



Listes de contenus disponibles sur: [Scholar](#)

**FACTEURS ASSOCIES A L'INACCESSIBILITE DES MENAGES DE LA ZONE DE SANTE URBANO RURALE DE KENGE AUX SOINS DE SANTE.**

Journal homepage: [ijssass.com/index.php/ijssass](http://ijssass.com/index.php/ijssass)

**FACTEURS ASSOCIES A L'INACCESSIBILITE DES MENAGES DE LA ZONE DE SANTE URBANO RURALE DE KENGE AUX SOINS DE SANTE. ☆**

**EMERY NSUNGU MBUKU, RICHARD NKWAHATA NTAMBU, EMMANUEL BUHENDWA RUTEMBA, BAUDRAS TABIBI MANGOMBO, AUGUSTIN KANDONGO LUTUMBA \***

Tous, Doctorant, Istm Kinshasa.

Received 19 February 2023; Accepted 15 June 2023

Available online 2 July 2023

**ARTICLE INFO**

*Keywords:*

Facteurs associés

Inaccessibilité

Soins de santé

Zone de santé.

**ABSTRACT**

La RDC traverse des situations de crises et de guères qui ont un effet dévastateur sur la situation socio-économique des populations. Ces situations ont conduit à un état de misère généralisée, caractérisé par des difficultés de subvenir aux besoins de première nécessité, notamment, ceux d'accéder aux soins de santé. L'accessibilité de la population aux soins de santé, sur tous les plans, reste hypothétique au regard surtout des distances à parcourir, du coût élevé des soins, du faible niveau de revenu de la population de la zone de santé de Kenge, située dans la province du Kwango qui est l'une des provinces pauvres dépourvue d'infrastructures adéquates. L'objectif de cette recherche était celui de déterminer les facteurs associés à la faible utilisation des services de santé dans la zone de santé de Kenge. Pour la réalisation de notre étude, nous avons fait recours aux méthodes empirique, statistique, Lunetterie Réflexive et Relative (L.R.R.). Ces méthodes ont été appuyées par la technique d'analyse documentaire, l'entrevue et l'observation participante. Les résultats témoignent les ménages qui vivaient avec le taux de dépendance de 6,6 % à 10 % courraient 5,62 fois plus le risque de ne pas utiliser le service des soins de santé que les autres.

## I.I. INTRODUCTION

La RDC traverse des situations de crises et de guères qui ont un effet dévastateur sur la situation socio-économique des populations. Ces situations ont conduit à un état de misère généralisée, caractérisé par des difficultés de subvenir aux besoins de première nécessité, notamment, ceux d'accéder aux soins de santé. En outre, la mobilisation des ressources financières pour la santé présente deux caractéristiques majeures, à savoir : la modicité du budget alloué au secteur de santé et le faible taux de décaissement des crédits. Malgré la performance des progrès considérables durant ces huit dernières années sur le plan de la croissance économique et de la stabilité macroéconomique, en RDC, le PIB par habitant reste parmi les plus faibles d'Afrique sub-saharienne (514 US\$ en 2014), [Minisanté, RDC, PNDS,2018-2022]. Selon la Banque mondiale, non seulement l'économie informelle reste un secteur très important, mais aussi, elle constitue la moitié de l'activité économique à l'échelle du pays et englobe près de la totalité (97%) du secteur agricole.

En outre, la politique sanitaire nationale formulée dans la stratégie de soins de santé primaires n'avait pas défini la place exacte qu'elle accordait aux pauvres, aux indigents et aux gagne-petits. Elle n'a pas non plus prévu des mécanismes ou des solutions d'accès aux problèmes d'exclusions permanentes et temporaires. Tout est resté une affaire des prestataires des soins. [Minisanté, DEP,2004]. L'Etat étant défaillant, plusieurs mécanismes se sont imposés de facto pour financer les soins de santé. C'est aux bons soins des privés et des associations confessionnelles qu'est laissée la détermination des conditions d'accès aux soins. Mais à quel prix ? C'est l'anarchie que caractérise une prolifération incontrôlée des établissements de soins (dispensaires, cabinets médicaux, pharmacies, points de vente des médicaments et vendeurs ambulants des médicaments), fixant impunément les conditions

