



ESTIMATION DES COÛTS DIRECTS DES SOINS DE SANTÉ ET FACTEURS ASSOCIÉS CHEZ LES MÉNAGES À MBUJIMAYI, RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Jean-Paul MBIKAYI MUYA

Chef de travaux à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbuji mayi

Janvier EGUDRA NYADRI

Professeur Associé à l'Université de Kisangani

Félicien ILUNGA ILUNGA

Professeur à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa

Jean-Christophe NTITA NTITA

Professeur à l'Université Officielle de Mbuji mayi

Jean-Paul RAMAZANI BIN SABITI

Professeur à l'Université de Kisangani.

Résumé : Les coûts directs des soins de santé constituent une source majeure de vulnérabilité financière pour les ménages dans les pays à faible revenu en particulier dans les contextes où les mécanismes de protection sociale restent limités. La présente étude vise à estimer le niveau des dépenses directes de santé et à identifier leurs déterminants chez les ménages de la ville de Mbuji mayi en République démocratique du Congo. Une étude transversale analytique a été conduite auprès de 4.860 ménages sélectionnés selon un échantillonnage en grappes à plusieurs degrés. Les données ont été collectées à l'aide de l'application KoboCollect. Les coûts directs incluaient les dépenses liées aux consultations, aux médicaments, aux examens para-cliniques, à l'hospitalisation et au transport. Les résultats montrent que le coût médian des soins de santé s'élève à 76,000 CDF, avec une contribution importante des dépenses en médicaments et en hospitalisation. Une proportion significative de ménages a recours à des mécanismes de financement contraints tels que l'emprunt (47,9%) et la vente de biens (47,3%), traduisant une forte pression économique liée aux soins. L'analyse multivariée montre que les chefs de ménages du sexe masculin dépensent environ 70% de plus que les chefs de ménages de sexe féminin, le ménage avec un statut socioéconomique bas et moyen dépensent environ 90% de plus que le ménage du niveau économique élevé, les ménages avec une maladie chronique et ceux ayant recours à l'emprunt dépensent environ 90% de plus que les ménages sans maladie chronique et n'ayant pas recours à l'emprunt, de même les ménages ayant vendu des biens pour la maladie ont dépensés environ 50% de plus que ceux n'ayant pas vendu les biens pendant la maladie et le ménage ayant connu un retard dans le paiement de soins dépensent environ 20% de plus que les ménages qui n'ont pas eu le retard dans les paiements de soins. Ces résultats mettent en évidence une forte dépendance des ménages aux paiements directs et une insuffisance des mécanismes de protection financière. Les dépenses de santé apparaissent ainsi comme un facteur important d'appauvrissement en particulier pour les ménages les plus vulnérables. Le renforcement de la couverture sanitaire universelle, la régulation des coûts des services de santé et le développement de mécanismes de

financement équitables s'imposent comme des priorités pour améliorer l'accessibilité financière aux soins et réduire le risque de dépenses catastrophiques.

Mots-clés : Coûts directs de soins, dépenses de santé, déterminants, ménages, protection financière, République démocratique du Congo, etc.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.20811749>

INTRODUCTION

Les coûts directs de santé représentent une composante importante des dépenses des ménages pour accéder aux services de santé, notamment dans les pays où les mécanismes de prépaiement et l'assurance maladie sont insuffisants ou inexistantes. Ces coûts comprennent les paiements effectués au moment de l'utilisation des services de santé, tels que les consultations, l'achat de médicaments, les examens de laboratoire, l'hospitalisation ou encore les frais de transport. Lorsqu'ils deviennent élevés, ces coûts peuvent être qualifiés de catastrophiques, c'est-à-dire qu'ils absorbent une part importante du revenu ou dépenses totales des ménages, entraînant des arbitrages pénalisants entre santé, alimentation et autres besoins essentiels (Xu, Evans, Kawabata, Zeramdini, Klavus et Murray, 2003).

