les perspectives.

1. Revue de littérature et modèle conceptuel

Dans cette section, il est question de confronter les apports des différents auteurs qui ont traité le sujet sous étude tout en donnant notre point de vue en tant que chercheur.

1.1. Revue théorique

L'accessibilité aux soins de santé se matérialise par l'utilisation effective des services et des soins de santé par les usagers. Aday L. A. et Andersen R.M. (1973), définissent l'accessibilité comme l'utilisation des services et tout ce qui en facilite ou empêche l'utilisation. Il conçoit l'accessibilité dans l'optique de la disponibilité des ressources, mais également de leur utilisation effective par les personnes qui en ont besoin. Cette définition suppose donc de tenir compte des barrières et des éléments qui facilitent l'utilisation des services de santé. D'un point de vue opérationnel, les déterminants de l'accessibilité seraient la présence de ressources facilitantes (accès potentiel), l'utilisation effective des ressources (accès effectif) et une juste répartition de celles-ci (accès équitable) (Andersen R.M., 1995). Par contre, Powell M. réaffirme la nécessité d'intégrer la variable distance, mais sous une spécification de coût de déplacement, proche des notions de coûts de transaction des économistes institutionnels (Powell M., 1995). Dans ce cadre les études devraient aussi favoriser la notion d'accessibilité en cas d'urgence là où l'aboutissement ou le produit (bénéfice médical) est énormément entraîné par la célérité d'appui (Peters J. and Hall G.B., 1999). En France, l'accessibilité spatiale aux soins est mesurée par l'intervalle de rapprochement de soins qui montre que l'accès est généralement acceptable dans notre pays quoique des disproportions demeurent aussi bien pour les spécialités les plus habituelles que pour les plus rares (Coldefy, Lucas-Gabrielli *et al.* 2011). Les régions rurales, à faible densité de population, le rapprochement des soins de proximité et celui de la plupart des soins spécialisés posent problème (Lucas-Gabrielli V., Aurelie P., Laure C. et Magali C., 2016). En RDC, la couverture sanitaire universelle signifie que chaque personne peut avoir recours aux services de santé dont elle a besoin, ou/et quand elle en a besoin, sans être exposée à des difficultés financières. Pour atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU), l'évolution des procédés de commanditer de soins de santé prône sur l'équité et l'efficacité (Ridde V, Belaid L, Samb OM, Faye A., 2014). Diane McIntyre *et al* (2007) indiquent 3 sources de financement : le gouvernement, les assurances maladie et le paiement direct par les ménages. Ainsi, comme le confirment Lucas-Gabrielli V. et al., (2016), l'accessibilité physique considère à la fois la mobilité des patients et les ressources en transport mobilisables, le trajet à parcourir en temps, en distance et en coût. Pour notre part, l'accessibilité aux soins ne doit pas être un slogan comme cela est le cas pour la zone de santé de Kenge, mais plutôt une réalité. Et pour ce faire, les dirigeants doivent bien comprendre les difficultés que vit la population rurale.

1.2. Revue de littérature

Cilundika Mulenga P. et al. (2015) indiquent que la Zone de Santé Pweto n'a jamais atteint le seuil de l'OMS de 0,5 nouveau cas par habitant/an comme taux des consultations curatives. Selon Philippe et al., (2015), la proportion de la faible utilisation des services curatifs était de 53,3% IC à 95% (0,47-0,59). Pour eux, ce faible recours aux services curatifs à Pweto était dû, au fait que les chefs des ménages avaient un métier libéral ou étaient chômeurs (Cilundika Mulenga P. et al. 2015). L'OMS estime d'ailleurs qu'au moins un tiers de la population mondiale n'accède pas régulièrement aux médicaments essentiels (Walkowiak H. et Putter S., 2015). Les problèmes de gouvernance qui affectent les systèmes pharmaceutiques sont des facteurs qui contribuent aux écarts d'accès (Walkowiak H. et Putter S., 2015). Selon Krishna K. Manya et al. (2023), le mode de paiement des soins de santé à l'acte et les coûts élevés des

soins constituent les facteurs majeurs limitant l'utilisation des services et soins de santé dans la zone de santé de Ruashi. Au regard de la préoccupation soulevée ci-haut, nous émettons les hypothèses selon lesquelles nous estimons que la population de la zone de santé de Kenge n'utilise pas effectivement les services et soins de santé. En outre, les causes de cette non-utilisation peuvent être notamment le choix du lieu de traitement pendant la maladie, le prix de soins dans les formations sanitaires, de longues distances à parcourir ainsi que le temps à mettre pour atteindre les formations sanitaires, et le manque de moyens de déplacement pour les atteindre. Ainsi, le paiement en nature des services de santé constitue un moyen efficace pour accroître l'utilisation des soins dans la zone de santé de Kenge.