d'accès aux soins de santé. Ainsi, chacun pratique le prix qu'il juge rentable par rapport à ses investissements, [Minisanté, RDC, 2018]. Et donc, les conséquences de ce désengagement de l'Etat constituent le transfert de la charge des soins sur les économies des ménages en affectant profondément les plus démunis. En outre, le secteur agricole informel occupe 59,7% de la main d'œuvre. Le secteur industriel est présent avec 20 % des emplois. Les emplois du secteur formel ne représentent que 11,5 % de l'ensemble des emplois. Du fait de la forte dépendance sur l'informel, la population est confrontée à une précarité qui accentue la pauvreté, la misère et l'iniquité dans l'accès et l'utilisation de services sociaux de base. L'accessibilité de la population aux soins médicaux, sur tous les plans, reste hypothétique au regard surtout des distances à parcourir, du coût élevé des soins médicaux, du faible niveau de revenu de la population de la zone de santé de Kenge, située dans la province du Kwango qui est l'une des provinces pauvres dépourvue d'infrastructures adéquates.

Eu égard à ce qui est susmentionné en rapport avec l'accessibilité financière aux soins de santé, il convient de relever pour l'essentiel que la présente étude s'appliquera à répondre à une série des questions notamment : la population de la zone de santé de Kenge accède-t-elle facilement aux soins de santé ? Dans la négativité, quels sont les facteurs qui sont à la base de cette inaccessibilité ?

Voilà les questions auxquelles cette étude va tenter de donner des orientations et des pistes de solutions.

Entendus comme des énoncés soigneusement construits relatifs à un phénomène dans la population, De ce qui précède, La population de la zone de santé de Kenge n'accéderait pas facilement aux soins de santé. Ensuite, les facteurs culturels, socio-économiques et biologiques des enquêtés seraient les facteurs favorisant cette

inaccessibilité. Ces hypothèses orientent notre choix méthodologique présenté ci-dessous. L'objectif de notre étude était de déterminer les facteurs associés à la faible utilisation des services de santé dans la zone de santé de Kenge et sur base d'expériences réussies, proposer des alternatives pour résoudre le problème d'inaccessibilité financière de la population aux soins de santé dans ladite zone de santé.

## II. MATERIELS ET METHODES

### 1. MATERIELS

#### Présentation de la zone de santé de Kenge

La zone de santé rurale de Kenge a été délimitée en octobre 1984 à Bandundu-Ville lors de la première conférence régionale sur la promotion des soins de santé primaires. Elle est une des quatorze zones de santé de la province du Kwango. Elle s'étend sur l'entièreté des secteurs de Kolokoso, une partie de Pelende-Nord et de Dinga qu'elle se partage avec la zone de santé rurale de Kimbau.



Les principales langues nationales parlées sont le lingala et le Kikongo. La population est à majorité pauvre et de faible niveau d'instruction ; elle tire ses ressources économiques du petit commerce, du travail rémunéré et de l'agriculture de subsistance. La population de la zone de santé de Kenge est estimée à 320 196 habitants. Il sied de signaler que les noms des aires de santé correspondent aux noms de CSR. La ZS de Kenge a un effectif total de **1 658** agents toutes catégories confondues dont les infirmiers sont majoritaires avec 58,1%.

La zone de santé de Kenge compte 29 aires de santé dans lesquelles on trouve 64 formations sanitaires réparties de la manière ci-après : 1 HGR, 29 centres de santé et 35 postes de santé. Dans toutes ces formations sanitaires se trouvent intégré selon le niveau, soit le paquet minimum d'activités (PMA) au CS, soit le paquet complémentaire d'activités.

## 2. Méthodes

### 2.1. Type d'étude

Notre étude est empirique à visé analytique réalisée dans 10 aires de santé de la zone de santé urbano-rurale de Kenge de juillet 2020 à juillet 2021. Elle repose sur une approche fonctionnaliste qui

analyse les phénomènes sociaux, vise à les expliquer par le rôle, la fonction qu'ils assurent dans l'ensemble social (zone de santé) auxquels ils appartiennent. Elle ne se base pas sur une approche théorique ou un raisonnement abstrait ; il s'agit de tester concrètement des hypothèses. Elle est qualitative et quantitative.