En effet, la charge financière des soins de santé constitue un enjeu majeur pour les ménages à travers le monde. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2019), plus de 930 millions de personnes dépensent au moins 10% de leur revenu pour accéder aux soins de santé, ce qui entraîne souvent des dépenses catastrophiques. De nombreuses études ont montré que le financement direct des soins de santé par les ménages demeure un obstacle important à l'accès équitable aux services. Une analyse multicentrique menée par Xu et al. (2003) a révélé que, dans plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire, une large proportion des foyers dépensent plus de 40% de leur budget disponible après dépenses alimentaires uniquement pour des soins de santé, ce qui les expose à un appauvrissement financier significatif. Ces résultats ont servi de fondement aux indicateurs de suivi de la Couverture sanitaire universelle (CSU) définis dans les objectifs de développement durable, notamment l'indicateur mesurant la prévalence des dépenses de santé catastrophiques.

Dans les pays européens, malgré l'existence de système de protection sociale avancés, certaines populations continuent de faire face à des dépenses soutenues. Un rapport de l'OCDE (2021) a montré qu'en France ou en Allemagne, la part des dépenses de santé payées directement par les ménages, bien que faible comparée à d'autres régions du monde, reste non négligeable pour les familles à faible revenu ou celles confrontées à des soins spécialisés non entièrement couverts. Ces constats indiquent que même dans des contextes à forte couverture sociale, les coûts directs peuvent influencer les comportements de recours aux soins et la sécurité financière.

Les Etats-Unis, malgré un financement mixte public-privé et une part importante de la population couverte par une assurance, continuent de présenter une prévalence importante de dépenses directes élevées de santé. Coughlin et Long (2019) ont montré que plus d'un ménage sur dix supportait encore des coûts directs importants supérieurs au seuil de catastrophe, souvent liés aux traitements chroniques ou à des hospitalisations prolongées. En Amérique du Nord, les Etats-Unis continuent d'affronter un fardeau élevé lié aux soins, surtout parmi les populations non assurées ou sous assurées (Papanicolas et al, 2018).

En Asie, les pays à revenu intermédiaire, tels que l'Inde ou l'Indonésie, des études ont aussi rapporté des niveaux élevés de dépenses directes de santé. Une enquête nationale en Inde a mis en évidence que près de 17% des ménages faisaient face à des dépenses catastrophiques annuelles liées à la santé, surtout dans les zones rurales et parmi les populations les plus pauvres (Sriram et al, 2012).

Les pays d'Afrique Subsaharienne présentent une dépendance encore plus importante aux paiements directs. Au Nigeria, Onwujekwe et ses collègues (2010) ont montré que 90% des soins de santé étaient financés directement par les ménages, avec des conséquences économiques sévères telles que la réduction des dépenses alimentaires et l'incapacité à payer pour des services essentiels. Au Kenya, Barasa et al (2017) ont identifié que les dépenses de santé directes augmenteraient significativement le risque de bas de revenu restant sous le seuil de pauvreté, malgré certaines initiatives de couverture partielle.

En République démocratique du Congo (RDC), le financement des soins repose encore largement sur les paiements directs effectués par les ménages et la couverture d'assurance maladie est marginale. Les données disponibles indiquent qu'une part substantielle de la population engage elle-même des dépenses pour accéder aux services de santé, sans filet de protection sociale suffisant (World Health Organization, 2018). L'accès aux soins est fortement influencé par les ressources financières des ménages, avec une vulnérabilité particulière dans les provinces éloignées et peu urbanisées (Ministère de la santé, 2021).

Dans des provinces comme le Kasai-Oriental, les possibilités économiques des ménages sont souvent limitées par la pauvreté structurelle, la précarité de l'emploi et l'absence de mécanismes fiables de financement prévisible des soins. La ville de Mbuji-Mayi, chef-lieu de cette province, illustre particulièrement ces défis. Dans ce contexte socioéconomique complexe, les ménages doivent fréquemment recourir à l'épargne familiale, à l'emprunt, voire à la vente de biens pour financer les soins de santé, notamment en cas des maladies aiguës ou chroniques. Ces stratégies d'ajustement financier, bien que parfois nécessaires, exposent les ménages à des risques économiques importants et peuvent compromettre leur résilience financière à long terme.