1.3. Modèle conceptuel de recherche

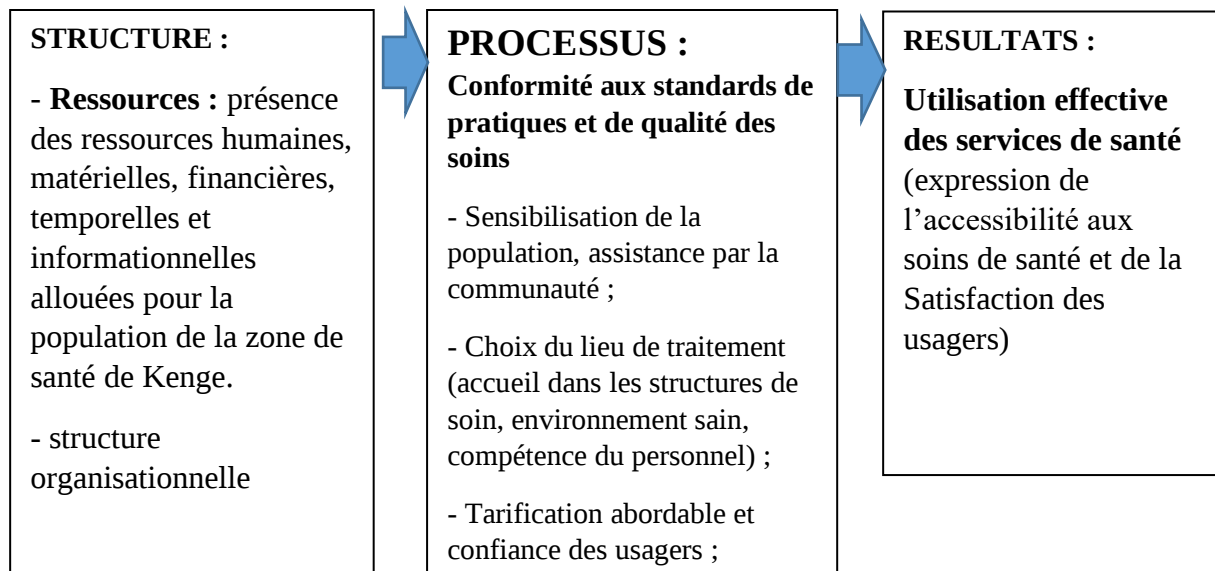
Se référant au modèle Donabédian, le cadre d'analyse de notre recherche est un modèle conceptuel de mesure de l'utilisation des services et soins de santé comportant trois dimensions : structure, processus et résultats.

Dans ce modèle, la dimension *structure* fait référence aux caractéristiques de la source de soins et désigne les éléments physiques et organisationnels dans lesquels les soins sont dispensés. Elle fait référence aux attributs du système incluant les ressources disponibles : humaines (nombre, catégorie socioprofessionnelle et qualification du personnel), matérielles (équipement et les infrastructures ainsi que la disponibilité des équipements hospitaliers), financières, temporelles et informationnelles) ainsi que la structure organisationnelle.

Ensuite, pour le *processus*, notre recherche vise la conformité aux standards de pratiques et de qualité des soins (Sensibilisation de la population, assistance par la communauté, choix du lieu de traitement, accueil dans les structures de soin, environnement sain, compétence du personnel, tarification abordable et confiance des usagers, réduction des distances à parcourir) ; bref, les règles d'humanisation.

La dimension *résultats* quant à elle, fait référence à l'utilisation effective des services de santé et à la satisfaction des patients vis-à-vis des soins reçus et leurs retombées.

Figure 1 Notre modèle conceptuel



Source : nous-même

2. Méthodologie de recherche

2.1. Présentation de la zone de santé de Kenge

Implantée dans le territoire de Kenge, elle est limitée : au Nord, par la ZS de Kikongo de la division provinciale du Kwilu et par la rivière Wamba, au Sud par la ZS de Kimbau, à l'Est, par la rivière Inzia qui la sépare de la zone de santé de Masimanimba dans la province du Kwilu et à l'Ouest, par la ZS de Boko et par la rivière Wamba. Les grandes liaisons sont les routes secondaires qui posent parfois de sérieux problèmes pendant la saison de pluie pour accéder à certaines aires de santé. La route Nationale N°1 à 280 Km de Kinshasa et la voie Aérienne à une heure de vol de Kinshasa, l'aérodrome à 3 Km du BCZS (non fonctionnel en ces jours). La zone de santé de Kenge a une population estimée environ à **320 196** habitants en 2022 et une superficie estimée à 5558 Km². Elle a une densité de 57,6 habitants/ km². Elle compte plusieurs groupes ethniques dont : les Yaka, les Pelende, les Suku, les Mbala, les Ngongo, les Songo, les Tsamba et les Yansi. Deux langues nationales à savoir le lingala et le Kikongo sont couramment parlées à Kenge. Sur le plan économique, les gens vivent du petit commerce, du travail rémunéré et de l'agriculture de subsistance. C'est ce qui caractérise la pauvreté et le faible niveau d'instruction.

2.2. Méthodologie

L'approche quantitative a permis de collecter des données sur les services utilisés, de quantifier ce phénomène exprimé en pourcentage. Par contre, l'approche qualitative nous a permis d'explorer le phénomène social de notre étude en appréciant la qualité des services afin de déterminer le niveau de performance organisationnelle.

