

**L'entrepreneuriat privé dans le secteur de santé : enjeux juridico-économiques, défis et perspectives dans la ville de Mwene-Ditu en République Démocratique du Congo**  
**Private entrepreneurship in the health sector : legal-economic issues, challenges and perspectives in the town of Mwene-ditu in the Democratic Republic of Congo**

**ILUNGA ILUNGA Boniface**

Enseignant-Chercheur

Assistant à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kalenda/RD.Congo

Docteur en Sciences de Gestion de l'Université de Kisangani

**MUAMBA MUSASA Christ Seul**

Enseignant-Chercheur

Assistant à l'Université de Mwene-Ditu/RD. Congo

Docteur en Sciences de Gestion de l'Université de Kisangani

**KALONDA KASONGO Taddy**

Enseignant-Chercheur

Attaché de recherche à l'Université de Mwene-Ditu/RD.Congo

Docteur en Sciences de Gestion de l'Université de Kisangani

**KONGOLO MATANDA Alphonse**

Enseignant-Chercheur

Assistant à l'Université de Mwene-Ditu/RD.Congo

Docteur en sciences de gestion de l'Université de Kisangani

**KARUMBU MBAY Nakar**

Professionnelle-chercheuse

Docteur en Sciences de gestion de l'Université de Kisangani/RD.Congo

Administratrice Gestionnaire de l'Hôpital Général de Référence Christ-Roi/Mwene-Ditu

**MUKADI MUKADI Félix**

Enseignant-Chercheur

Chef de Travaux de l'Université de Mwene-Ditu/RD.Congo

Docteur en Droit Economique et Social de l'Université de Lubumbashi

Avocat près la cour d'appel de Mbuji-Mayi

**KAZADI MATANDA Anastas**

Enseignant-Chercheur

Chef de Travaux de l'Université de Mwene-Ditu/RD.Congo

Thésard en sciences économiques de l'Université de Kisangani

Directeur Adjoint de la Cellule Interne d'Assurance Qualité de l'Université de Mwene-Dit

**Date de soumission :** 15/04/2024

**Date d'acceptation :** 09/07/2024

**Pour citer cet article :**

ILUNGA.I.B & AL (2024) «L'entrepreneuriat privé dans le secteur de santé : enjeux juridico-économiques, défis et perspectives dans la ville de Mwene-Ditu en République Démocratique du Congo», Revue Française d'Economie et de Gestion «Volume 5 : Numéro 7 » pp : 57 – 81.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International License



## Résumé

Cette étude vise à estimer le niveau d'entrepreneuriat privé dans le secteur de la santé dans la ville de Mwene-Ditu et d'identifier les enjeux juridico-économiques et les défis des investissements privés en santé afin d'interpeller tous les acteurs du secteur de santé, promouvoir la santé pour tous et d'encourager l'entrepreneuriat privé en santé. Cette recherche quantitative s'appuie sur les données récoltées lors d'une enquête menée auprès de 92 formations sanitaires. Les outils économétriques (la régression, l'ACP et le test de khi carré) ont été mobilisés. Les résultats dégagés sont les suivants : boosté par l'expertise et l'expérience de la majorité des promoteurs, l'entrepreneuriat privé en santé dans la ville de Mwene-Ditu a une pénétration évaluée à 82,6% dont 64,1% à but lucratif. En effet, l'âge du promoteur, la capacité d'hospitalisation et le niveau de chiffre d'affaires expliquent positivement la performance d'une formation sanitaire. Il a été en outre, attesté l'existence des relations de dépendances entre le statut de la structure de santé, le chiffre d'affaires et le bénéfice ou les excédents des flux financiers. Cet entrepreneuriat est confronté aux défis tels que : la non-performance du système de santé congolais, la pauvreté, le problème d'approvisionnement des médicaments et d'équipements etc.

**Mots-clés :** Entrepreneuriat ; Entrepreneuriat privé ; Entrepreneur ; Secteur de santé ; Soins et services de santé.

## Abstract

This study aims to estimate the level of private entrepreneurship in the health sector in the city of Mwene-Ditu and to identify the legal-economic issues and challenge all stakeholders in the health sector, promote health for all and encourage private entrepreneurship in health. This quantitative research is based on data collected during a survey carried out among 92 health facilities. Econometric tools (regression, PCA and Chi-square test) were used. The results obtained are as follows : boosted by the expertise and experience of the majority of promoters, private health entrepreneurship in the town of Mwene-Ditu has a penetration estimated at 82.6% including 64.1% profit motive. In fact, the age of the promoter, the hospitalization capacity and the level of turnover positively explain the performance of a health structure. This entrepreneurship is faced with challenges such as : the non-performance of the congolese health system, poverty, the problem of supplying medicines and equipment etc.

**Keywords :** Entrepreneurship ; private entrepreneurship ; entrepreneur ; health sector ; health care and services

## Introduction

« Sois je gagne, soit j'apprends » soulignait Nelson Mandela. Cette pensée fait révéler que l'action d'entreprendre dans une activité quelconque aboutit soit à une réussite soit à un échec. Ainsi, quel que soit le résultat de cette décision, l'entrepreneur devrait se focaliser sur ses objectifs et ne pas laisser l'échec décourager son action car aucune grande réussite n'est épargnée d'échecs. L'échec demeure une variable endogène de toute stratégie de croissance d'une entreprise. L'entrepreneur tire également profit de ses échecs que de ses réussites comme dit-on : « qui ne risque rien n'a rien » (Nohain, 1932) ; (Saint-Pierre & Trépanier, 2013) ; (Shane, 2000) ; (Tremblay & Carrier, 2006) et (Khalife, Khoury, & Abou Khalil, 2021).

De ce fait, l'entrepreneuriat s'avère un phénomène ancien. Les recherches sur l'entrepreneuriat et sur les petites et moyennes entreprises sont devenues nombreuses au cours des vingt dernières années entraînant par conséquent, l'émergence des nouvelles théories sur l'entrepreneuriat et les petites et moyennes entreprises. Les chercheurs économistes montrent que l'entrepreneur reste un leader dans les affaires contribuant très significativement à la croissance économique et le développement (Gasse, 1982) ; (Saint-Pierre & Trépanier, 2013) et (Julien, 2000).

Il convient de noter que la décision d'entreprendre dépend du contexte et de la manière de percevoir ce contexte (Borissenko et Boschma, 2017). A ce titre, la particularité de la présente recherche résulte du fait qu'elle se rapporte au secteur de la santé en République Démocratique du Congo avec comme sujet : **L'entrepreneuriat dans le secteur de la santé : enjeux juridico-économiques, défis et perspectives dans la ville de Mwene-Ditu en République Démocratique du Congo.**

Le marché des soins et services de santé se distingue des autres types des marchés suite aux spécificités du secteur de la santé. Ces spécificités portent notamment sur les enjeux de l'offre et de la demande des soins et services de santé ou sur la nature elle-même des biens et services de santé. C'est pourquoi, certains auteurs soulignent que les biens et services de santé ont une nature conventionnelle reposant sur « un consentement collectif ou étatique ». D'autres auteurs par contre, font remarquer que les biens de santé sont des biens collectifs purs ou des biens mixtes. En outre, le malade n'est pas capable de définir seul la fonction de la demande des biens et services de santé nécessaires pour améliorer son état de santé. Cette demande est soumise au choix soit du modèle paternaliste, soit du modèle « patient-décideur » (Arrow, 1963) ; (Crozet, 1997) ; (Samuelson, 1954) ; (Buchanan, 1968) et (Benard, 1985).