En raison de ces constats, il est crucial de produire des estimations rigoureuses des coûts directs moyens de santé supportés par les ménages et de comprendre les facteurs socioéconomiques, démographiques et sanitaires qui influencent la probabilité d'engager des dépenses élevées. Une telle compréhension permettra d'éclairer les décideurs publics dans la formulation de politiques de financement plus équitables adaptées aux réalités locales et susceptibles de renforcer la protection financière des ménages en République démocratique du Congo.

La présente étude cherche donc à répondre aux questions suivantes : Quels sont les coûts directs moyens de santé et quels en sont les facteurs qui déterminent la probabilité d'engager des coûts élevés ?

Objectif général

Estimer les coûts directs moyens de santé supportés par les ménages de Mbuji-Mayi et identifier les principaux facteurs socioéconomiques, démographiques et sanitaires influençant la probabilité d'engager des coûts élevés des soins.

Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques socioéconomiques et démographiques des ménages ;
- Estimer les coûts directs moyens des soins de santé notamment les consultations, l'achat de médicaments, les examens para-cliniques, l'hospitalisation et le transport ;
- Analyser l'association entre les caractéristiques des ménages et le coût direct des soins ;
- Identifier les déterminants principaux des coûts élevés des soins de santé.

Méthodes

Cette étude a adopté une approche quantitative de type transversal à visée analytique, permettant d'estimer les coûts directs des soins de santé et d'identifier les facteurs qui leur sont associés au niveau des ménages. L'analyse a combiné des méthodes descriptives et multivariées afin d'assurer une interprétation rigoureuse des données. Les analyses descriptives ont permis de résumer les variables étudiées. Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de moyennes et écarts-types ou de médianes avec intervalles interquartiles, selon la distribution des données, tandis que les variables qualitatives ont été exprimées en fréquences et pourcentages.

Par ailleurs, les analyses ont été réalisées afin d'explorer les associations entre le coût direct des soins de santé et les variables explicatives, à l'aide du test t de student pour la comparaison des moyennes. Une analyse multivariées a ensuite été conduite à l'aide d'un modèle de régression linéaire généralisé (GLM) adapté pour la distribution de coût asymétrique. Une transformation logarithmique des coûts a été appliquée afin de corriger l'asymétrie de leur distribution. Les effets marginaux ont été analysés; pour la validité de modèle final, nous avons usé de test de Park modifié en choisissant le Gamma . Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$ pour l'ensemble des analyses.

Population et échantillon de l'étude

La population d'étude était constituée de l'ensemble des ménages de la ville de Mbujimayi, dans la province du Kasai-Oriental en République démocratique du Congo. Selon le Plan d'Action Opérationnel (PAO) de la Division Provinciale de la Santé du Kasai-Oriental (2025), cette population est estimée à 752.444 ménages. L'échantillonnage a été réalisé selon une approche stratifiée et à plusieurs degrés, prenant en compte l'organisation administrative et sanitaire de la ville. Dans un premier temps, les zones de santé ont constitué les strates principales. Au sein de chaque zone de santé, des aires de santé ont été sélectionnées proportionnellement à leur taille. Ensuite, au niveau de chaque aire de santé des avenues ont été identifiées et sélectionnées puis des parcelles ont été sélectionnées de manière systématique. Enfin, les ménages ont été choisis au sein des parcelles retenues. Cette procédure d'échantillonnage hiérarchisée a permis d'assurer une bonne représentativité spatiale et socioéconomique de la population étudiée. Au total 4978 ménages ont été inclus dans l'étude, répartis proportionnellement selon le poids démographique de chaque zone de santé et de chaque aire de santé sélectionnée.