Quelques méthodes et techniques ont été utilisées pour réaliser cette étude. **La méthode empirique**, nous permet de palper du doigt les évidences de notre thème en s'appuyant sur l'observation. Nos recherches sont comprises dans le sens d'une démarche logique ou un processus rationnel visant l'acquisition des connaissances. Cette démarche systématique dépend du rassemblement des informations empiriques en vue de détailler, d'éclaircir, de pronostiquer ou de contrôler des faits sociaux : (<https://ijssass.com/journal/>) recours aux services de santé par la population. **La méthode statistique**, après avoir collecté les données, nous les avons saisies dans une matrice Excel (logiciels Microsoft Office Excel 2016) qui a constitué la première base des données. Les techniques ci-dessous ont appuyé les méthodes citées ci-haut. Avec l'**analyse documentaire**, nous avons eu à exploiter la documentation déjà existante sur les recherches antérieures menées par d'autres chercheurs relatifs à notre sujet de recherche en vue de mettre une fondation du cadre théorique de notre étude. Nous avons consacré le temps à la lecture des ouvrages qui cadrent avec les généralités sur les théories de l'économie, de la santé en général et de l'accessibilité aux soins en particulier.

La collecte des données a été faite grâce à la grille d'évaluation de quantité qui est un outil conçu par PDSS. Il nous a permis (<https://ijssass.com/journal/>) d'évaluer le niveau de l'utilisation des services par les usagers. Pour notre étude, nous avons fait usage de la grille d'évaluation en quantité du centre de santé. Il est composé de 15 prestations ou domaines qui sont des indicateurs d'évaluation à savoir : Consultation Externe (nouveaux cas), Consultation Externe (nouveaux cas patient indigent) - plafond 5%, Cas sévère référé à l'hôpital (contre-référence disponible), Enfant complètement vacciné, Petite chirurgie, Consultation Post natale, Consultation Prénatale-1^{ère} visite, Consultation Prénatale- 4^{ème} visite, Accouchement assisté, Césarienne, Nouvelles acceptantes en Post-partum, Renouvellement méthodes contraceptives modernes, Surveillance de la croissance d'enfants de 0 à 23 mois, Surveillance de la croissance d'enfants de 24 à 59 mois et Visite à domicile.

Ainsi que la grille d'évaluation qualité qui est un outil conçu également par le PDSS, qui nous a servi pour évaluer la performance organisationnelle des formations sanitaires. Il est composé

de 15 domaines qui constituent les indicateurs d'évaluation à savoir : Organisation générale, Plan de management, Finances, Comité des Indigents, Hygiène et Stérilisation, Consultations externe, Planning familial, Laboratoire, Services d'observation, Gestion Médicaments et intrants, Disponibilité des Médicaments traceurs, Service de maternité, Vaccination, Soins prénatal et VIH/TB.

Dans cette étude, l'approche descriptive est utilisée par le fait que nous nous sommes servi des données secondaires c'est-à-dire des données disponibles au bureau de l'Etablissement d'Utilité Publique du Financement Basé sur la Performance, EUP-FBP en sigle, qui est une agence qui achète les données des services utilisés pour le compte du Projet de Développement du Système de Santé, PDSS en sigle.

Étant donné que l'évaluation se fait trimestriellement, pour l'évaluation en quantité, le niveau d'atteinte des cibles était calculé en pourcentage en tenant compte des données déclarées par les structures ainsi que celles vérifiées et validées par les vérificateurs. Nous portons à la connaissance de nos lecteurs que l'évaluation de quantité était faite sur base des résultats de vérification et validation des données des vérificateurs de l'EUP.

Quant à l'évaluation qualité, nous avons commencé par calculer les indicateurs par trimestre. Ensuite, nous avons additionné les cotes de chaque indicateur pour tous les trimestres et enfin, nous avons calculé la moyenne annuelle en divisant les cotes de chaque sous-total par 4 (trimestres).

Les données sont validées sur base du seuil fixé par PDSS, concepteur des grilles d'évaluation, quantité et qualité. Ces seuils est fixé à 80%, c'est-à-dire que lorsque les services sont utilisés à 80%, cela veut dire qu'il y a une utilisation effective et aussi le niveau de la performance organisationnelle est très bon. De 79 à 70%, il y a une bonne utilisation des services et le niveau de la performance organisationnelle est bon. De 69 à 60%, l'utilisation des services est assez bonne et le niveau de la performance organisationnelle est acceptable. Cependant, de 59 à 50%, l'utilisation des services est faible et le niveau de la performance organisationnelle est faible également.

3. Résultats et discussion

3.1. Résultats

• Évaluation quantité par indicateur

Il ressort du tableau ci-dessous qu'en 2022, l'utilisation des services était satisfaisante pour certaines prestations telles que : les enfants complètement vaccinés EVC (50,4%), la consultation post natale CPON (51,7%), la première visite de consultation prénatale CPN1 (82,2%), les accouchements assistés (60,2%), la césarienne (119,4 %), les clientes qui ont renouvelé les méthodes contraceptives modernes (198,2%), la consultation préscolaire CPS pour les enfants de 12 à 59 mois (53,7%). Par contre pour d'autres, elle n'était satisfaisante comme la consultation externe CE (28,2%), la consultation externe pour les indigents (0,0%), la petite chirurgie (44,0%), les cas sévères référés à l'Hôpital Général de Référence (37,5%), la quatrième visite de consultation prénatale CPN4 (44,5%), les nouvelles acceptantes en post-partum (5,7%), la consultation préscolaire (CPS) pour les enfants de 0- 23 mois (26,5%) et les visites à domicile (VAD) (30,5%).

