

Impacts de subvention de soins chez les enfants de moins de 5 ans dans la zone de santé de Bunia, République Démocratique du Congo

[Impacts of subsidizing care among children under 5 years in the health zone of Bunia, Democratic Republic of Congo]

Amuda Baba Dieu Merci, Suga Savo Amos, Byaruhanga Bamaraki Moise, Adania Alesi, Dduve Nzale Francoise, Kiza Maki, and Borive Akiki Basegere Jeanine

Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bunia (ISTM Bunia), RD Congo

Copyright © 2024 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: The population takes care of itself, sometimes abandons first aid structures made affordable for them, and joins informal structures, prayer rooms or alternative medicines, less expensive and considered gentler in rural areas. The situation is becoming more alarming because the population is impoverished, which still does not make the attendance of health centers at the community level always evident. This study aims to describe the impacts of subsidy of care among children under of 5 years in the Bunia health zone. To carry out this work, the transversal method supported by the semi-structural interview made it possible to carry out this work with the 20 ITs in the Bunia health zone. After analysis, we reached the results according to which 85.0% of health structures receive the care subsidy; 55.0% of health structures stipulate the increase in patients as a subsidy advantage; 40.0% of health structures reported the non-treatment of all illnesses as disadvantages of subsidy 35.0% of health structures reported patient satisfaction as socio-economic impacts of subsidy; Health structures reported that the impact of subsidy on quality of service is to offer quality care and not to offer quality care respectively 30.0%; excluding 90.0% of health structures are motivated by the care subsidy; 50.0% of health structures reported the reduction in maternal and neonatal as a subsidy impact on the operation of services; 45.0% of health structures reported the supply of medicines as a type of motivation for care; 60.0% of health structures reported not having a maintenance subsidy of building. Given these results, we believe that the subsidy significantly increases the use of healthcare services and allows the entire population to have access to healthcare.

KEYWORDS: impacts, subsidy, care, children, health zone, Bunia.

RESUME: La population s'auto-prend en charge, délaisse parfois les structures de premiers soins rendus abordables pour elle, et rejoint des structures informelles, des chambres de prière ou des médecines alternatives, moins couteuse jugée plus douce en milieu rural. La situation devient plus alarmante car la population y est appauvrie, ce qui ne rend toujours pas évident la fréquentation des centres de santé au niveau communautaire toujours évident Cette étude a pour cette étude vise de décrire les impacts de subvention de soins chez les enfants de moins de 5 ans dans la zone de santé de Bunia. Pour réaliser ce travail, la méthode transversale appuyée par l'interview semi-structurale a permis de réaliser ce travail auprès des 20 IT de la zone de santé Bunia. Après analyse, nous avons abouti aux résultats selon lesquels 85,0% des structures sanitaires reçoivent la subvention de soins 55,0% des structures sanitaires stipule l'augmentation de malades comme avantage de subvention; 40,0% des structures sanitaires ont rapporté la non prise en charge de toutes les maladies comme inconvénients de subvention 35,0% des structures sanitaires ont rapporté la satisfaction de malades comme impacts socio-économiques de subvention; Les structures sanitaires ont rapporté que l'impact de subvention sur la qualité de service est d'offrir les soins de qualité et ne pas offrir les soins de qualité respectivement 30,0%; hors 90,0% des structures sanitaires sont motivé sur la subvention de soins; 50,0% des structures sanitaires ont rapporté la réduction maternelle et néonatale comme impact de subvention sur le fonctionnement de services; 45,0% des structures sanitaires ont rapporté l'approvisionnement en médicaments comme type

de motivation de soins; 60,0% des structures sanitaires ont rapporté ne pas avoir de subvention de l'entretien de bâtiment. Au vu de ces résultats, nous pensons que la subvention accroît sensiblement l'utilisation de services de soins et permet à toute la population d'avoir accès aux soins.

MOTS-CLEFS: impacts, subvention, soins, enfants, zone de santé, Bunia.

1 INTRODUCTION

La population s'auto-prend en charge, délaisse parfois les structures de premiers soins rendus abordables pour elle, et rejoint des structures informelles, des chambres de prière ou des médecines alternatives, moins coûteuse jugée plus douce en milieu rural. La situation devient plus alarmante car la population y est appauvrie, ce qui ne rend toujours pas évident la fréquentation des centres de santé au niveau communautaire toujours évident (OMS, 2009: 2).