Techniques de collecte des données

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire structuré auprès des chefs de ménage ou de leurs représentants. Cet outil a permis de recueillir des informations relatives aux caractéristiques sociodémographiques, à l'état de santé des membres du ménage, au recours aux services de santé ainsi qu'aux dépenses engagées pour les soins. La saisie des données a été effectuée de manière électronique sur le terrain à l'aide de l'application KoboCollect, ce qui a permis d'améliorer la qualité des informations collectées grâce à l'intégration de contrôle de cohérence et à la réduction des erreurs de saisie. Les enquêteurs ont été préalablement formés à l'utilisation de cet outil ainsi qu'à l'administration du questionnaire afin d'assurer l'harmonisation des procédures de collecte. Les informations relatives aux dépenses de santé ont été obtenues sur la base des déclarations des répondants, en tenant compte des différents postes des coûts directs, notamment les consultations, les médicaments, les examens para-cliniques, l'hospitalisation, le transport et les autres frais associés aux soins. Cette approche a permis de capter de manière détaillée les charges financières supportées par les ménages. Un contrôle de qualité a été assuré tout au long du processus de collecte, notamment par la supervision des enquêteurs sur terrain, et la vérification régulière des données transmises afin de garantir la fiabilité et la complétude des informations recueillies.

RESULTATS

1. Analyses descriptives

Tableau I : caractéristiques socioéconomique et démographiques

caractéristiques socioéconomiques et démographiques	n(%)	Médiane (IQ)
Age du chef de ménage (n=4860)		45(22)
Sexe (n=4860)		
Masculin	4141 (85,2)	
Féminin	719 (14,8)	
Niveau d'étude du chef de ménage (n=4860)		
sans niveau	231 (4,8)	
primaire	947 (19,5)	
secondaire	2860 (58,9)	
Supérieur	822 (16,9)	
Activité principale du chef de ménage (n=4860)		
Sans emploi	468 (9,6)	
Agriculture	404 (8,3)	
Commerce	1065 (21,9)	
Travail informel	1001 (20,6)	
Salarié	1222(25,1)	
Autres	700 (14,4)	

niveau socioéconomique du ménage (n=4860)

Bas	985 (20,3)
Moyen	2218 (45,6)
Elevé	1657 (34,1)

Dans ce tableau, la structure socioéconomique révèle une économie dominée par des revenus instables. Environ 42% des ménages vivent du commerce et du travail informel, confirmant une précarité des revenus. Le fait que 20,3% des ménages soient pauvres montre une base vulnérable importante. Cette structure implique une faible capacité d'absorption des chocs sanitaires rendant les ménages très sensibles aux dépenses de santé imprévues.

Tableau II : Présentation de données selon le cout moyen de dépenses liées aux soins

Variables évaluées	m±sd	Med(IQ)
Consultation en CDF		7000 (18000)
Médicaments		36500 (60000)
Examens paracliniques		10000 (15000)
Hospitalisation	16864.2±50738	
Transport	7206.57±21332	
Cout moyen de dépenses des soins		76000 (122000)
Log de dépenses	11.20±1.56	

Le coût médian de 76000CDF est élevé dans un contexte de faible revenu. La structure montre une dominance de l'achat des médicaments (36500CDF), ce qui reflète une absence de prise en charge efficace des soins essentiels. La forte variance de l'hospitalisation (± 50738 CDF) indique une forte instabilité des chocs sanitaires, typique des systèmes sans assurance maladie fonctionnels. Economiquement, cela signifie que le risque santé est entièrement porté par les ménages.

Tableau III : Caractéristiques liées à l'état de santé et recours aux soins des ménages

Caractéristiques	n=4860 n(%)
Maladies aiguës	
Oui	3242 (66,7)
Non	1618 (33,3)
Maladies chroniques	
Oui	865 (17,8)
Non	3995 (82,2)
Assurance maladie	
Oui	690 (14,2)
Non	4170 (85,8)
Emprunter pour soins	
Oui	2328 (47,9)
Non	2532 (52,1)
Vente de biens	
Oui	2298 (47,3)
Non	2562 (52,7)
Réduction dépenses alimentaires	
Oui	3192 (65,7)
Non	1668 (34,3)
Epargne utilisée	

Oui	2295 (47,2)
Non	2565 (52,8)
Aide ou dons	
Oui	2261 (46,5)
Non	2599 (53,5)

Ce tableau montre que les ménages adoptent massivement des stratégies d'ajustement financier non productives. Près de 47,9% (2328 ménages) s'endettent, et 47,3% vendent des biens, traduisant une désépargne forcée. Le fait que 65,7% réduisent leurs consommations alimentaires montre un arbitrage direct entre santé et nutrition. Ces comportements illustrent un phénomène économique classique : la santé devient un facteur d'appauvrissement structurel.