Tableau n°1: résultats de l'évaluation quantité par indicateur en 2022

Prestations /indicateurs	Cible	Déclarées	%	Validées	%
Consultation Externe	70610	20252	28,7	19877	28,2
Consultation Externe Indigent	3716	11	0,3	1	0,0
Référence	1487	569	38,3	558	37,5
Petite chirurgie	3345	1607	48,0	1470	44,0

Enfant Complètement Vacciné	2594	1647	63,5	1307	50,4
Consultation Post natale (CPON)	4757	1963	41,3	2461	51,7
Consultation Prénatale1(CPN1)	2676	2404	89,8	2199	82,2
Consultation Prénatale 4 (CPN4)	2676	1266	47,3	1190	44,5
Accouchement assisté	2676	1636	61,1	1610	60,2
Césarienne	67	88	131,3	80	119,4
Nouvelles acceptantes en post-partum	11488	644	5,6	659	5,7
Renouvellement méthodes contraceptives modernes	250	508	203,4	495	198,2
Consultation préscolaire (CPS) 0-23 mois	24082	6537	27,1	6387	26,5
Consultation préscolaire (CPS) 24-59 mois	8548	7108	83,2	4588	53,7
Visites à domicile (VAD)	21236	7622	35,9	6478	30,5

Source : tableau conçu par nous-mêmes sur base des données collectées sur terrain

De ce du tableau ci-dessous, il ressort que l'utilisation des services était satisfaisante pour certaines prestations telles que : Petite chirurgie (51%), la consultation post natale CPON (74%), première visite de consultation prénatale CPN1 (62%), la quatrième visite de consultation prénatale CPN4 (61%), les accouchements assistés (96%), les césariennes (154%), les visites à domicile VAD (56%). Par contre pour d'autres, elle n'était satisfaisante comme la consultation externe CE (26%), la consultation externe pour les indigents (41%), les cas sévères référés à l'Hôpital Général de Référence (8%), les enfants complètement vaccinés ECV (44%), les nouvelles acceptantes en post-partum (39%), les clientes qui ont renouvelé les méthodes contraceptives modernes (19%), la consultation préscolaire CPS pour les enfants de 0 à 23 mois (37%), la consultation préscolaire CPS pour les enfants de 24 à 59 mois (30%).

Tableau 2 : résultats de l'évaluation quantité par indicateur en 2023

Prestations	Cible	Déclarées	%	Vérifiées et validées	%
Consultation Externe	76047	20625	27	19725	26
Consultation Externe Indigent	4002	1880	47	1625	41
Référence	3602	500	14	287	8
Petite chirurgie	4002	2371	59	2026	51
Enfant Complètement Vacciné (ECV)	2794	1786	64	1224	44
Consultation Post natale (CPON)	2882	2554	89	2142	74
Consultation Prénatale 1 (CPN1)	2882	2329	81	1782	62
Consultation Prénatale 4 (CPN4)	2562	1876	73	1563	61
Accouchement assisté	2562	2580	101	2470	96
Césarienne	53	97	182	82	154
Nouvelles acceptantes en post-partum	1601	898	56	627	39
Renouvellement méthodes contraceptives modernes	5043	1239	25	983	19
Consultation préscolaire (CPS) 0 - 23 mois	25295	15271	60	9416	37
Consultation préscolaire (CPS) 24-59 mois	9046	7374	82	2693	30
Visites à domicile (VAD)	22871	15210	67	12868	56

Source : tableau conçu par nous-mêmes sur base des données collectées sur terrain

En comparant l'utilisation des services pour les deux années, nous concluons que 6 prestations sur 15 soit 40% étaient plus utilisées en 2022 notamment les consultations externes (28,2%), les cas sévères référés à l'Hôpital Général de Référence (37,5%), les enfants complètement vaccinés ECV (50,4%), la première visite de consultation prénatale CPN1 (82,2%), les clientes qui ont renouvelé les méthodes contraceptives modernes (198,2%), la consultation préscolaire CPS pour les enfants de 24 à 59 mois (53,7%).