On constate toujours à travers le monde, malgré des améliorations significatives de l'état de santé global des populations, l'existence de disparités majeures liées à l'accès inéquitable aux soins. Ce problème dépend largement du type de système de santé, de son organisation, de son financement et du fait qu'il favorise ou non les régimes de protection sociale quel que soit leur mode de financement.

Les systèmes de santé ne favorisant pas l'accès équitable aux soins de santé ont le potentiel d'exacerber les disparités sociales et de contribuer à un état de santé moindre de la population (Santé Canada, 2000).

Plusieurs auteurs ont intégré l'aspect de subvention dans l'explication de l'effet négatif entre les prix des soins et l'utilisation des soins en Amérique. Ils expliquent que les ménages pauvres sont généralement très sensibles à des petites modifications des prix même pour des biens nécessaires tels que soins de santé. Ainsi, lorsque les prix des soins de santé augmentent, le niveau d'utilisation des services de santé diminue (McPake et al., 2011: 45).

En Asie, une étude pilote réalisée par Steinhardt et al. (2011: 2) en Afghanistan, avait trouvé que la qualité observée et perçue dans les services, ne variait pas en fonction de la suppression des frais. Les enquêtes qualitatives ont pour leur part démontré que la qualité relationnelle avec les bénéficiaires restait défailante chez les enfants malades.

Parmi les impacts potentiels de subvention sur les systèmes de santé, Ridde V. et Diarra A. (2009: 32) avaient évoqué l'augmentation massive de l'utilisation des services, provoquant une charge de travail plus lourde perçue par les professionnels de la santé. Ainsi, face aux enfants ciblés par l'expérimentation pendant la subvention de soins, les agents de santé ont amélioré leur façon de prescrire en diminuant de 62% le recours aux antibiotiques. De même, ils ont diminué de 72% le recours aux produits injectables dans les cas d'infections respiratoires aiguës. En revanche, les prescripteurs n'ont pas modifié leurs pratiques pour les enfants de cinq à 10 ans qui continuent de payer les soins. De surcroît, tant dans le groupe des enfants ciblés par l'expérimentation que dans le groupe des enfants qui continuent de payer les soins, le nombre moyen de médicaments par ordonnance est resté stable.

En Afrique, les analyses des réformes sanitaires des dernières décennies aboutissent toutes à la même conclusion: l'aspect équitable des politiques publiques de santé a été négligé, et les préoccupations premières des acteurs se sont concentrées sur l'efficacité de l'organisation à mettre en place (Gilson, 2007; Boubou Cissé *et al.*, 2004).

La détérioration du système de santé public dans les pays d'Afrique a eu des conséquences qui ont déjà attiré l'attention des chercheurs et des politiques. La plupart de ces difficultés sont à la fois le symptôme et la cause des inégalités grandissantes devant l'accès aux services de santé, inégalités ayant grandi en même temps que le fossé entre les riches et les pauvres, l'accroissement du nombre de ménages pauvres et la réduction de la classe moyenne (Edejer, 2003).

Au Mali, El-Khoury et al. (2012: 20) établissent que l'exemption des frais des soins supprime la barrière financière à l'accès aux services de santé infantile, mais est insuffisante pour assurer un accès égal entre les différents groupes de richesses.

L'absence de subvention chez les pauvres contrairement aux non pauvres semble relativiser l'effet global de la politique sur les plus démunis. La suppression des frais a augmenté de 40% l'utilisation des services pour les enfants de moins de 5 ans au Burundi (McPake, Schmidt, Araujo, et Kirunga-Tashobya, 2008: 19).

Le financement du système sanitaire de la RDC souffre, ainsi d'un grand paradoxe: alors que les malades sont tenus de supporter la quasi-totalité des coûts financiers de leurs soins de santé et du fonctionnement des formations médicales qui les accueillent, leurs revenus sont loin de leur permettre de relever un tel défi. L'inaccessibilité financière aux soins de santé est

amplifiée par la crise économique et l'instabilité politique qui enfonce d'avantage la population dans la pauvreté. Par ailleurs, alors que la crise économique occasionne une forte demande des soins notamment de la précarité des conditions de vie, d'hygiène personnelle et publique, de la sous-alimentation, les formations sanitaires sont de plus en plus incapables de répondre à cette demande à cause notamment du délabrement de leurs infrastructures, équipements et de la démotivation du personnel médical (Ministère de la santé, 2005: 4).