Sur le plan juridique d'ailleurs, la relation patient et personnel soignant rentre mieux dans le moule de l'acte juridique que du contrat, ce dernier semblant de plus en plus comme un outil

technique limité puisque ne permettant pas d'appréhender la relation créée par un seul consentement (Benjamin, 2016).

Dans ce contexte, la République Démocratique du Congo est l'un des pays exposés à des pathologies zoonotiques qui représentent de graves menaces pour la santé publique et pour l'économie congolaise. La RDC demeure un pays africain marqué par plusieurs épidémies, à l'instar de l'épidémie de choléra qui a causé plus de 3236 décès entre 2017 et 2022 (Maltais, 2022). En effet, la République Démocratique du Congo est caractérisée par une incidence de la pauvreté évaluée à plus de 71,3%. Cette pauvreté atteint des seuils inquiétants affectant plus de 70% de sa population et dont l'ampleur dépend de la région d'habitation et des groupes socioprofessionnels. C'est pour cette raison que le rapport du DSCRP avait montré que l'amélioration de l'état de santé des populations reste un objectif à la fois économique, social et de développement (MINISANTE/RDC, mars 2010).

Sur le plan organisationnel, le secteur de la santé en RDC est structuré à trois niveaux, à savoir : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire et le niveau local. D'où, dans la délimitation de notre recherche, c'est le niveau local qui nous a intéressés. Celui-ci compte théoriquement 515 zones de santé, 393 hôpitaux généraux de référence et 8504 aires de santé planifiées alors que 8266 aires de santé seulement disposent d'un centre de santé. Ce qui expose certaines populations obligées de parcourir de longues distances pour accéder aux soins de santé de qualité (MINISANTE/RDC, mars 2010).

Les soins de santé de référence primaire en RDC sont généralement offerts par le secteur privé, lucratif ou philanthropique. La proportion des hôpitaux étatiques en tant que hôpitaux généraux de référence s'est élevée à 60%. Tandis que, celle des hôpitaux confessionnels est de l'ordre de 34% contre 6% des hôpitaux privés (MINISANTE/RDC, mars 2010).

Cependant, les études empiriques ont mentionné que le secteur privé lucratif en RDC est souvent rentable en milieu urbain et dans les pôles économiques. L'état de santé continue à soulever des problèmes favorisant l'entrepreneuriat dans le secteur de santé. Il s'agit notamment de la situation sanitaire de la mère reste critique. Le ratio de mortalité maternelle est évalué à 846 décès maternels pour cent milles naissances vivantes (EDS 2013-2014). Ce ratio a enregistré une diminution de 30% depuis 1990. En plus, le pays présente un taux de mortalité infantile très supérieur à celui du produit intérieur brut par habitant (Minisante/RDC, septembre 2018).

Il en est de même de la pandémie corona virus 19 qui favorisait une nouvelle chance d'investir en République Démocratique du Congo malgré le caractère défaillant de son système de santé.

Cette pandémie de Covid-19, a ainsi augmenté le volume d'affaires lié à l'entrepreneuriat privé ainsi que la demande des gouvernements (Groupe d'étude sur le Congo, octobre 2021) et (Joseph, 2022).

De ce fait, le secteur privé de la santé est encore un acteur privilégié du système de santé de la République Démocratique du Congo en dépit de l'ampleur de sa contribution non maîtrisée. Le pays enregistre durablement une croissance démographique rapide surtout chez les jeunes de 15 à 30 ans avec un accroissement estimé de 10 millions de personnes d'ici 2050 par rapport à une estimation d'environ 80 millions de personnes en 2016. Ainsi, 60% des enfants de moins de 5 ans sont non couverts par les soins de santé primaires dans la lutte contre la diarrhée, la fièvre et les infections respiratoires (USAID, août 2019).

L'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité a connu une amélioration, soit un accroissement de 30% et la part du paiement direct dans les dépenses de santé des ménages demeure réduite de 90% à 60% (Minisanté/RDC, mars 2016) et (Minisanté/RDC, janvier 2019).

Dans le rapport mondial sur le développement humain 2016, la République Démocratique du Congo a été classée au 176<sup>ème</sup> rang mondial sur 188 pays avec un IDH de 0,435. Son profil épidémiologique est caractérisé par l'émergence de plusieurs pathologies transmissibles à potentiel épidémique. Il s'agit par exemple du choléra, de la rougeole, de la fièvre jaune, de la maladie à virus Ebola, de la fièvre typhoïde, de la diarrhée sanglante, du monkey pox, du VIH/SIDA, de la tuberculose, du paludisme etc. (Miniplan/RDC ; ANAPI, 2018). D'où, la nécessité de nouveaux investissements qui pourront exploiter le secteur de santé non seulement par rapport à la disponibilité de la part du marché mais aussi par rapport à la demande solvable et qui reste de loin supérieure à l'offre des soins et services de santé.

De ce qui précède, la question fondamentale suivante mérite d'être posée : **dans quelle mesure l'entrepreneuriat privé reste plausible dans la ville de Mwene-Ditu malgré la défaillance du système de santé congolais ?** De cette question générale découlent les questions spécifiques ci-après : quel est le seuil de l'entrepreneuriat privé dans le secteur de santé dans la ville de Mwene-Ditu ? Quel est le profil de l'entrepreneur privé dans le secteur de santé dans la ville de Mwene-Ditu ? Quels sont les enjeux, les défis et les perspectives des investissements privés en santé ?

Dans cette optique, la présente recherche vise à estimer le niveau d'entrepreneuriat privé dans le secteur de la santé dans la ville de Mwene-Ditu et d'identifier les enjeux et les défis des investissements privés en santé afin d'interpeller tous les acteurs du secteur de santé et

d'encourager l'entrepreneuriat privé dans le but de favoriser l'atteinte de l'objectif de la santé pour tous et la performance du système de santé congolais surtout dans les milieux urbano ruraux.

Pour répondre à cette problématique, la recherche a recouru à une méthode quantitative s'inscrivant dans un paradigme positiviste. Un questionnaire d'enquête a été administré auprès de 92 responsables des différentes structures de santé dans la ville de Mwene-Ditu réparties dans deux zones de santé pour valider les hypothèses à savoir : les investissements privés dans le secteur de santé à Mwene-Ditu sont prépondérants justifiés par les enjeux et la capitalisation de l'expertise et l'expérience des promoteurs dans le domaine de santé.

Ainsi, cette étude hormis l'introduction, est structurée en quatre points. Le premier point porte sur la revue de littérature. Quant au deuxième point, il a pour toile de fond la description de la méthodologie de recherche appliquée. Tandis que le troisième et le quatre points ont été consacrés respectivement à la présentation des résultats de recherche et à la discussion des résultats et conclusion.

## **1. Revue de littérature**

Ce point vise à préciser les sens de concepts clés qui sous-tendent l'objet de recherche et la théorie y afférente avant de chuter par une ébauche du système de santé de la République Démocratique du Congo.

### **1.1. Débat théorique et empirique sur l'entrepreneuriat et le secteur de santé**

#### **1.1.1. L'entrepreneuriat et enjeux**

L'action entrepreneuriale s'est confirmée en tant que l'un des leviers principaux du développement économique et social des nations. Elle favorise la création de la valeur, la création d'emplois et l'élévation du niveau de satisfaction des besoins multiples des populations (Janssen, 2016).

De ce fait, la dynamique entrepreneuriale est favorisée par multiples motivations (Lyoubi & Alliadev, 2019), à savoir : exercer un effet social, environnemental, être inspiré, créer une industrie, être son propre décideur ou patron, promouvoir l'entrepreneuriat social, accroître les revenus, élever le niveau de vie et substituer à la perte d'emploi ou à la situation du chômage. Par conséquent, l'esprit entrepreneurial selon la littérature est caractérisé par les éléments suivants : la prise de risque, l'esprit d'initiative, la force de conviction et la pugnacité. Qui plus est, l'entrepreneur se démarque par sa capacité à percevoir le changement via la capitalisation des opportunités de développement et à l'innovation (MINIECOFIN/France, novembre 2017).