Tableau IV : Analyse de coût moyen de soins en fonction de caractéristiques liées à l'état de santé et recours aux soins des ménages

Caractéristiques	Coût moyen (log m±sd)	t-test	p-value
Aide/dons (n=4860)			
Oui	11.31±1.55	4,76	≤0,001
Non	11.09± 1.57		
Epargne utilisée (n=4860)			
Oui	11.12±1.44	3,41	≤0,001
Non	11.27±1.68		
Consultation sans achat médicaments (n=4860)			
Oui	11.35±1.44	8,70	≤0,001
Non	10.95±1.71		
Réduction dépenses alimentaires (n=4860)			
Oui	11.29±1.37	6,20	≤0,001
Non	10.98± 1.92		
Vente de biens (n=4860)			
Oui	11.44±1.36	10,4	≤0,001
Non	10.96±1.71		
Assurance maladie (n=4860)			
Oui	11.28±1.72	1,37	0,170
Non	11.18± 1.54		
Maladies aiguës			
Oui	11.23±1.30	2,0	0,043
Non	11.13± 2.03		
Maladies chroniques			
Oui	11.62±1.51	8,8	≤0,001
Non	11.10±1.05		

Ces résultats montrent une différenciation nette des coûts selon les contraintes économiques et sanitaires. Les résultats suggèrent que l'aide ou les dons sont associés à des coûts plus élevés ($t=4,76$) et $p \leq 0,001$), l'utilisation de l'épargne est liée à des coûts légèrement plus faibles ($t = 3,41$, $p \leq 0,001$), les résultats suggèrent que la consultation sans achat est associée à des coûts plus élevés, les résultats indiquent que la réduction des dépenses alimentaires est liée à des coûts plus élevés, suggérant que la vente de biens est associée à des coûts plus élevés ($t = 10,4$, $p \leq 0,001$), les maladies aiguës peuvent être associées à des coûts légèrement plus élevés ($t = 2,0$ et $p = 0,043$) et les maladies chroniques sont fortement associées à des coûts plus élevés ($t = 8,8$ et $p \leq 0,001$).

Tableau V: Déterminants des coûts élevés de soins de santé

Déterminants	Coef [IC95%]	p-value
Sexe masculin	1,7 [1,1-2,7]	0,012
Age du chef de ménage	1,0 [1,0-1,0]	<0,001
Niveau socioéconomique bas	1,9 [1,5-2,3]	<0,001
Niveau socioéconomique moyen	1,4 [1,1-1,7]	0,003
Maladies chroniques	1,9 [1,4-2,6]	<0,001
Emprunt	1,9 [1,7-2,1]	<0,001
Vente des biens	1,5 [1,4-1,7]	0,041
Retard de paiement	1,2 [1,1-1,4]	<0,001

Au vu de ce tableau, le modèle logistique confirme une structure de vulnérabilité économique forte. Les chefs de ménages du sexe masculin dépensent environ 70% de plus que les chefs de ménages de sexe féminin, le ménage avec un statut socioéconomique bas dépensent environ 90% de plus que le ménage du niveau économique élevé, ceux du niveau socioéconomique moyen dépensent environ 40% de plus que ceux du niveau économique élevé, les ménages avec une maladie chroniques en son sein et ceux ayant recours à l'emprunt dépensent environ 90% de plus que les ménages sans maladie chronique et n'ayant pas recours à l'emprunt, de même les ménages ayant vendu des biens pour la maladie on dépensés environ 50% de plus que ceux n'ayant pas vendu les biens pendant la maladie et le ménage ayant connu un retard dans le paiement de soins dépensent environ 20% de plus que les ménages qui n'ont pas eu le retard dans les paiement de soins.