La Province de l'Ituri n'est pas épargnée de cette pénurie, car la majorité de la population n'a pas la possibilité de se prendre en charge. Cette charge de soins pénalise la population à accéder dans les structures de soins pour le traitement. C'est ainsi, nous nous sommes investi de mener une étude sur les impacts de subvention de soins chez les enfants de moins de 5 ans dans la zone de santé de Bunia.

Partant de l'introduction de la subvention des soins chez les enfants de moins de cinq dans la zone de santé de Bunia, nous avons observé que le taux de mortalité infantile reste encore élevé car après notre pré-enquête réalisée à l'HGR au mois de juillet sur 70 enfants hospitalisés il y a eu 15 cas de décédés, ce qui nous pousse à savoir si la subvention des soins a-t-il eu un impact sur le taux de mortalité chez les enfants dans la zone de santé de Bunia.

Vu ce problème, nous nous sommes posé la question de savoir: - quels sont les impacts de subvention des soins chez les enfants de moins de 5 ans dans la zone de santé Bunia ?

De cette question principale découlent les questions secondaires ci-après:

- Quels sont les impacts de subvention sur l'utilisation de services dans la Zone de Santé de Bunia ?
- Quels sont les impacts de subventions sur le développement des infrastructures dans la Zone de Santé de Bunia ?
- Quels sont les impacts socio-économiques de subventions des soins dans la Zone de Santé de Bunia ?
- Quels sont les impacts de subvention sur la motivation de personnel dans la Zone de Santé de Bunia ?

Cette étude a pour objectif de décrire les impacts de subvention de soins chez les enfants de moins de 5 ans dans la zone de santé de Bunia.

De façons spécifiques ce travail vise à:

- Décrire les impacts de subvention de soins sur l'utilisation de service dans la zone de santé de Bunia;
- Dégager les impacts de subventions sur le développement des infrastructures dans la Zone de Santé de Bunia;
- Relever les impacts socio-économiques de subvention de soins dans la zone de santé de Bunia;
- Décrire les impacts de subvention de soins sur la motivation de personnel dans la Zone de santé de Bunia.

2 MATERIEL ET METHODES

Cette étude a été réalisée dans la Ville de Bunia, dans la Province de l'Ituri en Nord-Est de la RD Congo. Cette étude est du type descriptif, et s'est étendue sur une période allant du 04/08 au 17/09/ 2022, soit une durée de 43 jours.

La population de cette étude était constituée de tous les IT des centres de santé et les gestionnaires subventionnés de la zone de Bunia. Pour notre étude, nous avons utilisé un échantillonnage aléatoire simple et l'échantillon était du type exhaustif.

2.1 CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Ont été inclus dans notre étude tous les IT présents lors de notre enquête et ceux ayant accepté de participer à l'étude. Ont été exclus: tous les IT absents lors de notre enquête et ceux ayant refusé de participer à l'étude.

Nous avons utilisé une méthode transversale pour conduire cette étude. Elle consiste à examiner simultanément un ou plusieurs individus à un moment donné relative avec un phénomène présent dans un moment donné.

Pour effectuer la récolte de données, nous nous sommes servis de l'analyse documentaire et de l'interview semi-structurée, afin d'obtenir les informations sur les impacts de subventions de soins dans les centres de santé. L'interview semi-structurée nous a permis de poser les questions aux IT sur les impacts de subventions de soins.

Les données obtenues au cours de notre récolte ont été codées puis encodées dans le logiciel Excel 2010 pour construire un tableau de tri à plat. Elles ont été ensuite importées dans le logiciel SPSS 20 pour l'analyse et le traitement.

2.2 VARIABLES

Deux types de variables ont été considérés: les variables indépendantes et les variables dépendantes.

Les variables indépendantes étaient constituées, niveau d'étude, Ancienneté et Partenaires.

Nous avons retenu les variables dépendantes suivantes:

- Impacts de subvention sur l'utilisation de services;
- Impacts de subvention sur le développement des infrastructures;
- Impacts de subvention sur les facteurs socio-économiques;
- Impacts de subvention sur la motivation de personnel.