Ensuite, nos recherches sont classées dans le cadre du paradigme épistémologique constructiviste pratique, car, les phénomènes observés sont des construits humains qui traduisent l'interdépendance entre le chercheur (sujet connaissant) et l'objet de nos recherches, l'accessibilité financière de la population de la zone de santé de Kenge aux soins de santé. Les connaissances qui en découlent seront élaborées par interprétation et dans ce contexte, la validation de nos recherches tiendra plus compte de cette interdépendance.

## 2.2. Méthodes et Techniques de collecte des données

Pour la réalisation de notre étude, nous avons fait recours à certaines méthodes et techniques. La méthode empirique, sur base de l'observation, nous avons palpé sur le terrain, les réalités de l'accessibilité aux soins. La méthode statistique, La Lunetterie Réflexive et Relative (L.R.R.) de [LOHATA T,2021], nous a permis de nous positionner scientifiquement afin d'identifier et de retenir les variables et opinions essentielles par le truchement d'un questionnaire. Elle nous a servi d'abord à la collecte et au dépouillement des informations. Quelques techniques ont été utilisées pour appuyer les méthodes ci-haut citées.

L'analyse documentaire a enrichi notre recherche. L'entrevue a consisté à mener les investigations basées sur une communication verbale dans le but de poser des questions sur l'accessibilité aux soins afin de corroborer ou réfuter les hypothèses grâce à des échanges verbaux entre nous, enquêteurs et les habitants de la zone de santé de Kenge, enquêtés. L'observation participante nous a permis de nous

mêler dans la population, afin d'avoir suffisamment de clairvoyance à cet effet. La familiarité du chercheur avec l'univers observé, qui conditionne les façons d'être et ses pensées, l'empêche de percevoir avec une distance suffisante une réalité sociale à laquelle il n'est pas extérieur, [OTSHOMAMPITA A.,2020].

## 2.3. Population et échantillonnage de l'étude

### 2.3.1. Population

La population totale de notre étude est constituée de 320 196 personnes habitant la zone de santé de Kenge. Compte tenu des difficultés financières auxquelles nous étions butés, nous avons sélectionné 10 aires de santé sur les 29 qui existent. La population cible de notre étude est constituée de 155 347 personnes habitants les 10 aires de santé sélectionnées à savoir BARRIERE, CBCO, KIMAFU, KOBO, KOLOKOSO, MAKIALA, MISELE, MUSAKA, MUSANGU TSAY et SAINT ESPRIT. Il convient de signaler que le poids démographique est le critère qui a motivé cette sélection.

### 2.5.4. Taille de l'échantillon

Etant donné que la population de l'étude est supérieure à 10.000 habitants, pour calculer la taille de l'échantillon, nous avons fait usage de la formule de Fischer suivante :

$$N = \frac{Z^2 P Q}{d^2}$$

N= taille de l'échantillon, Z= écart fixé en général à 1,96 qui correspond à un degré de confiance de 95% du niveau de confiance., P= proportion de la population cible ayant une caractéristique donnée. Comme il n'existe pas d'estimation disponible, nous utilisons 50 pourcent (50%) ou 0,50., Q= 1,0 – p= 0,5, d= 0,05, le degré de précision souhaité, en général de 5%.

Ainsi, pour notre étude, notre échantillon est de :  $N = \frac{(1,96)^2(0,5)(0,5)}{(0,05)^2} = 384$  sujets (personnes).

Comme nous l'avons souligné plus haut, dans cette étude, le poids démographique est le critère qui a motivé cette sélection des aires de santé. Pour la suite de l'enquête, nous avons utilisé la

technique d'échantillonnage probabiliste aléatoire. Les étapes suivantes ont été respectées :

- dans chaque aire de santé retenue, le village était sélectionné par tirage aléatoire ;
- dans chaque village ciblé, nous avons inventorié les ménages de toutes les parcelles ;
- nous avons généré les pas en divisant le nombre des ménages du village ciblé par le nombre des ménages à enquêter ;
- Le premier ménage a été choisi au hasard et les autres étaient choisis chaque fois en comptant les pas au ménage précédemment choisi jusqu'à atteindre le nombre des ménages requis.