### 1.1.2. L'entrepreneur

Un entrepreneur est un solutionneur des problèmes et un partenaire privilégié dans la résolution ou la satisfaction des besoins de la population (clients) (Tremblay & Carrier, 2006).

L'entrepreneur est un acteur capable de se focaliser sur la création et la croissance de l'entreprise. Ceci passe par la mise en œuvre d'une stratégie intégrant de façon rationnelle le problème de financement, la gestion de l'échec et l'enjeu de la pérennisation de l'affaire. C'est ainsi qu'il est appelé à professionnaliser et à légitimer son entreprise afin d'instaurer un climat de confiance avec la clientèle.

En effet, réussir en tant qu'entrepreneur passe par une ingéniosité des choix : comprendre les règles et réglementation du secteur ; acquérir les connaissances afférentes à la gestion de l'entreprise ; préparer un plan réaliste pour le développement de l'entreprise et influencer positivement sur le bien-être communautaire.

L'entrepreneur n'est pas un « self made man » possédant des caractéristiques particulières à la base de l'échec ou la réussite d'un projet d'entreprise. Il est l'un des acteurs majeurs d'un système ouvert à son environnement extérieur et en perpétuelle interaction avec lui (Julien & Schmitt, 2020) ; (Offerlé, 2017) ; (Michel, 2021) ; (Pierre-André, 2016) ; (Pelizza Hilka Vier, Faia, & Silva, 2016) et (Khalife, Khoury, & Abou Khalil, 2021).

Ainsi, être entrepreneur s'appréhende comme un individu capable de créer une entreprise, la développer et la maintenir sur un marché innovant et concurrentiel (Langlais, 2002).

On distingue cinq courants de l'entrepreneuriat :

- Le courant des traits, qui est une approche basée sur les circonstances ayant stimulé l'individu de se lancer en affaires (Gasse, 1982) ;
- Le courant environnemental, qui repose sur les événements incitant à agir comme catalyseur dans le processus décisionnel de créer une entreprise. Cette approche saisit les opportunités ou des désirs de réaliser son rêve, perte d'un emploi ou le manque de satisfaction au travail... (Audet, 2001) et (Julien P. , 2000) ;
- Le courant behavioral, qui est une approche relative à l'habileté et aux compétences qu'un individu possède avant de prendre la décision de créer l'entreprise (Filion, 1999) ; (Cooper et Dunkelberg, 1981) et (Dona, 1993) ;
- Le courant des intentions entrepreneuriales, est fondé sur la psychologie sociale, à la théorie des comportements planifiés (Reynolds et Miller, 1992) ;
- Le courant « entrepreneur naissant », est une approche qui préconise la gestation du projet d'entreprise à partir du moment où le candidat entrepreneur commence à

concrétiser son projet et ce jusqu'à sa réalisation. Ce courant appréhende les comportements, les habiletés, les attitudes et les aptitudes des aspirants entrepreneurs que l'environnement dans lequel ils concrétisent le processus de création d'entreprise (Reynolds et Miller, 1992) ; (Audet, 2001) et (Julien P. , 2000).

De ce qui précède, l'entrepreneuriat privé dans le secteur de la santé porte sur différentes options d'engagement (Joseph, 2022). Il s'agit des options suivantes : les services et produits liés à l'écosystème de santé ; les prestations de services de santé et produits de santé et le financement ainsi que l'assistance technique.

### 1.2. Le système de santé de la République Démocratique du Congo

Il sied de signaler que l'article 47 de la constitution de la République Démocratique du Congo garantit le droit à la santé. De ce fait, la politique nationale de la santé adoptée en 2001, privilégie les soins de santé primaires et l'unité opérationnelle de mise en œuvre reste la zone de santé. Cette structure opérationnelle est chargée de dispenser les soins de santé globaux, continus et intégrés (Minisanté/RDC, septembre 2018).

L'organisation de l'offre des soins de santé en République Démocratique du Congo est assurée par les structures publiques et privées (à but lucratif et non lucratif ainsi que la médecine traditionnelle). Le secteur pharmaceutique est essentiellement aux mains des privés (Minisanté/RDC, septembre 2018).

L'article 35 de la constitution telle que révisée à ce jour et l'article 7 de l'ordonnance-loi n°22/030 du 8 septembre 2022 relative à la promotion de l'entrepreneuriat et des startups consacrent la liberté d'entreprise sur l'ensemble du territoire national de toute activité à caractère civil, social ou commercial.

L'article 5 de l'Ordonnance-loi précitée fixe le contenu de l'entrepreneuriat comme une activité qui consiste pour une entreprise à :

- Innover ou apporter une valeur ajoutée à un autre projet existant en vue d'améliorer sa demande et son marché déjà mature, auquel cas **l'entrepreneuriat est dit incrémentiel** ;
- Ajouter une ou des fonctionnalités techniques sur un produit existant pour en améliorer l'utilité, la fonctionnalité et le marché, auquel cas **l'entrepreneuriat est dit adjacent** ;
- Rendre un produit existant plus accessible au plus grand nombre en réduisant quelques-unes de ses fonctionnalités, auquel cas **l'entrepreneuriat est dit de rupture** ;
- Créer un produit tout à fait neuf qui n'a jamais été pensé auparavant tout en créant un nouveau marché, auquel cas **l'entrepreneuriat est dit d'innovation radicale** ;

- Par nature, n'est pas à but lucratif et vise à répondre à un besoin social ou à atteindre un objectif à caractère social, auquel cas **l'entrepreneuriat est dit social.**

**Tableau n°1. Structure du système de santé en RDC**

Secteur médical public	Secteur médical privé		Secteur pharmaceutique	La médecine traditionnelle
	A but lucratif	Non lucratif		
Centres de santé, hôpitaux généraux de référence, hôpitaux provinciaux et nationaux, autres entités étatiques et parapubliques impliquées dans la prestation des services	Pratiques médicales et paramédicales privées, cliniques, polycliniques et centre de diagnostic	Centres de santé et hôpitaux gérés par des ONG y compris des organisations confessionnelles	Sociétés pharmaceutiques et structures de vente en gros, d'approvisionnement et de distribution autorisées	Guérisseurs traditionnels en utilisant des plantes et les pratiques traditionnelles pour diagnostiquer les maladies et les conditions et fournir des soins aux patients

Source : USAID, évaluation du secteur privé de la santé en République Démocratique du Congo, Shops plus, août 2019

## 2. Cadre méthodologique

La présente étude est de nature transversale et quantitative. Elle a pour terrain de recherche la ville de Mwene-Ditu<sup>1</sup> (située à 132 kilomètres de la ville de Mbuji-Mayi, chef-lieu de la province du Kasai-Oriental) dans la province de Lomami en République Démocratique du Congo. Sur le plan sanitaire, cette entité administrative est subdivisée en deux zones de santé, à savoir : la zone de santé de Mwene-Ditu et la zone de santé Makota.

La zone de santé de Mwene-Ditu est constituée de 23 aires de santé couvertes par 74 formations ou structures sanitaires, soit une moyenne d'au moins de structures de santé par aire de santé.

La zone de santé de Makota par contre, est structurée en 17 aires de santé avec 36 structures de santé, soit au moins de 2 structures de santé par aire de santé.