3 RESULTATS

Tableau 1. Répartition des partenaires de subvention

n20	Fréquence	Pourcentage
Caritas	4	20,00
EUP/FASS	3	15,00
Médair	2	10,00
MSF	1	5,00
CE 39	1	5,00
Save de children	1	5,00
PRONANUT	1	5,00
Musaka	1	5,00
PRODES	6	30,00
Total	20	100%

PRODES est l'organisation qui subventionne plus des structures avec un pourcentage de 30% Suivie de CARITAS avec 20%.

Tableau 2. Répartition des structures sanitaires sur la réception de subvention de soins

Variables	Modalités	N	Réception de subvention			
			Oui		Non	
			n	%	n	%
Niveau d'étude	A1	16	13	81,3	3	18,8
	A0	4	4	100,0	0	0,0
Total		20	17	85,0	3	15,0
Ancienneté	1-5 ans	4	3	75,0	1	25,0
	6-10 ans	6	5	83,3	1	16,7
	Plus 11 ans	10	9	90,0	1	10,0
Total		20	17	85,0	3	15,0

Les structures sanitaires reçoivent la subvention de soins soit 85,0%.

Tableau 3. Répartition des structures sanitaires en fonction des avantages de subvention

Variables	Modalités	N	Avantages de subvention					
			Augmentation de malade		Administration de soins à tous les malades		Accessibilité de soins à tous les malades	
			n	%	n	%	n	%
Niveau d'étude	A1	16	9	56,3	7	43,8	0	0,0
	A0	4	2	50,0	1	25,0	1	25,0
Total		20	11	55,0	8	40,0	1	5,0
Ancienneté	1-5 ans	4	4	100,0	0	0,0	0	0,0
	6-10 ans	6	4	66,7	1	16,7	1	16,7
	Plus 11 ans	10	3	30,0	7	70,0	0	0,0
Total		20	11	55,0	8	40,0	1	5,0

55,0% des structures sanitaires stipulent l'augmentation des malades comme avantage de subvention.

Tableau 4. Répartition des structures sanitaires en fonction des inconvénients de subvention

Variables	Modalités	N	Inconvénients de subvention							
			Augmentation de charge de travail		Toutes les maladies ne sont pas prise en charge		Insuffisance de nombre de soignants		Retard de prise en charge	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Niveau d'étude	A1	16	6	37,5	6	37,5	2	12,5	2	12,5
	A0	4	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0
Total		20	8	40,0	8	40,0	2	10,0	2	10,0
Ancienneté	1-5 ans	4	2	50,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0
	6-10 ans	6	2	33,3	2	33,3	1	16,7	1	16,7
	plus 11 ans	10	4	40,0	5	50,0	1	10,0	0	0,0
Total		20	8	40,0	8	40,0	2	10,0	2	10,0

40,0% ont rapporté la non prise en charge de toutes les maladies comme inconvénients de subvention.

Tableau 5. Répartition des structures sanitaires en fonction des impacts de subvention sur l'utilisation de service

Variables	Modalités	N	Impact de subvention sur utilisation de service							
			Retard de paiement		Augmentation de salaire		Accroissement de ressources des établissements de soins		Diminution de dépenses de santé pour les ménages	
			n	%	N	%	n	%	n	%
Niveau d'étude	A1	16	9	56,3	5	31,3	1	6,3	1	6,3
	A0	4	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Total		20	12	60,0	6	30,0	1	5,0	1	5,0
Ancienneté	1-5 ans	4	3	75,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0
	6-10 ans	6	4	66,7	2	33,3	0	0,0	0	0,0
	plus 11 ans	10	5	50,0	4	40,0	0	0,0	1	10,0
Total		20	12	60,0	6	30,0	1	5,0	1	5,0

Le retard de paiement constitue l'impact de subvention sur l'utilisation de service soit 60,0%.

Tableau 6. Répartition des structures sanitaires en fonction des impacts de subvention sur la qualité de soins

Variables	Modalités	N	Impact de subvention sur la qualité					
			Déstabilise la qualité de soins		Offre les soins de qualité		Insuffisance de matériels médico-techniques	
			n	%	n	%	n	%
Niveau d'étude	A1	16	4	25,0	10	62,5	2	12,5
	A0	4	1	25,0	2	50,0	1	25,0
Total		20	5	25,0	12	60,0	3	15,0
Ancienneté	1-5 ans	4	0	0,0	3	75,0	1	25,0
	6-10 ans	6	0	0,0	4	66,7	2	33,3
	plus 11 ans	10	5	50,0	5	50,0	0	0,0
Total		20	5	25,0	12	60,0	3	15,0

L'impact de subvention sur la qualité de service est d'offrir les soins de qualité, soit 60,0%.