Pour déterminer le nombre de sujets à enquêter dans chaque aire de santé, nous avons commencé par calculer la proportion des enquêtés dans chaque aire de santé en prenant la population de l'aire de santé concernée, multipliée par 100, divisée par le total de populations des aires de santé (sélectionnées). Le pourcentage trouvé sera multiplié par le nombre de sujets (retenus) comme échantillon et le tout sera divisé par 100. Concrètement, voici comment nous avons procédé :

- pour l'aire de santé BARRIERE,  $20 \cdot 794 \cdot 100 / 155 \cdot 347 = 13,4\%$  de 384 = 51,4  $\approx$  51 enquêtés ;
- pour l'aire de santé CBCO,  $20 \cdot 405 \cdot 100 / 155 \cdot 347 = 13,1\%$  de 384 = 50,3  $\approx$  50 enquêtés ;

- pour l'aire de santé KIMAFU,  $11 \cdot 873 \cdot 100 / 155 \cdot 347 = 7,6$  de 384 = 29,1  $\approx$  29 enquêtés ;
- pour l'aire de santé KOBO,  $11 \cdot 705 \cdot 100 / 155 \cdot 347 = 7,5$  de 384 = 28,8  $\approx$  29 enquêtés ;
- pour l'aire de santé KOLOKOSO,  $15 \cdot 738 \cdot 100 / 155 \cdot 347 = 10,1\%$  de 384 = 38,7  $\approx$  39 enquêtés ;
- pour l'aire de santé MAKIALA,  $15 \cdot 510 \cdot 100 / 155 \cdot 347 = 9,9$  de 384 = 38 enquêtés.
- pour l'aire de santé MISELE,  $13 \cdot 499 \cdot 100 / 155 \cdot 347 = 9,7\%$  de 384 = 34,5  $\approx$  35 enquêtés ;
- pour l'aire de santé MUSAKA,  $13 \cdot 242 \cdot 100 / 155 \cdot 347 = 8,5\%$  de 384 = 32,6  $\approx$  33 enquêtés ;
- pour l'aire de santé MUSANGU TSAY,  $12 \cdot 427 \cdot 100 / 155 \cdot 347 = 7,9\%$  de 384 = 30,3  $\approx$  30 enquêtés ;
- pour l'aire de santé SAINT ESPRIT,  $20 \cdot 154 \cdot 100 / 155 \cdot 347 = 12,9\%$  de 384 = 49,5  $\approx$  50 enquêtés.

### III. RESULTATS

L'appréciation de l'accessibilité financière aux soins de santé dans la zone de santé de Kenge ne pourrait se faire sans une vérification de l'appréciation qu'en fait la population.

### 3.2. Analyses bivariées

**Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et inaccessibilité aux soins**

Variables	Modalités	Inaccessibilité aux soins				p test
		Oui=179	%	Non=205	%	
Age (%)	18à36	59	(33.0)	50	(24.4)	0.176
	37à54	61	(34.1)	80	(39.0)	
	55à73	59	(33.0)	75	(36.6)	

Sexe (%)	Féminin	72	(40.2)	103	(50.2)	0.049
	Masculin	107	(59.8)	102	(49.8)	
Niveau d'études (%)	Aucune	22	(12.3)	37	(18.0)	0.346
	Primaire	66	(36.9)	71	(34.6)	
	Secondaire	56	(31.3)	66	(32.2)	
	Universitaire	35	(19.6)	31	(15.1)	
Etat civil (%)	Célibataire	10	( 5.6)	11	( 5.4)	0.230
	Divorcé	13	( 7.3)	6	( 2.9)	
	Marié	145	(81.0)	178	(86.8)	
	Veuf	11	( 6.1)	10	( 4.9)	
Profession (%)	Cultivateur	49	(27.4)	73	(35.6)	0.298
	Etudiant	7	( 3.9)	9	( 4.4)	
	Fonctionnaire	44	(24.6)	39	(19.0)	
	Sans emploi	79	(44.1)	84	(41.0)	

Le tableau n°1 révèle que parmi les cinq indicateurs des caractéristiques sociodémographiques, seul le sexe (probabilité du test Chi- carré = 0,049 < 0,05) a une relation significative avec l'inaccessibilité aux soins.