Il convient d'indiquer que la ville de Mwene-Ditu est subdivisée sur le plan sanitaire par 40 aires de santé couvertes par un total de 110 formations sanitaires soit une moyenne d'au moins 2 formations sanitaires par aire de santé. En outre, sur cet ensemble de 110 formations sanitaires, la ville possède deux hôpitaux généraux de référence : l'HGR Tshiamala pour la ZS de Mwene-Ditu et l'HGR Christ-Roi de la ZS Makota.

Cette entité est marquée par des ménages à revenus faibles et les conditions socioéconomiques précaires. Elle s'inscrit également dans un contexte post atténuation des effets de la pandémie corona virus 19 tel que cela est décrit : « *la pandémie a fait de l'inclusion sociale une priorité des pouvoirs publics dans le monde entier. Dans nombre de pays, les plus démunis ont été*

<sup>1</sup> Mwene-Ditu est une entité administrative décentralisée élevée au rang d'une ville en 2003 par décret-loi n°043 du 23 mars 2003 portant création de la ville de Mwene-Ditu et ses trois communes. Elle fut la deuxième ville de l'ex province du Kasai-Oriental et actuellement première ville de la province de Lomami

*gravement frappés par la crise de la Covid-19, sous forme de perte d'emplois, de baisse de revenu ou d'exposition aux risques sanitaires. En réactions, les gouvernements sont intervenus énergiquement en menant des politiques budgétaires qui protègent les populations vulnérables et enravent l'aggravation imminente de la pauvreté et des inégalités » (Mooij, Fenochietto, Hebous, Leduc, & Osorio-Buitron, décembre 2020).*

### **2.1. Population, construction de l'échantillon et conception du questionnaire**

L'analyse repose sur les données d'enquête menée auprès de 92 structures de santé au cours du mois de mars 2024. En considérant la probabilité de réalisation (structure de santé privée, P) de 50% ; le niveau de confiance de 95% (Z critique de 1,96) et la marge d'erreur tolérée de 10%, l'application de la formule de détermination de la taille de l'échantillon optimale (Ngondo à Pitshandenge, 2011, p.23) et (Tillé, 2001), à savoir : la taille de l'échantillon ( $n$ ) =  $Z^2 P(1 - P)/e^2$  dégage une taille de 96 structures de santé. La taille de l'échantillon ajustée tenant compte de la taille de la population via la formule :  $n^* = \frac{N}{N+n} * n$ , il a été retenu une taille de l'échantillon ajustée de 92 structures de santé considération que l'ensemble des formations sanitaires formelles et informelles se chiffrent environs 2500 ( y compris les pharmacies).

Ces structures de santé ont été sélectionnées par l'approche d'un échantillonnage non probabiliste. En effet, dans les deux zones de santé qui composent la ville de Mwene-Ditu, il a été sélectionné cinq aires de santé par zone de santé et dans chaque aire de santé, neuf structures de santé au moins ont été ciblées.

A propos du questionnaire d'enquête, il a été constitué de 15 questions pour la première partie sur l'identification de la structure de santé et son promoteur. Par contre, la seconde partie du questionnaire a comporté 12 questions d'opinion portant sur le financement, la capacité productive de la structure de la santé, la situation financière de la structure, le niveau de la demande des soins de santé, les enjeux et les défis de l'entrepreneuriat en santé. Les questions ont été en majorité fermées accompagnées de quelques questions ouvertes.

### **2.2. Démarche d'analyse des données**

La méthode d'analyse statistique a permis le traitement et l'analyse approfondie des résultats de recherche. La méthode de régression a été utilisée pour estimer les relations entre certaines variables d'intérêt de nature quantitative. Il a été également fait recours de la démarche d'analyse des composantes principales (ACP) et au test de khi carré (Rakotomalala, mai 2017) ;

(Crépon, novembre 2005) ; (Greene, 2000) ; (Pindick & Rubinfeld, 1999) et (Wooldridge, 2002). Le logiciel Sphinx a servi d'outil.

### 3. Résultats de recherche et analyse

Ce point vise à présenter les résultats de recherche en volets. Primo, il est question de présenter les résultats de dépouillement permettant de décrire la pratique entrepreneuriale privée dans le secteur de santé dans la ville de Mwene-Ditu. Secundo, une analyse approfondie a été réalisée pour dégager des informations pertinentes relatives aux relations entre les variables de contrôle.

#### 3.1. Dépouillement des données d'enquête

Ce sous point étale les résultats de dépouillement par rapport aux différentes variables d'intérêt.

**Tableau n°2. Résultats relatifs à l'identification de la structure de santé et de l'entrepreneur**

	Variables/Modalités	Fréquences absolues	Fréquence relatives
<b>01</b>	<b>Statut de la structure de santé</b>		
	Poste de santé	14	15,2%
	Centre de santé	65	70,7%
	Hôpital	8	8,7%
	Clinique ou polyclinique	5	5,4%
	<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>
<b>02</b>	<b>Personnalité juridique de la structure de santé</b>		
	Structure étatique	15	16,3%
	Structure confessionnelle ou ONG	17	18,5%
	Structures privées à but lucratif	59	64,1%
	Non réponse	1	1,1%
	<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>
<b>03</b>	<b>Pondérations des soins et services de santé offerts</b>		
	Consultation	89	96,7%
	Laboratoire	77	83,7%
	Soins et services de pédiatrie	79	85,9%
	Soins et services de médecine interne	61	66,3%
	Soins et services de gynécologie	42	45,7%
	Soins et services de chirurgie	47	51,1%
	Soins et services de maternité	73	79,3%
	Soins et services d'échographie et radiologie	12	13,0%
	<b>(question à choix multiple) Total</b>	<b>92</b>	
<b>04</b>	<b>Formalisation et professionnalisation de la structure</b>		
	Oui	85	92,4%
	Non	4	4,3%
	Non réponse	3	3,3%
	<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>
<b>05</b>	<b>Statut d'implantation</b>		
	Locataire	37	40,2%
	Propriétaire	54	58,7%
	Non réponse	1	1,1%
	<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>

Source : Elaboré sur base des données d'enquête à l'aide du logiciel Sphinx

Il est à signaler que la majorité de formations sanitaires évolue dans le secteur de santé formel soit 92,4% contre 4,3% de formations sanitaires oeuvrant dans l'informel. Cette forte formalisation serait justifiée par la sensibilité et les exigences tant juridiques qu'opérationnelles relatives à la création d'une structure de santé. Parmi les documents officiels les plus détenus, il a été constaté de l'enquête les documents suivants : les statuts, les actes d'intégration, l'autorisation d'exploitation, le permis d'ouverture, le numéro d'impôt et le numéro d'identification nationale, la taxe d'implantation et environnementale, les différents instruments spécifiques liés à la santé et les contrats de partenariat avec différents acteurs de la santé.

Les résultats de dépouillement ont révélé que les centres de santé constituent la catégorie des formations sanitaires la plus dominante avec une part de 70,7% de l'ensemble. L'entrepreneuriat privé en santé est le plus important dans l'organisation de l'offre des soins de santé. Le système de santé de la Mwene-Ditu est tenu par l'entrepreneuriat privé au seuil de 82,6% dont 64,1% à but lucratif contre 18,5% sans but lucratif. L'Etat a une faible participation en termes de création des structures sanitaires sur le marché des soins de santé avec une proportion de 16,3%.