Tableau 7. Répartition des structures sanitaires en fonction de impacts socio-économiques

Variables	Modalités	N	Impacts Socio-économiques							
			Démotivation de personnel suite à la suppression de prime		Démotivation suite à la charge de travail		Les ressources ne couvrent pas les besoins		Satisfaction de malades	
			n	%	N	%	n	%	n	%
Niveau d'étude	A1	16	5	31,3	2	12,5	3	18,8	6	37,5
	A0	4	1	25,0	0	0,0	2	50,0	1	25,0
Total		20	6	30,0	2	10,0	5	25,0	7	35,0
Ancienneté	1-5 ans	4	2	50,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0
	6-10 ans	6	1	16,7	0	0,0	1	16,7	4	66,7
	plus 11 ans	10	3	30,0	1	10,0	3	30,0	3	30,0
Total		20	6	30,0	2	10,0	5	25,0	7	35,0

35,0% des IT des structures sanitaires ont rapporté la satisfaction de malades comme impacts socio-économiques de subvention.

Tableau 8. Répartition des structures sanitaires en fonction des impacts de subvention sur le fonctionnement de service

Variables	Modalités	N	Fonctionnement de service							
			Rupture des médicaments		Rupture de consommables médicaux et pannes des appareils		Surcharge de travail		Sur utilisation des services	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Niveau d'étude	A1	16	4	25,0	3	18,8	2	12,5	7	43,8
	A0	4	0	0,0	0	0,0	1	25,0	3	75,0
Total		20	4	20,0	3	15,0	3	15,0	10	50,0
Ancienneté	1-5 ans	4	0	0,0	0	0,0	2	50,0	2	50,0
	6-10 ans	6	3	50,0	0	0,0	1	16,7	2	33,3
	plus 11 ans	10	1	10,0	3	30,0	0	0,0	6	60,0
Total		20	4	20,0	3	15,0	3	15,0	10	50,0

Il se dégage de ce tableau que les IT des structures sanitaires ont rapporté la surutilisation de service comme impact de subvention sur le fonctionnement des services soit 50,0%.

Tableau 9. Répartition des structures sanitaires en fonction de types de motivation sur la subvention de soins

Variables	Modalités	N	Type de motivation							
			Ristournes		Accessibilité de soins		Rapidité de soins		Approvisionnement en médicaments	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Niveau d'étude	A1	16	3	18,8	5	31,3	1	6,3	7	43,8
	A0	4	1	25,0	1	25,0	0	0,0	2	50,0
Total		20	4	20,0	6	30,0	1	5,0	9	45,0
Ancienneté	1-5 ans	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0
	6-10 ans	6	2	33,3	4	66,7	0	0,0	0	0,0
	plus 11 ans	10	2	20,0	2	20,0	1	10,0	5	50,0
Total		20	4	20,0	6	30,0	1	5,0	9	45,0

45,0% ont rapporté l'approvisionnement en médicaments comme type de motivation de soins.

Tableau 10. Répartition des structures en fonction de subvention sur l'entretien de bâtiment

Variables	Modalités	N	Oui			Non	
			N	%	n	%	
Niveau d'étude	A1	16	6	37,5	10	62,5	
	A0	4	2	50,0	2	50,0	
Total		20	8	40,0	12	60,0	
Ancienneté	1-5 ans	4	4	100,0	0	0,0	
	6-10 ans	6	1	16,7	5	83,3	
	plus 11 ans	10	3	30,0	7	70,0	
Total		20	8	40,0	12	60,0	

Ce tableau montre que les structures sanitaires ont rapporté ne pas avoir de subvention de l'entretien de bâtiment soit 60,0%.

4 DISCUSSION

4.1 REPARTITION DES STRUCTURES SANITAIRES SUR LA RECEPTION DE SUBVENTION DE SOINS

Nos études montrent que 85, 0%.des structures sanitaires reçoivent la subvention de soins.

Le résultat de notre étude est supérieur à celui de Nabyonga et al., (2008: 13), qui avait rapporté en Ouganda, que la mise en place de la politique de subvention était à 55% avec un bénéfice net en faveur des pauvres. Cette perception de la relation entre la facturation des soins et leur qualité justifiait la pratique généralisée de gratifications informelles dans les services publics de la santé et pourrait, au moins en partie, expliquer que les usagers soient réticents à recourir aux soins lorsque les services de santé devenaient gratuits.