DISCUSSION

La présente étude avait pour objectif d'estimer les coûts directs des soins de santé et d'identifier leurs déterminants au niveau des ménages de la ville de Mbujimayi, Les résultats obtenus mettent en évidence une charge financière importante, confirmant la forte dépendance des ménages aux paiements directs dans un contexte de faible couverture en assurance maladie. Le coût médian des soins de santé, estimé à 76.000 CDF apparait relativement élevé au regard niveau de vie moyen des ménages. Cette situation est cohérente avec les travaux de Xu et al. (2003), qui montrent que dans les pays à revenu faible, les dépenses de santé reposent majoritairement sur les paiements directs, exposant les ménages à un risque accru de dépenses catastrophiques. La structure des dépenses observée dans cette étude, dominée par les médicaments et l'hospitalisation, confirme cette tendance et rejoint les résultats de Tangcharoensathien et al. (2019), selon lesquels les soins curatifs constituent les principales sources de dépenses dans les systèmes de santé peu régulés.

La forte dispersion des coûts, mise en évidence par les écarts-types élevés, traduit l'existence de chocs sanitaires hétérogènes, certains ménages faisant face à des dépenses particulièrement importantes. Cette variabilité des coûts est typique des systèmes de santé caractérisés par une absence de mutualisation des risques, où les dépenses dépendent directement de la gravité de la maladie et de la capacité individuelle de paiement.

Par ailleurs, l'analyse des stratégies de financement met en évidence une forte vulnérabilité économique des ménages. Le recours à l'emprunt (47.9%) et à la vente de biens (47,3%), ainsi que la réduction des dépenses alimentaires (65.7%), traduisent des mécanismes d'ajustement contraints. Ces résultats sont cohérents avec ceux observés en Afrique subsaharienne, notamment au Nigeria (Onwujekwe et al, 2010), où les ménages recourent à des stratégies de survie pour faire face aux dépenses de santé. D'un point de vue économique, ces comportements traduisent une désépargne et une allocation sous-optimale des ressources, susceptibles d'aggraver la pauvreté à long terme.

L'analyse bivariée montre que plusieurs facteurs liés à l'état de santé et aux comportements financiers influencent significativement le niveau des dépenses de santé. En particulier, la présence de maladies chroniques est associée à une augmentation notable des coûts (log des dépenses de 11,62 contre 11,10), ce qui confirme le rôle central des pathologies de longue durée dans la dynamique des dépenses. Ce résultat rejoint les conclusions de Saksena et al. (2011), qui soulignent que les maladies non transmissibles constituent une source majeure de dépenses catastrophiques dans les pays en développement.

Les résultats de la régression logistique permettent d'identifier les déterminants indépendants des coûts élevés de soins de santé. Le niveau socioéconomique apparaît comme un facteur déterminant majeur les ménages pauvres ont près de deux fois plus de risque de supporter des coûts élevés que les ménages aisés (ORa= 1.9). Ce résultat est conforme aux travaux de Van Doorslaer et al (2006), qui montrent que les ménages à faible revenu sont plus exposés aux dépenses catastrophiques en raison de leur faible capacité de paiement et de l'absence de mécanismes de protection financière.

La présence de maladies chroniques constitue également un déterminant important, doublant presque la probabilité de dépenses élevées. Ce résultat confirme que les dépenses de santé ne sont pas seulement liées à des événements ponctuels mais peuvent s'inscrire dans une dynamique cumulative, particulièrement coûteuse pour les ménages.

En outre, les stratégies de financement telles que l'emprunt (ORa = 1,9) et la vente de biens (ORa= 1.5) sont fortement associées aux coûts élevés. Ces variables ne doivent pas être interprétées comme des causes directes, mais plutôt comme des indicateurs de contrainte financière. Elles traduisent le fait que les ménages confrontés à des dépenses importantes sont contraints de mobiliser des ressources exceptionnelles, ce qui confirme l'absence de mécanismes de lissage des dépenses.