Sur 100 formations sanitaires, plus de 96 structures de santé organisent la consultation médicale alors que 83,7 structures de santé offrent les soins relatifs aux examens de laboratoire et plus de 85 structures de santé offrent les soins pédiatriques contre 79 formations sanitaires qui organisent les soins de maternité et 66 structures de santé offrent des soins inhérents à la médecine interne. Il se révèle que les soins de santé relatifs à l'échographie et la radiologie sont quasi-inexistants ou moins offerts soit 13 structures de santé sur 100 et une faible offre des soins se rapportant au problème gynécologique ou nécessitant une intervention chirurgicale avec des fréquences respectives de 45,7% et 51,1%. Cette situation serait expliquée par le nombre faible des hôpitaux et le problème d'acquisition des équipements médicaux spécifiques.

**Tableau n°3. Résultats liés à l'identification de la structure de santé et de l'entrepreneur**  
 (suite)

	Variables/Modalités	Fréquences absolues	Fréquence relatives
<b>01</b>	<b>Tranche du montant d'investissement en USD</b>		
	1 à 100	14	15,2%
	101 à 500	32	34,8%
	501 à 10000	36	39,1%
	10001 à 50000	6	6,5%
	50001 à 100000	2	2,2%
	100001 et plus	2	2,2%
	<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>
<b>02</b>	<b>Sexe de l'entrepreneur</b>		
	Masculin	60	65,2%
	Féminin	9	9,8%
	Sans réponse	23	25,0%
	<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>
<b>03</b>	<b>Niveau d'instruction</b>		
	Au plus le niveau de diplômé d'Etat	7	7,6%
	Niveau universitaire	58	63,0%
	Sans réponse	27	29,3%
	<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>
<b>04</b>	<b>Domaine de formation</b>		
	Sciences de santé	64	69,6%
	Autres sciences	3	3,3% %
	Sans réponse	25	27,2%
	<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>

Source : Elaboré sur base des données d'enquête à l'aide du logiciel Sphinx

Les chiffres inscrits dans ce tableau montrent que la plus part de structures de santé ont nécessité un montant d'investissement variant entre 501 et 10000 dollars américains, soit 39,1% de l'ensemble. Moins de 12% de formations sanitaires ont exigé un montant d'investissement de plus de 10000 dollars. Ceci serait dû au fait que plus de 70% des formations sanitaires sont de la catégorie de centres de santé et dont, l'entrepreneuriat privé est plus dominant.

Les entrepreneurs privés masculins sont majoritaires soit 65,2% contre seulement 9,8% des entrepreneurs du genre féminin. Le niveau universitaire caractérisé la majorité d'entrepreneurs soit 63% contre 7,6% d'entrepreneurs détenant au plus le niveau de diplômé d'Etat. Ces derniers ont entrepris de créer une structure de santé à partir de leur expertise en ayant suivi la formation médicale à plus de 69% du total.

**Tableau n°4. Résultats de dépouillement**

	<b>Variables Modalités</b>	<b>Fréquences absolues</b>	<b>Fréquences relatives</b>
<b>01</b>	<b>Profession de l'entrepreneur privé</b>		
	Agent de santé du secteur public	40	43,5%
	Agent de santé du secteur privé	13	14,1%
	Autres professions	15	16,3%
	Sans réponse	24	26,1%
	<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>
<b>02</b>	<b>Etat-civil de l'entrepreneur privé</b>		
	Marié	66	66,3%
	Célibataire	1	1,1%
	Veuf ou divorcé	5	5,4%
	Non réponse	25	27,2%
	<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>
<b>03</b>	<b>Tranche du revenu mensuel en USD du promoteur</b>		
	1 à 100	8	8,7%
	101 à 200	28	30,4%
	201 à 300	15	16,3%
	301 à 500	10	10,9%
	501 à 1000	5	5,4%
	1001 et plus	3	3,3%
	Non réponse	23	25%
	<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>
<b>04</b>	<b>Source de financement de sa structure sanitaire</b>		
	Fonds propres	49	53,3%
	Endettement	0	0%
	Financement mixte	18	19,6%
	Subventions ou différents dons	31	33,7%
	Non réponse	10	10,9%
	<b>(question à choix multiple) Total</b>	<b>92</b>	
<b>05</b>	<b>Effectifs du personnel dans la structure de santé</b>		
	Moins de 10 agents	61	66,3%
	De 10 à 20 agents	16	17,4%
	Plus de 20 agents	5	5,4%
	Non réponse	10	10,9%
	<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>

Source : Elaboré sur base des données d'enquête à l'aide du logiciel Sphinx

Il sied de mentionner que 57,6% des entrepreneurs sont des salariés du secteur de santé dont 43,5% des salariés du secteur public contre 14,1% du secteur privé. Tenant compte de la prédominance de ceux ayant suivi une formation en sciences de santé soit 69,6%, les résultats attestent que l'entrepreneuriat privé en santé est favorisé par l'expertise et l'expérience. 16,3% de l'ensemble des entrepreneurs en santé ne prestent pas dans le secteur de santé. Les revenus moyens mensuels des entrepreneurs salariés varient en majorité entre 101 et 200 dollars américains (30,4% du total d'entrepreneurs). La tranche de revenu de plus 500 dollars américains ne représente que 8,7%.

En dépit de ce niveau faible de revenu, plus de 55 entrepreneurs sur 100 ont recouru aux fonds propres pour créer une structure de santé. Tandis que plus de 19 entrepreneurs sur 100 ont

financement la création d'une formation de santé par financement mixte alors que plus de 33 formations de santé seulement ont bénéficié des subventions et différents dons. Cette situation soulève le problème de financement du système financier congolais marqué par un faible approfondissement financier et la présence de plusieurs barrières d'accès au crédit bancaire. C'est pourquoi, la majorité des formations de santé créées sont de micros, petites et moyennes entreprises dont 66,3% de ces structures ont moins de 10 agents contre 22,8% de l'ensemble ayant plus de 10 membres du personnel médical ou paramédical.

**Tableau n°5. Résultats de dépouillement**

	Variables/Modalités	Fréquences absolues	Fréquence relatives
<b>01</b>	<b>Capacité d'hospitalisation</b>		
	Moins de 10 lits	37	40,2%
	De 10 à 20 lits	29	31,5%
	Plus de 20 lits	14	15,3%
	Sans réponse	12	13,0%
	<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>
<b>02</b>	<b>Statut du gérant de la structure de santé</b>		
	Propriétaire lui-même	42	45,7%
	Mandataire	38	41,3%
	Sans réponse	12	13,0%
	<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>
<b>03</b>	<b>Tranche du chiffre d'affaires en USD</b>		
	1 à 100	9	9,8%
	101 à 200	23	25,0%
	201 à 300	13	14,1%
	301 à 500	20	21,7%
	501 à 1000	12	13,0%
	1001 et plus	4	4,3%
	Non réponse	11	12,0%
	<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>
04	<b>Avoir accumulé des pertes</b>		
	Oui	36	39,1%
	Non	43	46,8%
	Non réponse	13	14,1
	<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Source : Elaboré sur base des données d'enquête à l'aide du logiciel Sphinx

Les chiffres inscrits dans ce tableau attestent que 40,2% de formations sanitaires ont une capacité d'hospitalisation de moins de 10 lits contre 31,5% de l'ensemble des structures pour une capacité d'hospitalisation variant entre 10 et 20 lits. Une capacité d'hospitalisation de plus de 20 lits est détenue par 15,2% du total des formations sanitaires. Ceci dégage une capacité moyenne d'hospitalisation de 14 lits par formation sanitaire avec un écart-type de 15,08.

La tarification des différents actes médicaux est variable dont les tarifs moyens se présentent comme suite : maternité (35000 francs congolais) ; consultation (moins de 10000 francs

congolais) ; médecine interne (50000 francs congolais) ; chirurgie (100000 francs congolais) ; gynécologie (30000 francs congolais) et pédiatrie (25000 francs congolais).