**Tableau 2. Caractéristiques liées au ménage et inaccessibilité aux soins**

Variables	Modalités	Inaccessibilité aux soins				p test
		Oui=179	%	Non=205	%	
Taille de ménage (%)	12 à 15	8	( 4.5)	11	( 5.4)	0.843
	4 à 7	20	(11.2)	20	( 9.8)	
	8 à 11	151	(84.4)	174	(84.9)	
Lien avec le chef de ménage (%)	Autre	12	( 6.7)	9	( 4.4)	0.649
	Conjoint	35	(19.6)	48	(23.4)	
	Enfant adoptif	34	(19.0)	37	(18.0)	
	Enfant légitime	98	(54.7)	111	(54.1)	
Personne active (median [IQR])		2.00	[1.00,2.00]	2.00	[2.00, 3.00]	<0.001
Taux de dépendance (%)	1,3 à 3,5	71	(39.7)	124	(60.5)	<0.001
	3,6 à 6,5	35	(19.6)	47	(22.9)	
	6,6 à 10	73	(40.8)	34	(16.6)	
Existence de handicap (%)	Non	160	(89.4)	182	(88.8)	0.980
	Oui	19	(10.6)	23	(11.2)	
Source de revenu (%)	Informel	64	(35.8)	84	(41.0)	0.501
	Pdagricol	82	(45.8)	90	(43.9)	
	Rémunération	33	(18.4)	31	(15.1)	
Nbre personne		3.00	[2.00,	3.00	[2.00,	0.355

malade (median [IQR])						3.00]	
-----------------------	--	--	--	--	--	-------	--

Le tableau n°2 renseigne que sur les 7 indicateurs liés aux caractéristiques du ménage, 2 seulement, ont une relation significative avec l'inaccessibilité aux soins de santé ; à savoir les personnes actives dans le ménage ( $p < 0.001$ ) ainsi que le taux de dépendance ( $p < 0.001$ ).

**Tableau n°3. Caractéristiques liées à la perception et inaccessibilité aux soins**

Variables	Modalités	Inaccessibilité aux soins				p test
		Oui=179	%	Non=205	%	
Lieu (mode) de traitement (%)	Automédication	89	(49.7)	60	(29.3)	<0.001
	Moderne	29	(16.2)	122	(59.5)	
	Prière	20	(22.9)	17	( 8.3)	
	Traditionnel	41	(84.4)	174	(84.9)	
Appréciation de la tarification (%)	Cher	164	(91.6)	33	(16.1)	<0.001
	Raisonnable	15	(8.4)	172	(83.9)	
Coût de traitement fosa (%)	≤100 \$	55	(34.6)	164	(82.0)	<0.001
	>100 \$	104	(65.4)	36	(18.0)	
Raisons de choix formation sanitaire (%)	Bonne réputation	8	(27.6)	12	(9.8)	<0.001
	Coût abordable	3	(10.3)	20	(16.4)	
	Meilleurs soins	3	(10.3)	44	(36.1)	
	Proximité du dom	15	(51.7)	46	(37.7)	
	Non pertinents	150	-	83	-	
Raisons de non choix de formation sanitaire (%)	Manque d'argent	87	(58.0)	4	(4.8)	<0.001
	Mauv. qualité soins	18	(12.0)	18	(21.7)	
	Préférence person	16	(10.6)	45	(54.2)	
	Fosa éloignée	29	(19.3)	16	(19.3)	
	Non pertinents	29	-	122	-	

Le tableau 3 renseigne que les 5 indicateurs des caractéristiques liées à la perception ont une relation significative avec l'inaccessibilité aux soins. Il s'agit du lieu de traitement ( $p < 0.001$ ), de l'appréciation de la tarification ( $p < 0.001$ ), du coût de traitement dans

les formations sanitaires ( $p < 0.001$ ), des raisons de choix formation sanitaire ( $p < 0.001$ ), ainsi que des

raisons de non choix de formation sanitaire ( $p < 0.001$ ).

Concernant les raisons de choix formation sanitaire et celles de non choix de formation sanitaire, les « non pertinents » sont ceux qui n'ont pas bénéficié de traitement dans une formation sanitaire moderne.