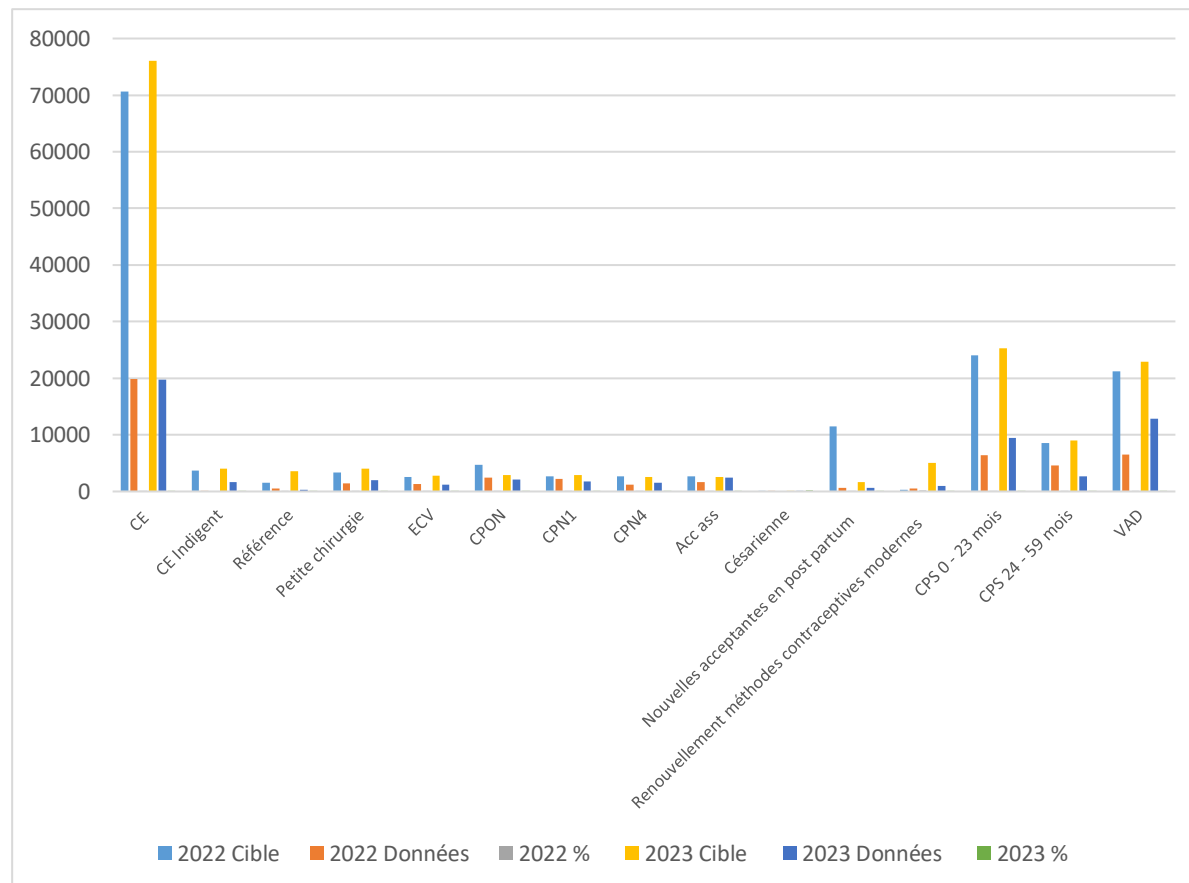
Tableau 3 : évolution de l'utilisation des services (évaluation quantité)

Année	2022			2023		
Domaines ou indicateurs	Cible	Données	%	Cible	Données	%
Consultation Externe	70610	19877	28,2	76047	19725	26
Consultation Externe Indigent	3716	1	0,0	4002	1625	41
Référence	1487	558	37,5	3602	287	8
Petite chirurgie	3345	1470	44,0	4002	2026	51
Enfant Complètement Vacciné (ECV)	2594	1307	50,4	2794	1224	44
Consultation Post natale (CPON)	4757	2461	51,7	2882	2142	74
Consultation Prénatale 1 (CPN1)	2676	2199	82,2	2882	1782	62
Consultation Prénatale 4 (CPN4)	2676	1190	44,5	2562	1563	61
Accouchement assisté	2676	1610	60,2	2562	2470	96
Césarienne	67	80	119,4	53	82	154
Nouvelles acceptantes en post-partum	11488	659	5,7	1601	627	39
Renouvellement méthodes contraceptives modernes	250	495	198,2	5043	983	19
Consultation préscolaire (CPS) 0 - 23 mois	24082	6387	26,5	25295	9416	37
Consultation préscolaire (CPS) 24-59 mois	8548	4588	53,7	9046	2693	30
Visites à domicile (VAD)	21236	6478	30,5	22871	12868	56

Source : tableau conçu par nous-mêmes sur base des données collectées sur terrain

Cependant, 8 soit 60% étaient plus utilisées en 2023 à savoir : la consultation externe pour les indigents (41%), la petite chirurgie (51%), la consultation post natale CPON (74%), la quatrième visite de consultation prénatale CPN4 (61%), les accouchements assistés (96%), les césariennes (154%), les nouvelles acceptantes en post-partum (39%), la consultation préscolaire CPS pour les enfants de 0 à 23 mois (37%), les visites à domicile (VAD) (56%).

Graphique 1 : évolution de l'utilisation des services (évaluation quantité)



Source : graphique conçu par nous-mêmes sur base des données collectées sur terrain

3.1.1. Résultats de l'évaluation qualité par indicateur en 2022

De ce tableau ci-dessous, il ressort que sur le maximum de 407 points, la zone de santé a obtenu 231,25 soit 56,8%. Cela nous amène à comprendre que la population a utilisé les services des soins de santé mis à sa disposition. Mais certes, une faible utilisation.

Tableau 4 : synthèse sur l'évaluation qualité 2022

N°	Service	Max	Points	%
1	Organisation générale	31	21	5,2
2	Plan de management	9	9	2,2
3	Finance	15	4	0,9
4	Comité des indigents	20	5	1,2
5	Hygiène et Stérilisation	31	5,5	1,4
6	Consultations externe	125	65,5	16
7	Planning familial	32	16	3,9
8	Laboratoire	17	14	3,4
9	Services d'hospitalisation	6	3,25	0,8
10	Médicaments et consommables	20	17	4,2
11	Médicaments traceurs	32	25,5	6,3
12	Service Gynéco-Obstétrique	24	20,5	5
13	Programme Elargi de Vaccination (PEV)	20	12,5	3
14	Consultation Prénatale	12	7	1,7
15	VIH/TB	8	5,5	1,4
Total		407	231,25	56,8

Source : tableau conçu par nous-mêmes sur base des données collectées sur terrain

3.1.2. Résultats de l'évaluation qualité par indicateur en 2023

De ce tableau ci-dessous, il ressort que sur le maximum de 407 points, la zone de santé a obtenu 248,25 soit 60,9%. Cela nous amène à comprendre que la population a utilisé les services des soins de santé mis à sa disposition. Mais certes, une faible utilisation.