Cette tarification dépend de la loi du marché, de la variation des prix des médicaments, des partenariats avec différents partenaires sociaux visant la couverture universelle, du pouvoir d'achat de la population (revenu), du volume des dépenses pour offrir les soins de santé, de la politique nationale de tarification, de la pathologie, de la gravité de la maladie, de la fiscalité en santé etc.

Ces structures de santé créées à 39,1% ont accumulé des pertes contre 46,8% des structures qui ont enregistré de façon durable des bénéfices. Ces investissements en santé dégagent un chiffre d'affaires moyen variant de 101 à 200 dollars à concurrence de 25% de l'ensemble contre 25,8% du total des formations dont le chiffre d'affaires est compris entre 200 à 500 dollars américains et 17,3% des structures de santé pour un chiffre d'affaires de plus de 500 dollars américains.

Les promoteurs des structures de santé sont en majorité (soit 45,7%) eux-mêmes des gérants alors que 41,3% du total des formations de santé sont gérées par les mandataires.

Les informations de l'enquête révèlent que l'entrepreneuriat en santé dans la ville de Mwene-Ditu en République Démocratique du Congo est confronté aux problèmes suivants : faible prise en charge étatique, forte concurrence entre les centres de santé, l'insuffisance du capital d'investissement, la tracasserie fiscale, l'acquisition des installations et des équipements médicaux et paramédicaux, faible niveau des subventions, coût élevé lié à la location des bâtiments, la détention de tous les documents officiels pour formaliser son investissement, la faible fréquence des malades, l'insolvabilité des certains patients, le faible pouvoir de la population, l'approvisionnement des médicaments et la localisation de la structure.

Cependant, pour assurer la pérennité ou la croissance de la formation sanitaire, les gestionnaires font face aux problèmes relatifs aux vols ou détournements, la défaillance dans l'exécution des contrats de partenariat, l'insolvabilité des patients, la faible fréquence des malades suite aux problèmes d'accessibilité aux soins de santé modernes, le retard ou la quasi-absence des subventions, la gamme des soins de santé non diversifiée, la concurrence, le transfert des malades, l'instabilité du personnel suite à la faible rémunération, la faible part du marché, la rupture des stocks des intrants, l'instabilité des prix des médicaments, le problème de financement et l'inadéquation entre les coûts des soins et la tarification exigée dans le secteur de santé.

Qui plus est, l'entrepreneuriat en santé présente des enjeux tels que la possibilité de bénéficier des subventions d'équipement, d'exploitation ou d'équilibre ainsi que des appuis en

médicaments. Il en est de même des facilités accordées par l'Etat pour favoriser la santé pour tous (couverture universelle), la satisfaction de la population par l'amélioration de son état de santé, la prise en charge par l'Etat du personnel de la structure privée intégrée et l'accompagnement dans le renforcement des capacités du personnel et la gestion des différentes campagnes de vaccination.

### **3.2. Analyse approfondie des résultats de recherche**

Ce sous point permet de saisir les relations bivariées ou multivariées entre les différentes variables d'intérêt de la présente recherche. Ceci a été rendu possible au travers la méthode de régression, l'APC et le test de Khi carré.

#### **Equation de la régression :**

Tranche des excédents flux financiers \$ = -0.015 \* Ancienneté de la structure en ans +0.210 \*  
Tranche du montant d'investissement \$ +0.023 \* L'âge du promoteur en ans -0.002 \*  
Ancienneté du promoteur en ans -0.080 \* Effectifs du personnel de la structure +0.070 \*  
Capacité d'hospitalisation (lits) +0.465 \* Tranche du chiffre d'affaires en USD -0.779

Ce modèle estimé est globalement significatif considérant que 7 variables expliquent 73.8% de la variance de tranche des excédents flux financiers \$ avec un Coefficient de corrélation multiple :  $R = 0,86$ , coefficient de Fisher :  $F = 25,80$ . Ainsi, l'âge du promoteur (entrepreneur), la capacité d'hospitalisation et le chiffre d'affaires expliquent positivement la performance d'une formation sanitaire mesurée par le niveau de son excédent en flux financiers.

Il s'est révélé au regard du test de Khi carré ( $\chi^2 = 20,67$ , ddl = 20, 1-p = 58,30%), une indépendance entre le montant d'investissement et la personnalité juridique de la structure de santé. Il existe également une faible dépendance entre la profession de l'entrepreneur et la performance de la formation sanitaire ( $\chi^2 = 26,91$ , ddl = 18, 1-p = 91,93%).

**Tableau n°6. Relation bivariée entre l'excédent des flux financiers et le statut de la structure de santé**

Tranche des excédents flux financiers \$ Statut de la structure	Non réponse	0 à 100	101 à 200	201 à 300	301 à 500	501 à 1000	1001 et plus	TOTAL
Poste de santé	4	7	2	1	0	0	0	14
Centre de santé	6	14	33	7	4	1	0	65
Hôpital	1	0	0	1	1	2	3	8
Clinique ou polyclinique	1	1	0	0	1	2	0	5
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>35</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>92</b>

Source : Résultats d'enquête à l'aide du logiciel Sphinx

La dépendance est très significative.  $\chi^2 = 73,55$ , ddl = 18,  $1-p = >99,99\%$ . Les cases encadrées en bleu (rose) sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur (inférieur) à l'effectif théorique. Attention, 23 (82.1%) cases ont un effectif théorique inférieur à 5, les règles du  $\chi^2$  ne sont pas réellement applicables. % de variance expliquée (V de Cramer) : 26,65%. Il convient de souligner l'existence d'une relation significative entre le statut de la formation de santé et le niveau des excédents en flux financiers (bénéfice). Les hôpitaux, cliniques ou polycliniques ont plus de chance de réaliser un bénéfice élevé que les autres structures de santé (centres de santé et postes de santé). En corolaire, ce statut de la structure de santé explique aussi positivement le niveau de chiffre d'affaires comme il ressort du tableau suivant :

**Tableau n°7. Relation bivariée entre le statut de la formation de santé et la tranche du chiffre d'affaires**

Tranche du chiffre d'affaires en USD Statut de la structure	Non réponse	1 à 100	101 à 200	201 à 300	301 à 500	501 à 1000	1001 et plus	TOTAL
Poste de santé	4	2	3	1	4	0	0	14
Centre de santé	5	7	20	11	15	7	0	65
Hôpital	1	0	0	0	1	2	4	8
Clinique ou polyclinique	1	0	0	1	0	3	0	5
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>23</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>92</b>

Source : Résultats d'enquête à l'aide du logiciel Sphinx

La dépendance est très significative.  $\chi^2 = 67,57$ , ddl = 18,  $1-p = >99,99\%$ . Les cases encadrées en bleu (rose) sont celles pour lesquelles l'effectif réel est nettement supérieur (inférieur) à l'effectif théorique. Attention, 22 (78.6%) cases ont un effectif théorique inférieur à 5, les règles du  $\chi^2$  ne sont pas réellement applicables. % de variance expliquée (V de Cramer) : 24,48%

#### 4. Discussion des résultats et conclusion

Il a été remarqué que l'entrepreneuriat privé en santé dans la ville de Mwene-Ditu a une pénétration évaluée à 82,6% dont 64,1% à but lucratif. Cet esprit entrepreneuriat est boosté par l'expertise et l'expérience de la majorité des promoteurs qui sont de formation en sciences de santé et en même temps travailleurs dans le secteur de santé.