**Tableau 4. Caractéristiques liées à la solidarité et inaccessibilité aux soins**

Variables	Modalités	Inaccessibilité aux soins				
		Oui=179	%	Non=205	%	p test
Responsable qui paie les soins médicaux au sein de ménage %	Conjoint	23	(12.8)	25	(12.2)	0.001
	Eglisassociat	21	(11.7)	12	(5.8)	
	Employeur	17	(9.5)	24	(11.7)	
	Parents	100	(55.8)	91	(44.4)	
	Soi-même	18	(10.0)	53	(25.8)	
Existence d'assistance (%)	Non	158	(88.3)	187	(91.2)	0,664
	Oui	21	( 11.7)	18	( 8.8)	
Mode de paiement de soins (%)	<b>Modalités</b>	<b>Oui=50</b>	<b>%</b>	<b>Non= 129</b>	<b>%</b>	0.001
	En espèce	21	(55.3)	17	(44.7)	
	En nature	19	(16.2)	98	(83.8)	
	Gratuité	10	(41.7)	14	(58.3)	
Mode d'assistance (%)	<b>Modalités</b>	<b>Oui=21</b>	<b>%</b>	<b>Non=18</b>	<b>%</b>	p test
	par cotisation	12	( 57.1)	10	( 55.5)	
	Par don	9	(42.9)	8	(44.4)	

Le tableau n°4 permet d'identifier les indicateurs liés à la solidarité, qui ont une relation significative avec l'inaccessibilité aux soins. Ces indicateurs sont le responsable qui paie les soins médicaux au sein de ménage ( $p=0.001$ ) ainsi que le mode de paiement de soins ( $p=0.001$ ).

#### IV. DISCUSSION

En ce qui concerne l'âge, la majorité des répondants se situe dans la tranche d'âge de 37 à 54 ans soit 36,7%. L'âge de la majorité de ceux qui n'ont pas eu l'accès facile aux soins (80 soit 39%) varie dans la même tranche d'âge. Suivi de ceux (75 soit 36,6%) dont l'âge varie entre 55 et 73 ans et enfin, de ceux (50 soit 24,4%) dont l'âge varie entre 18 et 36 ans. Ainsi, l'âge n'influence pas l'accès aux soins ( $p=0,176$ ).

Nos résultats rejoignent à ceux trouvé par MAGNE Clotilde qui, selon elle, la majorité des répondants se situe dans la tranche d'âge de 51 à 60ans ; 96/384 soit 25% des enquêtés. La majorité de ceux qui n'ont pas fréquenté les services de santé 83/263(92,22%) sont dans la tranche d'âge de 61 ans et plus.

Par ailleurs, nos résultats rejoignent également ceux de IZANDENGERA ABINTEGENKE dont la majorité des enquêtés, 184 soit 49% ont l'âge supérieur à 40 ans, tandis que ceux dont l'âge est inférieur à 20 ans ont une faible proportion 15 soit 4%.

Concernant le sexe du chef de ménage, 54,4% des ménages sont dirigés par les hommes, contre 45,6% qui sont dirigés par les femmes. Parmi lesquels, 50,2% de sexe féminin et 49,8% de sexe masculin n'accèdent pas facilement aux soins. Le sexe a de l'influence sur l'accès aux soins ( $p=0,049$ ).

Les résultats de nos investigations se marient avec ceux d'une étude menée par la DEP où les ménages dirigés par les hommes sont majoritaires, soit 64,14 % contre 35,86 % des ménages dirigés par les femmes. Ce profil est caractéristique de l'organisation socio-juridique de la société congolaise traditionnelle,



où le régime matrimonial continue à exister à côté du patriarcat.

Mais dans les observations faites par les études du PMURR et de CORDAID, le ratio entre ces 2 régimes se penchait davantage pour les ménages dirigés par les hommes, qui se situaient respectivement à 84,3% et à 83%. Cette différence serait probablement liée au contexte socio culturel et surtout au fait que, l'étude de CORDAID, elle, s'est déroulée dans un milieu où traditionnellement où le patriarcat domine.

En outre, ces résultats sont proches de ceux trouvés dans l'étude sur les facteurs déterminants la faible utilisation par le ménage du service curatif dans la zone de santé de Pweto, province du Katanga par CILUNDIKA MULENGA P. et al (2015), où 64,4% des ménages sont dirigés par les hommes et le reste, soit 35,4% par les femmes. Selon le rapport final MICS-RDC, dans 72 % de cas, les ménages sont dirigés par les hommes. Aussi MUSHAGALUSHA a trouvé que 89% des ménages sont dirigés par les hommes et 11% par les femmes dans la ZS Kadutu. Cette situation est loin supérieure à celle trouvée par Gomes do Espirito Santo [2008] dans la ville de Cotonou (Benin), où les ménages enquêtés étaient caractérisés par l'équilibre relatif entre les effectifs d'hommes et de femmes : 48,5% et 51,5% respectivement (sex ratio = 0,94).