Il se rapproche à celui de l'ONG Help (2015: 7), qui avait montré que le taux d'effectivité de la gratuité des soins était de 100% dans 06 districts sanitaires. C'était seulement dans un district sanitaire où deux cas de paiement à tort ont été constatés.

Dans ces communautés, les usagers estimaient que les soins de santé ne seraient pas bien assurés lorsque les soins n'étaient plus facturés et inversement. Aussi, lorsque les soins n'étaient pas facturés, les patients pouvaient difficilement exiger leur qualité aux professionnels de santé.

Ceci revient à dire que la subvention facilite l'accessibilité des malades, car la réduction ou suspension de frais de paiement de soins, permet à la population d'accéder massivement aux structures sanitaires.

4.2 REPARTITION DES STRUCTURES SANITAIRES EN FONCTION DES AVANTAGES DE SUBVENTION

Nous avons trouvé que 55,0% des structures sanitaires stipulent l'augmentation de malades comme avantage de subventions.

Le résultat de notre étude est similaire à celui de l'ONG Help (2017: 32), rapportant que tous les enfants de moins de 5 ans avaient gratuitement bénéficié de la consultation, des hospitalisations et des examens. Il en était de même pour ceux qui avaient eu besoin d'une référence à un échelon supérieur.

Le résultat de notre étude est similaire à celui de Nabyonga et al. (2005: 23), qui avaient montré que le taux d'utilisation des services avait augmenté de 55% en 2002 avec un bénéfice net en faveur des pauvres.

Nous pensons que la subvention de soins est une source de motivation d'accès à des structures sanitaires, car même les patients les plus démunis auront tendance à utiliser les services de soins.

4.3 REPARTITION DES STRUCTURES SANITAIRES EN FONCTION DES INCONVENIENTS DE SUBVENTION

Nous avons obtenu 40,0% des structures sanitaires qui ont rapporté la non prise en charge de toutes les maladies comme inconvénients de subvention.

Le résultat de notre étude est différent de celui de Hadley (2011: 32), qui avait trouvé que 65,2% des professionnels de santé avaient déclaré que l'exemption des frais, produisait un gaspillage de ressources. 28,1% avaient trouvé que les prestataires n'avaient pas le choix; parce que c'était une mesure gouvernementale. Mais, ils avaient noté que le personnel se plaignait de l'augmentation de la charge de travail et déplorait l'insuffisance de motivation.

Il est aussi contraire à celui de Borghi J. Storeng K. et Tet Fillippi V. (2008: 32), d'après ces auteurs la majorité des personnes rencontrées, soit 56,2%avaient trouvé que les retards dans la prise en charge étaient liés à la forte affluence (augmentation du temps d'attente), pouvant affecté la qualité de la prise en charge des enfants malades. Elles avançaient les propos suivants: Surtout aggraver par l'insuffisance du nombre d'agents de santé (non-respect des normes minimales en personnel).

Bien que la subvention ait des avantages, il présente aussi des inconvénients, car pour atteindre le maximum de la meilleure qualité de soins, il faut se rassurer qu'avant de lancer la subvention, l'on doit se rassurer que les fonds ne peuvent pas compromettre à la prise en charge des malades.

4.4 REPARTITION DES STRUCTURES SANITAIRES EN FONCTION DES IMPACTS DE SUBVENTION SUR L'UTILISATION DE SERVICE

Le retard de paiement comme impact de subvention sur l'utilisation de service soit 60,0%.

Le taux d'occupation des lits de 2006 à 2010 était de 72,4% avec une croissance constante. La subvention des SONU avait couvert plus de 100% des bénéficiaires à partir de 2008 avec un taux moyen de couverture annuelle de 128,04%. Le fonctionnement des services était entravé par la rupture des médicaments, consommables médicaux et les pannes des appareils de laboratoire et de l'imagerie, signalées par 94,74% des prestataires. La durée moyenne de la rupture était de 34,54 jours avec des extrêmes d'une semaine à une année.

Nous pensons que, la base de performance de soins de personnel est le revenu après chaque fin du mois, quand celui-ci ne pas bien respecté, la qualité de soins baisse par le découragement de personnel sur le retard de paiement.