Cet entrepreneuriat dans le secteur de santé profite des enjeux tels que la possibilité de bénéficier des subventions, des facilités de l'Etat pour favoriser la santé pour tous, gérer les campagnes de vaccination, de profiter de l'accompagnement des différents partenaires en santé dans le renforcement des capacités du personnel, des appuis en médicaments et le paiement des factures des patients indigents.

Cependant, cet entrepreneuriat est confronté à plusieurs défis notamment : la non-performance du système de santé congolais, la pauvreté de la population, le problème d'approvisionnement des médicaments, l'inadéquation entre la tarification et les coûts des soins de santé, l'acquisition des équipements, la défaillance dans l'exécution des contrats de partenariats, l'accès au crédit bancaire etc.

Il sied de noter que l'âge du promoteur, la capacité d'hospitalisation et le niveau de chiffre d'affaires expliquent positivement la performance d'une formation sanitaire. En outre, il a été attesté des relations significativement dépendantes entre le statut de la formation de santé, le chiffre d'affaires et le bénéfice ou excédents des flux financiers.

Les résultats de recherche ont démontré que l'entrepreneuriat privé en santé dans la ville de Mwene-Ditu se rapporte globalement au courant behavioral de l'entrepreneuriat (Audet, 2001) ; (Filion, 1999) ; (Gasse, 1982) et (Julien P. , 2000).

Ces résultats ont convergé avec ceux montrant que la connaissance ou l'expertise et l'expérience déterminent la nature, le nombre et le degré d'innovation des opportunités identifiées. Cette approche favorise la réussite et repose sur la capacité à détecter et exploiter les opportunités entrepreneuriales (Khalife, Houry, & Abou Khalil, 2021) ; (Saint-Pierre & Trépanier, 2013) ; (Shane, 2000) ; (Ucbasaran, Westhead, & Wright, 2003) ; (Minniti & Bygrave, 2001) et (Davidsson et Honif, 2001 et 2005).

De ce fait, il est attesté que les facteurs sociodémographiques et culturels (âge, statut en emploi, situation, revenu, diplôme, la motivation, le recours au financement propre etc.) expliquent aussi positivement sur la création des formations sanitaires tel qu'il ressort des travaux de (Kane, Sy, Pauligard Ntep Massing, & Liboudou, février 2014).

Il en est de même des résultats de Golo Yao Nukunu (2012) qui signalait que la perception de l'environnement des affaires est l'un des facteurs influençant la décision de création d'une entreprise. L'âge de l'entreprise et celui de l'entrepreneur expliquent significativement la forte croissance de l'entreprise et par conséquent, la création des emplois, l'augmentation des revenus et l'accroissement de l'offre des biens et services de qualité (Nukunu, 2012) et (Pfeffermann, 2001).

La capacité d'hospitalisation comme facteur de croissance d'une structure sanitaire tend à confirmer la relation entre les effectifs du personnel, l'utilisation des lits et la capacité d'accueil dans les établissements de santé privés, d'une part, et leur niveau d'activité en milieu urbano rural, d'autre part (Ntumba Lombe, Bukele K., Nkongolo, Lombe Bukole, & Kampilu, 2024). Les défis liés à l'entrepreneuriat dans le secteur de santé sus identifiés confirment les résultats selon lesquels le délabrement des infrastructures, la faible redevabilité publique des services de santé, la faible résilience des structures de santé, le niveau faible des subventions, le manque d'équipements adéquats, des médicaments de qualité et la migration du personnel expliquent la non-performance du système de santé congolais et limitent l'offre des soins et services de santé (MINISANTE/RDC, mars 2010) ; (Miniplan/RDC ; ANAPI, 2018) ; (Roussel, 2022) ; (GRAP-PA ; CEMUBAC ; MINISANTE/RDC, février 2013) ; (Garbuio & Lin, 2018) ; (Phillip & Garman, 2006) ; (Miller & French, 2016) ; (Della Mea, 2001) et (Minisanté/RDC, septembre 2018).

Ce rapport du ministère de la santé a relevé que le système de santé de la RDC fait face aux problèmes suivants :

- L'accès aux soins de santé primaires de qualité reste insuffisant suite à la faible couverture sanitaire et du mode de paiement pratiqué ;
- L'implantation des structures de santé au niveau local se fait de façon anarchique ;
- Les hôpitaux généraux de référence des zones de santé n'ont pas des ressources nécessaires pour atteindre leurs objectifs et favoriser la concurrence avec les centres de santé ;
- Le coût de fonctionnement des structures de santé, des ressources humaines et l'accessibilité financière des populations affectant négativement la performance des formations sanitaires etc.

Les résultats de la présente recherche viennent attester que dans le monde, près de la moitié de la population n'a pas accès aux soins de santé essentiels. Il a été estimé en 2011 que 75% de la

population était exclue de l'accès aux services de santé à cause de la pauvreté (Programme pour l'Intégration de la Santé Communautaire, août 2021).

La faible participation de la femme dans l'entrepreneuriat privé en santé confirme l'idée selon laquelle les femmes lancent souvent des entreprises dans des secteurs très saturés, informels et à faible productivité (FAO ; BIT, 2010). A contrario, une autre littérature renseigne que si lors du développement, du démarrage, de la croissance de l'entreprise, il est fait recours à l'expérience d'un haut niveau de satisfaction, de sentiments positifs (l'enthousiasme, l'inspiration et la vivacité), d'un bon fonctionnement psychologique et d'émotions négatives à faible dose, l'entrepreneur vit un état de bien-être entrepreneurial idéal (Wiklund, Nikolaev, Shir, Foo, & Bradley, 2019).

De ce qui précède, il revient de mentionner que l'entrepreneur privé en santé occupe une place prépondérante dans l'offre des soins de santé dans la ville de Mwene-Ditu en République Démocratique du Congo. En effet, il est indispensable au gouvernement de créer un écosystème favorisant la performance des formations sanitaires et les subventionner d'avantage pour permettre une adéquation entre les coûts des soins de santé et la tarification ainsi que favoriser la politique de la santé pour tous.

En perspective, les recherches sur les comportements des demandeurs des soins et des différents acteurs du secteur de santé pourront enrichir les résultats de la présente recherche. Il s'agit notamment d'une étude spécifique à l'analyse de l'offre et de la demande des soins de santé dans un écosystème de la ville de Mwene-Ditu. L'élargissement de la taille de l'échantillon tenant compte des agglomérations des pôles économiques de la République Démocratique du Congo serait également d'un atout majeur.

## **Bibliographie**

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Association, LIII(5)*, 941-973.

Audet, J. (2001). Une étude des aspirations entrepreneuriales d'étudiants universitaires québécois : seront-ils des entrepreneurs de demain? *Projet de recherche, Concordia university*, 31-40.

Benard, P. (1985), *Berceau du peuplement*. Saint-Paul de la réunion.

Benjamin, M-P. (2016), Contrat ou acte juridique, étude à partir de la relation médicale, Université Panthéon-Assas.