Le sexe du chef de ménage apparaît également comme un déterminant significatif, les ménages dirigés par des hommes ayant une probabilité plus élevée de supporter des coûts importants. Ce résultat peut s'expliquer par des différences dans les comportements de recours aux soins ou dans la prise de décision financière, comme le suggèrent certaines études menées en Afrique subsaharienne (Ataguba et al., 2018).

En revanche, l'assurance maladie ne présente pas d'effet significatif sur la réduction des coûts de santé. Ce résultat s'explique probablement par le faible taux de couverture (14,2%) et par les limites des mécanismes existants, qui ne permettent pas une prise en charge effective des dépenses. Cette observation est cohérente avec les analyses de la Banque mondiale et de l'OMS, qui soulignent que dans les pays à faible revenu, les systèmes d'assurance sont souvent fragmentés et peu protecteurs (Savedoff et al, 2012, WHO, 2019).

Dans l'ensemble, ces résultats mettent en évidence une forte interaction entre pauvreté, maladie et dépenses de santé. Les coûts directs apparaissent non seulement comme une conséquence de la maladie, mais également comme un facteur aggravant de la vulnérabilité économique des ménages. Cette double relation souligne la nécessité de considérer les dépenses de santé comme un enjeu à la fois sanitaire et économique.

Cependant, cette étude présente certaines limites. Les données reposent sur les déclarations des ménages, ce qui peut introduire un biais de mémoire ou de sous-déclaration. De plus, la nature transversale de l'étude ne permet pas d'établir des relations causales strictes entre les variables. Malgré ces limites, la taille de l'échantillon et la robustesse des méthodes utilisées confèrent une bonne validité aux résultats obtenus.

En définitive, cette étude apporte une contribution importante à la compréhension des déterminants des dépenses de santé dans un contexte urbain africain, et souligne la nécessité de renforcer les politiques de protection financière afin de réduire le risque de dépenses catastrophiques.

CONCLUSION

La présente étude a permis de mettre en évidence l'ampleur des coûts directs des soins de santé supportés par les ménages de la ville de Mbujimayi ainsi que les principaux facteurs qui les déterminent. Les résultats montrent qu'avec un coût médian de 76.000 CDF, les dépenses de santé représentent une charge financière significative pour les ménages, dans un contexte marqué par la précarité des revenus et l'absence de mécanismes efficaces de protection sociale.

L'analyse des différentes composantes des dépenses révèle que les médicaments et l'hospitalisation constituent les principaux postes de coûts, traduisant une forte dépendance aux soins curatifs. Cette structure des dépenses, combinée à la forte dispersion observée, reflète l'existence de chocs sanitaires imprévisibles et potentiellement coûteux, auxquels les ménages doivent faire face sans soutien institutionnel adéquat.

Par ailleurs, les résultats empiriques mettent en évidence une forte vulnérabilité économique des ménages face aux dépenses de santé. En effet, près de la moitié des ménages ont eu recours à l'emprunt (47,9%) ou à la vente de biens (47,3%) pour financer les soins, tandis que 65,7% ont dû réduire leurs dépenses alimentaires. Ces stratégies d'ajustement témoignent d'une contrainte budgétaire sévère et d'un arbitrage défavorable entre santé et bien-être, confirmant que les dépenses de santé constituent un facteur d'appauvrissement.

L'analyse économétrique a permis d'identifier plusieurs déterminants significatifs des coûts élevés de soins. Les déterminants du couts de soins élevés sont le sexe masculin du chef de ménage, , un statut socioéconomique bas et moyen, la présence d'une maladie chroniques dans le ménage, le recours à l'emprunt, la vente des biens pour la maladie et le ménage ayant connu un retard dans le paiement de soins.

Dans l'ensemble, cette étude met en évidence que les coûts directs des soins de santé à Mbujimayi ne relèvent pas uniquement d'une problématique sanitaire, mais constituent également un enjeu économique majeur, caractérisé par une interaction étroite entre pauvreté, maladie et vulnérabilité financière. Les dépenses de santé apparaissent ainsi comme un mécanisme de transmission et d'aggravation de la pauvreté au niveau des ménages.