4.5 REPARTITION DES STRUCTURES SANITAIRES EN FONCTION DES IMPACTS DE SUBVENTION SUR LA QUALITE DE SOINS

Les structures sanitaires ont rapporté que l'impact de subvention sur la qualité de service est d'offrir les soins de qualité et ne pas offrir les soins de qualité respectivement 30,0%.

Notre résultat rejoint l'idée de Ridde V. et al. (2010: 12), qui ont rapporté qu' à la politique de subvention, on retenaient une réduction des inégalités d'utilisation des services de santé entre les riches et les pauvres, une réduction importante des dépenses médicales d'hospitalisation. Mais, les dépenses totales liées aux soins constituaient encore un fardeau important.

Par contre, il corrobore avec celui de Ridde et al. (2009: 32), ils avaient évoqué que l'augmentation massive de l'utilisation des services, provoquant une charge de travail plus lourde perçue par les professionnels de la santé. Dans les sites d'études, le personnel de santé considérait qu'elle s'était accrue avec la politique de gratuité des soins et qu'elle affectait la qualité des soins des enfants.

Partant de ce constat, nous osons croire que la subvention affecte la qualité de soins d'une part, et d'autre part, facilite la qualité de soins par les subsistés alloués par les partenaires de santé.

4.6 REPARTITION DES STRUCTURES SANITAIRES EN FONCTION DE IMPACTS SOCIO-ÉCONOMIQUES

Notre résultat montre que 35,0% des structures sanitaires ont rapporté la satisfaction de malades comme impacts socio-économiques de subvention.

Le résultat de notre étude est similaire à celui de Ridde V, Queuille L. et Kafando Y. (2012: 34), ils avaient montré que 65,5% des prestataires de services cliniques manifestaient leur satisfaction pour la prise en charge des enfants malades et leur mécontentement vis-à-vis de l'insuffisance et/ou de l'état du matériel médico-technique et l'augmentation de la charge du travail. Outre l'appréciation de la charge de travail par le personnel, il était admis qu'elle pouvait aussi entraîner des effets sur les délais d'attente.

Il est encore similaire à celui de SERSAP (2017: 17), dans leur enquête auprès de 850 bénéficiaires et 57 agents de santé réalisée par le SERSAP, avait confirmé un niveau élevé de satisfaction des populations de cette politique malgré les quelques ruptures qu'ont rencontré sur le terrain et parfois les longues files d'attente.

En ce qui concerne la charge financière supportée par les ménages, la plupart des études menées à ce jour avaient montré que l'exemption des paiements en général comme le rapporte Ridde, Robert et Meessen en 2010, avait eu un impact généralement positif sur les dépenses des ménages.

Nous pensons que la subvention est acceptée par la majorité de la population, car la suppression permet à toute la population de se rendre à l'hôpital.

4.7 REPARTITION DES STRUCTURES SANITAIRES EN FONCTION DES IMPACTS DE SUBVENTION SUR LE FONCTIONNEMENT DE SERVICE

50,0% des structures sanitaires ont rapporté la réduction maternelle et néonatale comme impact de subvention sur le fonctionnement de services.

Le résultat de notre étude ne corrobore pas avec celui de McPake, Schmidt, Araujo et Kirunga-Tashobya (2008: 19). Il stipulait que l'absence de subvention chez les pauvres contrairement aux non pauvres semblait relativiser l'effet global de la politique sur les plus démunis. La suppression des frais avait augmenté de 40% l'utilisation des services pour les enfants de moins de 5 ans au Burundi.

Par contre il coïncide avec celui de Ridde V. et al (2010: 12), qui avait souligné que l'objectif de subvention était de réduire la mortalité et la morbidité infantile, par la réduction significative des coûts financiers directs des services.

Dans le cadre de notre étude, nous osons croire que la subvention de soins réduit constamment la mortalité maternelle et néonatale, car elle permet à toute la population de se faire soigner à l'hôpital.

4.8 REPARTITION DES STRUCTURES SANITAIRES EN FONCTION DE TYPES DE MOTIVATION SUR LA SUBVENTION DE SOINS

Notre résultat stipule que 45,0% des IT des structures sanitaires ont rapporté l'approvisionnement en médicaments comme type de motivation de soins.