- Buchanan, J. M. (1968). Une théorie comportementale de la population. *Enquête économique, Tome VI(5)*, 347-358.
- Crozet, I. (1997), Juste un peu dur d'oreille. Dans Vacarme, *II(2)*.
- Della Mea, V. (2001). What is e-health (2) : the death of telemedicine? *Journal of medical internet research, III(2)*.
- FAO ; BIT. (2010). L'entrepreneuriat des femmes en milieu rural est une "bonne affaire". *Note d'orientation n°3 sur le genre et emploi rural*.
- Filion, L. (1999). Tintin, Minville, l'entrepreneur et la potion magique. *Cahier de recherche, 4-14*.
- Garbuio, M., & Lin, N. (2018). Entrepreneurial opportunities in healthcare : a cognitive perspective. *in healthcare entrepreneurship*, 199-220.
- Gasse, Y. (1982). L'entrepreneur moderne : attributs et fonctions. *Revue internationale de gestion, VII(4)*, 3-10.
- GRAP-PA ; CEMUBAC ; MINISANTE/RDC. (2013). Le financement du système de santé. *Atelier de capitalisation et échange d'expérience du 23 au 25 octobre 2012*. Kinshasa.
- Greene, W. (2000), *Econometric analysis*. London: Prentice Hall International.
- Groupe d'étude sur le Congo. (2021). *Covid business en RDC. Repenser la riposte aux épidémies* .
- Janssen, F. (2016). *Entreprendre. Une introduction à l'entrepreneuriat*. (Deboeck, Éd.) Paris: 2ème Edition Revue augmentée.
- Joseph, R. (2022). Exploiter les capacités du secteur privé pour des systèmes de santé publique plus forts et plus durables. Une perspective d'engagement du secteur privé. *La perspective de village reach sur l'engagement du secteur privé*.
- Julien, P. (2000), *L'entrepreneuriat au Québec*. Montréal: Les Editions Transcontinental inc.
- Julien, P.-A., & Schmitt, C. (2020). Causation, effectuation, improvisation et agir entrepreneurial. Pour une approche renouvelée et intégrative de l'entrepreneuriat. *dans projectics(25)*.
- Kane, N. O., Sy, T., Pauligard Ntep Massing, F., & Liboudou, L. (2014). *Les déterminants de l'entrepreneuriat des jeunes en Afrique de l'Ouest: le cas de la Mauritanie et du Sénégal*. Dakar: Fonds de recherche sur le climat d'investissement et environnement des affaires.
- Khalife, E., Khoury, J., & Abou Khalil, W. (2021). L'agir entrepreneurial : regards croisés de l'entrepreneur et des parties prenantes. *Dans Projectics, I(28)*, 73-94.

- Langlais, K. (2002) : "*Caractéristiques entrepreneuriales et compétences spécifiques du chercheur qui démarre une entreprise dans le secteur biopharmaceutique au Québec : Résultats d'une étude exploratoire*". Mémoire de master en administration des affaires, Université du Québec , Montréal.
- Lyoubi, M., & Alliadev. (2019). *Entrepreneuriat vert en Afrique francophone, synthèse des liens. Changement climatique et environnement(7)*.
- Maltais, S. (2022). *Analyse comparative des initiatives one health en Guinée et en République Démocratique du Congo : un appel à l'opérationnalisation*. University of Zurich.
- Michel, O. (2021), *Ce qu'un patron peut faire. Une sociologie politique des patronats*. Gallimard.
- Miller, F., & French, M. (2016). Organizing the entrepreneurial hospital : hybridizing the logics of healthcare and innovation. *Research policy, XXXXVIII(8)*, 1534-1544.
- MINIECOFIN/France. (2017), *L'entrepreneuriat : faits et chiffres*. DGE.
- Miniplan/RDC ; ANAPI. (2018). *Investir dans le secteur de la santé en République Démocratique du Congo. Cahier sectoriel*.
- Minisanté/RDC. (2019). *Politique nationale sur l'achat stratégique des soins et services de santé en RDC*.
- MINISANTE/RDC. (2010). *Plan National de Développement Sanitaire. PNDS 2011-2015*.
- Minisanté/RDC. (2016). *Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle*.
- Minisanté/RDC. (2018). *Plan national de développement sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : vers la couverture sanitaire universelle*.
- Minniti, M., & Bygrave, W. (2001). Un modèle dynamique d'apprentissage entrepreneurial. *Théorie et pratique de l'entrepreneuriat, XXV(3)*.
- Mooij, R. d., Fenchietto, R., Hebous, S., Leduc, S., & Osorio-Buitron, C. (2020). *Politique fiscale pour une croissance inclusive après la pandémie*. Fonds Monétaire International. Finances publiques. Récupéré sur <http://www.cdsupport-revenue@imf.org>
- Ngondo à Pitshandenge, S. (2011), *Pratique des enquêtes* . Kinshasa: Madose.
- Nohain, F. (1932), *Guide du bon sens*. Les Editions des Portiques, 7-18.
- Ntumba Lombe, F., Bukele K., T., Nkongolo, B.-K., Lombe Bukole, F., & Kampilu, D. (2024). *Entrepreneuriat médical en milieu urbano-rural en RDC : facteurs déterminants du niveau d'activités dans les établissements des soins privés dans la zone de santé de N'Sele. International journal of multidisciplinary and current research, XII*.

- Nukunu, G. Y. (2012). Déterminants de l'entrepreneuriat au Togo. *Rapport de recherche du FR-CIEA n°20/12*.
- Offerlé, M. (2017). Patrons en France. *La découverte*, 658.
- Pelizza Hilka Vier, M., Faia, V. d., & Silva, J. D. (2016). Entrepreneurial alertness : study of the influence of individual characteristics and entrepreneurship. *in Brazilian business review, XIII(5)*, 85-107.
- Pfeffermann, G. (2001). Lutte contre la pauvreté dans les pays en développement. Le rôle de l'entreprise privée. *Finances et développement, XXXVIII(2)*, 42-45.
- Phillip, F., & Garman, A. (2006). Barriers to entrepreneurship in healthcare organizations. *journal of health and human services administration, 472-484*.
- Pierre-André, J. (2016). L'agir entrepreneurial. Repenser l'action des entrepreneurs. (d. l. l'entrepreneuriat, Éd.) *Collection "entrepreneuriat et PME", XV(2)*, 146.
- Pindick, R., & Rubinfeld, D. (1999). *Econometric Model and Economic Forecasts*. McGrawhill.
- Programme pour l'Intégration de la Santé Communautaire. (2021). *Aperçu sanitaire du pays : RDC*.
- Rakotomalala, R. (2017). *Pratique de la regression logistique : regression logistique binaire et polytomique. Version 2.0*. Lyon: Université Lumière de Lyon.
- Roussel, J. (2022). Exploiter les capacités du secteur privé pour des systèmes de santé publique plus forts et plus durables. Une perspective d'engagement du secteur privé. *La perspective de village Reach sur l'engagement du secteur privé*.
- Saint-Pierre, J., & Trépanier, M. (2013). *Créer et développer une PME dans une économie mondialisée. Etudes de cas réels d'entreprise*. Québec: Presses de l'Université de Québec.
- Samuelson, P. (1954). La théorie pure des dépenses publiques. *In la revue de l'économie et des statistiques, XXXVI(4)*, 387-389.
- Shane, S. (2000). Prior knowledge and the discovery of entrepreneurial opportunities. *Organizations science, XI(4)*, 448-469.
- Tillé, Y. (2001). *Théorie des sondages-Echantillonnage et estimation en populations finies*. Paris : Dunod.
- Tremblay, M., & Carrier, C. (2006). Développement de la recherche sur l'identification collective d'opportunités d'affaires : assises et perspectives. *dans la revue de l'entrepreneuriat, V(2)*, 69-88.

- Ucbasaran, D., Westhead, P., & Wright, M. (2003). Une étude longitudinale des entrepreneurs : starters et acquéreurs. *in entrepreneuriat et développement regional*, XV(3), 207-228.
- USAID. (2019). *Evaluation du secteur privé de la santé en République Démocratique du Congo*. Shops plus.
- Wiklund, J., Nikolaev, B., Shir, N., Foo, M., & Bradley, S. (2019). Entrepreneurship and well-being : past, present, and future. *journal of business venturing*, XXXIV(4), 579-588.
- Wooldridge, J. (2002). *Econometric analysis of cross section and panel data*. Cambridge Massachussets: MIT Press.