Tableau 5 : synthèse sur l'évaluation qualité 2023

N°	Service	Max	Points	%
1	Organisation générale	31	21	5,2
2	Plan de management	9	9	2,2
3	Finance	15	4	0,9
4	Comité des Indigents	20	5	1,2
5	Hygiène et Stérilisation	31	10,5	2,5
6	Consultations externe	125	71,5	17,5
7	Planning familial	32	16	3,9
8	Laboratoire	17	14	3,4
9	Services d'hospitalisation	6	3,25	0,8
10	Médicaments et consommables	20	22	5,4
11	Médicaments traceurs	32	25,5	6,3
12	Service Gynéco-Obstétrique	24	20,5	5
13	Programme Elargi de Vaccination (PEV)	20	12,5	3
14	Consultation Prénatale	12	8	1,9
15	VIH/TB	8	5,5	1,4
Total		407	248,25	60,9

Source : tableau conçu par nous-mêmes sur base des données collectées sur terrain

L'analyse du tableau et graphique ci-dessous, montrent qu'en 2023, les structures de santé étaient plus performantes avec un score de 248,25 soit 60,9% qu'en 2022 avec un score de 231,25 soit 56,8%. Donc, une légère amélioration de 4,1% a été observée.

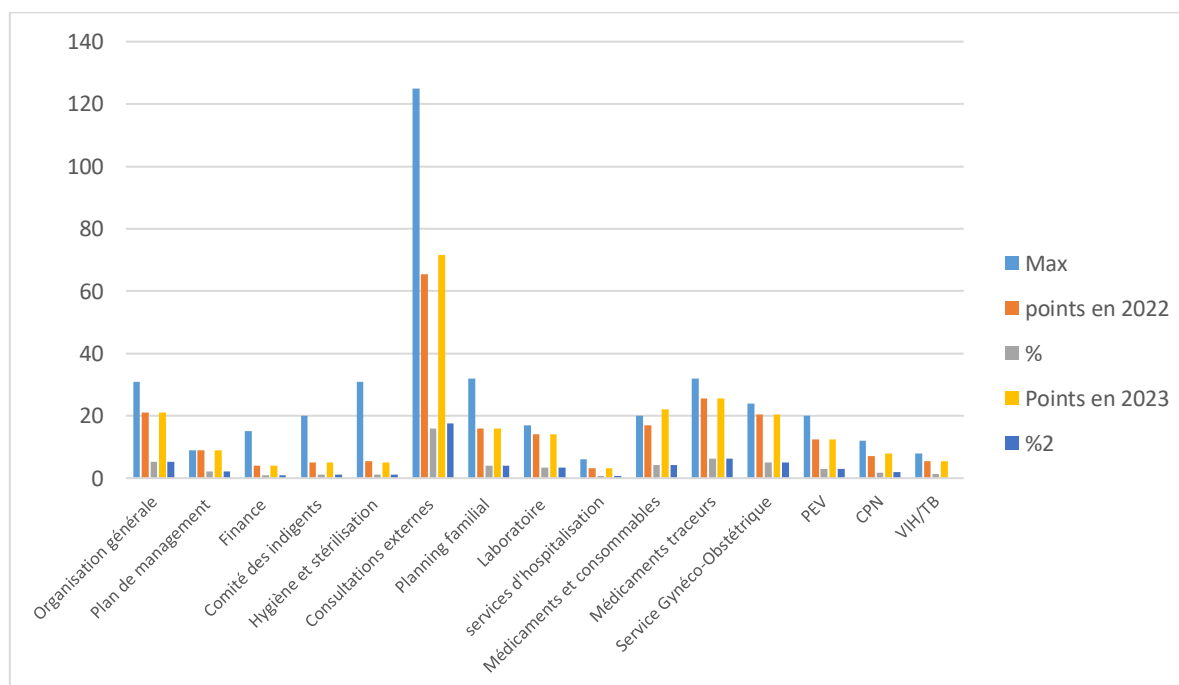
L'évaluation en quantité a montré que la population a utilisé les services des soins de santé mis à sa disposition, 2022 (40%) et 2023 (60%). Mais il y a une faible utilisation malgré une légère amélioration enregistrée en 2023. Par ailleurs, s'agissant de l'évaluation qualité pour les deux années sous étude, 2022 (56,8%) et 2023 (60,9%) le niveau de la performance organisationnelle était faible. Cependant ces résultats ont besoin d'être comparés à ceux d'autres chercheurs pour permettre de tirer les conclusions qui s'imposent.