Le résultat de notre étude est différent de celui de SERSAP (2017: 43), qui stipule que pour lui la majorité des personnes interviewées avaient trouvé que les ressources financières arrivaient en retard et certains avaient trouvé que ces ressources ne couvraient pas les besoins.

Par contre, notre résultat est contraire à celui de Steinhardt et al. (2011) en Afghanistan, selon lequel la qualité observée et perçue dans les services, ne variait pas en fonction de la suppression des frais. Les enquêtes qualitatives avaient pour leur part démontré que la qualité relationnelle avec les bénéficiaires restait défailante (FEM Health. 2014: 123).

La subvention a un impact positif sur l'approvisionnement des structures sanitaires, car les besoins en médicaments essentiels permettent aux soignants de bien assurer la prise en charge de malades.

4.9 REPARTITION DES STRUCTURES EN FONCTION DE SUBVENTION SUR L'ENTRETIEN DE BATIMENT

Nous avons trouvé que 60,0% des IT des structures sanitaires ont rapporté ne pas avoir de subvention de l'entretien des bâtiments.

D'après l'OMS (2010: 2), le caractère multidimensionnel de la pauvreté dépasse la mesure des ressources financières et se caractérisait par de graves privations de tous les besoins fondamentaux de l'être humain. Les infrastructures pouvaient contribuer à réduire la pauvreté, car elles permettaient de fournir un ensemble de services de base aux ménages.

Nous pensons que la plupart des financements se basent sur la prise en charge médicale. Cependant, a ce qui concerne l'entretien de bâtiment les structures sanitaires bénéficient moins de subvention.

5 CONCLUSION

Cette étude a été réalisée dans le but de décrire les impacts de subvention des soins chez les enfants de moins de 5 ans dans la zone de Bunia. Pour réaliser ce travail, la méthode transversale appuyée par l'interview semi-structurée a permis de réaliser ce travail auprès des 20 IT de la zone de santé Bunia.

Après analyse, nous avons abouti aux résultats ci-après:

PRODES est l'organisation qui subventionne plus des structures avec un pourcentage de 30% Suivie de CARITAS avec 20%.

- 85,0% des structures sanitaires récrivaient la subvention de soins ;
- Les structures sanitaires stipule l'augmentation de malades comme avantage de subvention soit 55,0%;
- Les IT des structures sanitaires ont rapporté la réduction maternelle et néonatale comme impact de subvention sur le fonctionnement de services soit 50,0%;
- Les IT des structures sanitaires ont rapporté l'approvisionnement en médicaments comme type de motivation de soins soit 45,0%;

Au vu de ces résultats, nous pensons que la subvention accroît sensiblement l'utilisation de services de soins et permet à toute la population d'avoir accès aux soins.

Ainsi, nous recommandons ce qui suit:

➤ Aux autorités politico-sanitaires

- De continuer avec le processus de subvention pour permettre à toute la population d'avoir accès aux soins;
- Renforcer la communication avec les agents de santé et les Recos, pour susciter leur adhésion.

➤ Aux structures sanitaires

- Renforcer la qualité des ressources humaines à travers les formations notamment en éthique et déontologie, en développement personnel et en communication interpersonnelle pour renforcer la qualité de leurs interactions relationnelles avec les bénéficiaires;

➤ Aux malades

- Se rendre dans les hôpitaux pour se faire soigner et participer au processus de subvention en créant de mutuels de santé.

REFERENCES

- [1] El-Khoury et al. (2012) Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. *Santé publique*. Vol. 13, (1), 35-48.
- [2] McPake et al. (2011) Freeing up Healthcare. A guide to removing user fees. Save The Children.
- [3] McPake, Schmidt, Araujo, et Kirunga-Tashobya (2008) What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low-and middle-income country contexts? *Social Science & Médecine*. Vol. 62, (4), 858-865.
- [4] Ministère de la santé (2006). Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso. Ouagadougou: Burkina Faso.
- [5] OMS (2009) Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali. www.who.int/hrh/resources/case_mali/fr/index.html.
- [6] Ridde (2004) *Per diems undermine health interventions, systems and research in Africa: Burying our heads in the sand*. TM & IH. Tropical medicine and international health, no.
- [7] RIDDE V. et al. (2012) Transversal analysis of public policies on user fee exemptions in six west african countries. *BMC health services research*, 12: 409.
- [8] Ridde V. et DiarraA. (2009) A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa). *BMC Health Services Research*, 9 (89).