Au regard de ces résultats, il apparait nécessaire de renforcer les politiques publiques en matière de financement de la santé, notamment par l'élargissement de la couverture sanitaire universelle, la mise en place de mécanismes de mutualisation des risques et l'amélioration de la régulation des coûts des services et des médicaments. De telles mesures sont indispensables pour réduire le fardeau économique des soins de santé et garantir un accès équitable aux services en particulier pour les populations les plus vulnérables.

REFERENCES

- Akazili, J., Garshong, B., Aikins, M., Gyapong, J., & McIntyre, D. (2012). Progressivity of health care financing in Ghana. *Health Policy and Planning*, 27(Suppl 1), 113-122.
- Almeida, G., Sarti, F. M., Ferreira, F. F., Diaz, M. D. M., & Campino, A. C. (2018). Analysis of catastrophic health expenditures in Brazil (2008-2013). *Health Policy and Planning*, 33(3), 252-261.
- Ataguba, J. E., Asante, A. D., Limwattananon, S., & Wiseman, V. (2018). How to do (or not to do)... a health financing incidence analysis. *Health Policy and Planning*, 33(3), 436-444.
- Barasa, E., & Ravishankar, N. (2017) Asesong the impoverishing effect and mated with the incline of catastrophic health care payments in Kenya. *International journal for Equity in Health*, 16(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0533-1>
- Kumar, K., Singh, A., & Kumar, S. (2015). Socio-economic differentials in catastrophic health expenditure in India. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(8), 529-536.
- Ministère de la Santé de la RDC. (2021) Rapport sur la situation sanitaire nationale 2021. Kinshasa Ministère de la Santé,
- Ntambue, A. M., Malonga, F. K., Cowgill, K. D., Dramaix-Wilmet, M., & Donnen, P. (2019). Incidence of catastrophic health expenditures in the Democratic Republic of Congo. *BMC Public Health*, 19(1), 948.
- OECD. (2020), *Health at a Glance: Europe 2020*, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD. (2021), *Health at a Glance: Europe 2021* Paris: OECD Publishing
- Onwujekwe, O., Hanson, K., & Uzochukwu, B. (2010). Do poor people use poor quality providers? Evidence from Nigeria. *Health Policy and Planning*, 25(5), 387-394.
- Onwujekwe, O., Urochukwu, B., & Eze, S. (2010) The economic burden of out-of-pocket payments for healthcare in Nigeria. *Health Policy* 94(1), 19. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.08.001>
- Papanicolas, I, Woskie, L. R., & Jha, A. K. (2018). Health care spending in the United States and other high-income countries. *JAMA*, 319(10), 1024-1039.
- Saksena, P., Xu, K., & Evans, D. B. (2011). Impact of out-of-pocket payments for treatment of non-communicable diseases in developing countries. World Health Organization.
- Savedoff, W. D., de Ferranti, D., Smith, A. L., & Fan, V. (2012). Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *The Lancet*, 380(9845), 924-932.
- Sriram, S., & Khan, M. M. (2012). Effect of health financing systems on out-of-pocket expenditures. *Health Policy and Planning*, 27(6), 439-448.
- Tangcharoensathien, V., Tisayaticom, K., Suphanchaimat, R., Vongmongkol, V., Viriyathorn, S., & Limwattananon, S. (2019). Financial risk protection of Thailand's universal health coverage: Results from national surveys. *International Journal for Equity in Health*, 18(1).
- Van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R. P., et al (2006). Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *The Lancet*, 368(9544), 1357-1364,
- Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smitz, M. F., Chepynoga, K., Eozenou, P., & Buisman, L. R. (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries. *The Lancet Global Health*, 6(2), e169-e179.
- WHO. (2019). *Global Health Expenditure Database*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report*. World Health Organization.
- Xu K, Evans, D. B, Kawabata, K, Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. L. (2003). Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis. *The Lancet*, 362(9378), 111-117.
- Xu, K, Evans, D. B, Carrin, G, et al. (2003) Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 22(4), 1-12.