Tableau 6 : évolution de l'utilisation des services (évaluation qualité)

N°	Service	Max	Points en 2022	%	Points en 2023	%
1	Organisation générale	31	21	5,2	21	5,2
2	Plan de management	9	9	2,2	9	2,2
3	Finance	15	4	0,9	4	0,9
4	Comité des indigents	20	5	1,2	5	1,2
5	Hygiène et Stérilisation	31	5,5	1,4	10,5	2,5
6	Consultations externe	125	65,5	16	71,5	17,5
7	Planning familial	32	16	3,9	16	3,9
8	Laboratoire	17	14	3,4	14	3,4
9	Services d'hospitalisation	6	3,25	0,8	3,25	0,8
10	Médicaments et consommables	20	17	4,2	22	4,2
11	Médicaments traceurs	32	25,5	6,3	25,5	6,3
12	Service Gynéco-Obstétrique	24	20,5	5	20,5	5
13	Programme Elargi de Vaccination (PEV)	20	12,5	3	12,5	3
14	Consultation Prénatale	12	7	1,7	8	1,9
15	VIH/TB	8	5,5	1,4	5,5	1,4
Total		407	231,25	56,8	248,25	60,9

Source : tableau conçu par nous-mêmes sur base des données collectées sur terrain

Graphique 2 : évolution de l'utilisation des services (évaluation qualité)



Source : graphique conçu par nous-mêmes sur base des données collectées sur terrain

3.2. Discussion

Les résultats de notre étude montrent que la population de la zone de santé de Kenge n'utilise pas bien les services de santé. Etant donné le fait que nous avons présenté les résultats des

données secondaires, nous envisageons mener une autre étude qui va nous permettre de creuser pour chercher les causes de non-utilisation effective des services par la population de la zone de santé de Kenge. Ces résultats sont similaires à ceux de Cilundika Mulenga P. et al. (2015) qui dans leur étude ont montré qu'il y avait une faible proportion de l'utilisation des services curatifs était (<https://www.panafrican-med-journal.com/content/>) de 40% chez les enquêtés du niveau secondaire, contre 57,3% chez ceux du niveau primaire et 54,9% chez ceux sans niveau d'instruction (Cilundika Mulenga P. et al. 2015). Par contre, ils se contredisent avec la vision de la Couverture Santé Universelle qui consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services de soins préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin ; ces services doivent être disponibles, de bonne qualité et ne doivent pas coûter chers (<https://www.cncsurdc.com>). Nos résultats se marient à ceux de Levinais S. et Kaddar M. qui selon eux, dans les pays à faibles revenus, le coût lié à la santé peut être très délétère pour un ménage (remboursement difficile de l'emprunt contracté, perte de salaire lorsqu'un membre de la famille s'absente pour se rendre au CSP...) ce qui explique en partie la faible fréquentation des services (Levinais S. et Kaddar M., 1996). Cette situation de faible utilisation des soins est similaire à celle observée dans d'autres pays de la région, en particulier au Burundi où plus de 17% de la population ne se rend pas à une simple consultation (MINISANTE, 2004), en RDC où 18,9% des malades ont déclaré n'avoir pas accès à une consultation quelconque (MSF/Belgique, 2004), au Sénégal 50% (Mushagalusa Salongo P., 2005) et au Cameroun 51% (Sadio A. et Diop F., 1994). Krishna K. Manya et al. (2023), dans leur étude intitulée : Facteurs limitant l'utilisation des services de soins de santé par les ménages à Lubumbashi en RDC ont conclu que l'utilisation des services de soins de santé se trouve limitée par faute de manque de financement de services par l'État ou par d'autres systèmes d'assurances santé ou des mutualités. Ce résultat se rapproche de celui nôtre du fait que dans les deux études, les services de santé ne sont pas effectivement utilisés. Il se rapproche également de celui de Kadidiatou Kanta (2007) qui a constaté aussi une faible utilisation des services de santé moderne due à l'automédication.

Contrairement au résultat de l'étude de Munyamahoro M. et Ntaganira J. (2012) où une très faible proportion des femmes (24%) a réalisé les quatre visites prénatales recommandées par l'OMS, dans notre étude, cette proportion s'élève à 61%.

4. Conclusion et perspectives

L'évaluation qualité a montré que pour les deux années de l'étude, 2022 (56,8%) et 2023 (60,9%), les niveaux de la performance organisationnelle étaient faibles puisque, bien que la population a utilisé (Philippe et al., 2015) les services des soins de santé mis à sa disposition, 2022 (40%) et 2023 (60%). Mais certes, cette utilisation est faible malgré une légère amélioration enregistrée en 2023.

Concernant l'évaluation en quantité, notre étude montre que pendant les deux années, l'utilisation des services était également faible surtout en 2022 où 6 prestations sur 15 soit 40% étaient plus utilisées. Malgré l'amélioration qui enregistrait en 2023 où 8 prestations étaient plus utilisées, soit 60%, ils étaient loin d'atteindre le critère de 75%.

Cette réalité nous amène à conclure que les services de santé ne sont pas très bien utilisés par la population de la zone de santé de Kenge.

Les résultats de la présente recherche ont des implications pour la politique nationale de la santé. Ils pourraient être utilisés par les décideurs politiques pour élargir leur objectif de faciliter l'accès de toute la population aux services de santé en augmentant les stratégies qui pourront permettre le rapprochement des services de santé par la création des mutuelles de santé et le découpage de la zone de santé. Considérant les résultats obtenus dans cette étude et en vue de promouvoir l'utilisation des services de santé par la population, quelques recommandons ont été formulées aux autorités compétentes :

- De procéder à l'uniformisation de la tarification dans les institutions publiques et privées, de manière à l'adapter au revenu de la population de la zone de santé de Kenge ;
- De mettre en œuvre des réformes de la couverture universelle telles que définies par l'OMS (2008), réformes qui font en sorte que les systèmes de santé contribuent à l'équité, à la justice sociale et à la fin de l'exclusion, essentiellement en tendant vers l'accès universel aux soins et à la sécurité sociale ;
- D'appliquer les réformes des prestations de services qui réorganisent les services de santé autour des besoins et des attentes de la population, afin de les rendre plus pertinents socialement et plus réactifs aux changements du monde, tout en produisant de meilleurs résultats ;
- De réduire le recours aux paiements directs en encourageant la mutualisation du risque envisager une approche de prépaiement, autrement dit, la voie empruntée par la plupart des pays qui se sont le plus rapprochés de la couverture universelle ;
- D'envisager le découpage de la zone de santé de Kenge en deux zones (zone de santé de Kenge et zone de santé de Kolokoso) pour rapprocher les services aux usagers.
- Ainsi, la mise en place de ces stratégies pourra permettre l'amélioration du système afin que la population utilise effectivement les services de santé mis à sa disposition.

Références

- (1). Aday L. A. et Andersen R.M. (1973), A framework for the study of access to medical care, *Health services research*.
- (2). Andersen R.M. (1995), Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of health and social behavior*.
- (3). Cilundika Mulenga P. et al. (2015), 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, in *Pan Afrique Journal*, vol. 21.
- (4). Coldefy, Lucas-Gabrielli et al., (2011), Mesurer l'accessibilité spatiale aux soins primaires en France. In : Cist 2011- Fonder les sciences du territoire, collège international des sciences du territoire (CIST), Nov 2011, Paris, France.
- (5). Diane McIntyre et al (2007), Enseignements tirés de l'Expérience: Le financement des soins de santé dans les pays à faibles et moyens revenus, Genève.
- (6). EMERY NSUNGU MBUKU, RICHARD NKWAHATA NTAMBU, EMMANUEL BUHENDWA RUTEMBA, BAUDRAS TABIBI MANGOMBO, AUGUSTIN KANDONGO LUTUMBA (2023), FACTEURS ASSOCIES a L'INACCESSIBILITE DES MENAGES DE LA ZONE DE SANTE URBANO RURALE DE KENGE AUX SOINS DE SANTE. – International Journal of Social Sciences and Scientific Studies. <https://ijssass.com/journal/facteurs-associes-a-linaccessibilite-des-menages-de-la-zone-de-sante-urbano-rurale-de-kenge-aux-soins-de-sante/>
- (7). Kadidiatou Kanta (2007), Utilisation des services de santé et Perception de la qualité des soins par les populations de l'aire de santé de Segué (cercle de Kolokani), Thèse de Doctorat, Université de Bamako, République du Mali.
- (8). Krishna K. Many et al. (2023), Facteurs limitant l'utilisation des services de soins de santé par les ménages à Lubumbashi, RDC in *Revue de l'Infirmier Congolais*, R.I.C.
- (9). Levinais S. et Kaddar M. (1996), Analyse de l'expérience ses centrales d'achat des médicaments essentiels et de matériel médical dans le cadre de l'initiative de Bamako. Cas des pays d'Afrique subsaharienne francophone. Rapport sur le Burkina Faso. Centre International de l'Enfance, Paris.

- (10). Lucas-Gabrielli V., Aurelie P., Laure C. et Magali C. (2016), Pratiques spatiales d'accès aux soins, Le rapport de l'IRDES, n°564, octobre.
- (11). MINISANTE (2004), Amélioration de l'accès aux services de santé au Rwanda : le rôle de l'assurance, Kigali.
- (12). Ministère de la santé publique (DEP) (2004), Etude sur l'accessibilité des communautés aux soins de santé, Kinshasa, octobre.
- (13). Ministère de la santé publique (DEP) (2004), Problématique du financement de la santé en RDC, Kinshasa, mai.
- (14). MSF/Belgique (2004), Les vulnérables privés des soins de santé, Bujumbura, Burundi, avril.
- (15). Munyamahoro M. et Ntaganira J. (2012), Revue Médicale Rwandaise, March 2012, vol.69
- (16). Mushagalusa Salongo Pacifique (2005), Etude des déterminants socio - économiques de l'utilisation des services de santé par les ménages de la zone de santé de Kadutu/ province du sud – Kivu, décembre.
- (17). OMS (2008), Les soins de santé primaires maintenant plus que jamais, Rapport de la santé dans le monde.
- (18). Peters, J. and Hall G.B. (1999), Assessment of ambulance response performance using a geographic information system, Social Science and Medicine.
- (19). Philippe, C. M., Eleuthère, M. K., Ghislain, K. K., Crispin, M. M., Sylvie, K. M., Eric, M. S., Ghislain, M. N., & Oscar, L. N. (2015). 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. Pan African Medical Journal, 21. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.173.6554>
- (20). Powell M. (1995), On the outside looking in *medical geography, medical geographers and access to health care*, Health and Place.
- (21). Ridde V, Belaid L, Samb OM, Faye A. (2014), Health system revenue collection in *Burkina Faso from 1980 to 2012*, *Santé Publique*, 26: 715-725.
- (22). Sadio A et Diop F. (1994), Utilisation et demande de services de santé au Sénégal, Bethesda, USA, août.
- (23). Walkowiak H. et Putter S. (2015), Bonne gouvernance dans la gestion des médicaments - Global Health eLearning Center.