Quant au niveau d'études, les chefs de ménages qui avaient un niveau primaire étaient à 35,7%, secondaire à 31,8%, universitaire à 17,2% et sans niveau à 15,4%. Ainsi, l'accès aux soins n'est pas associé au niveau d'études ( $p=0,346$ ).

Les résultats de notre étude s'approchent à ceux de la DEP où, 11,23% de chefs de ménages sont analphabètes et environ 62% ont une qualification scolaire inférieure aux études secondaires complètes.

Contrairement à nos observations, CILUNDIKA MULENGA P. et al., ont trouvé que les chefs de ménages qui avaient un niveau d'instruction primaire étaient à 44,7%, secondaire à 18,3%

contrairement aux illettrés dont la proportion était élevée à 37% alors que l'évolution du taux brut national de scolarisation primaire s'est présentée en 2006 à 64%, en 2007 à 64,1%, en 2008 à 70,8% et en 2009 à 80%.

Il convient de signaler qu'un faible niveau d'instruction est un frein pour l'appréhension des problèmes de santé et la recherche des solutions adéquates. Par contre, un meilleur taux d'alphabétisation, surtout chez les femmes, contribue largement à une bonne santé pour les membres du ménage à cause de sa capacité naturelle de bien prendre soins de sa famille et de gérer parcimonieusement le budget du ménage.

Par rapport à l'état civil, il y a eu 86,8% des mariés, 5,4% des célibataires, les veufs représentaient 4,9% et les divorcés 2,9%. Ainsi, l'état civil n'influence pas l'accès aux soins ( $p=0,230$ ).

Ces résultats sont supérieurs à ceux de CILUNDIKA MULENGA P. et al. Qui ont trouvé 79,7% des mariés, les sujets célibataires 2,4%, les divorcés et les veufs représentaient respectivement 8,9%. Et ceux de l'étude d'IZANDENGERA qui avait trouvé que 73% étaient des mariés, 10% des célibataires, 10% des divorcés(es) et 7% des veufs (ves).

Ils sont contraires à ceux de l'étude de Gomes do Espirito Santo qui avait remarqué que la population présentait une forte proportion des célibataires 46,6% et les sujets mariés 43,7%. Cette différence peut être due au fait que notre étude a été menée dans un milieu urbano-rural alors que celle de Gomes dans un milieu urbain.

Parlant de la profession, 84 sans emploi soit 41% ; 73 cultivateurs soit 35,6% ; 39 fonctionnaire soit 19% et 9 étudiants soit 4,4% n'accèdent pas facilement aux soins de santé. L'inaccessibilité aux soins est due au fait que, la zone de santé de Kenge ne dispose pas de sociétés ou industries pouvant occuper ses habitants. Cela a comme conséquence le taux élevé de sans emploi (41%). C'est

la raison pour laquelle certaines personnes s'adonnent à l'agriculture artisanale avec une production éphémère.

Nos résultats rejoignent ceux de Lombardi qui, selon lui, « un lien direct est établi entre le statut socio-économique et l'accès aux soins de santé ». Ce taux de chômage a l'effet d'accentuer une conséquence sociale, la pauvreté, telle que démontrée dans l'étude sur la pauvreté à Kinshasa menée par Laurent LUZOLELE. Cette étude relève que « du point de vue spatial, la pauvreté urbaine se concentre dans les zones périphériques ».

Par contre, cette réalité contredit les résultats d'une étude de Xavier et Al, (2013), menée aux Etats-Unis selon lesquels, « une forte proportion de personnes transgenres aux États-Unis n'auraient pas accès à une assurance maladie à cause de la discrimination en emploi et des conditions de travail précaire ». Contrairement à ce que les autres chercheurs, CILUNDIKA MULENGA P. et al, (p=0,001) et CHENGE M., (p=0,021) ont trouvé, les résultats de nos investigations montrent que statistiquement, il n'existe pas un lien significatif entre la profession et l'accès aux soins (p=0,298). La différence de ces résultats est imputable au milieu d'étude.

Ainsi, bien que d'autres paramètres permettent d'évaluer le niveau de la pauvreté, le revenu est le facteur le plus utilisé pour en estimer le risque. Combiné à certains facteurs exogènes, le revenu influence le bien-être d'un ménage.

#### **4.2.1. Caractéristiques des ménages**

Quant à la taille des ménages qui n'accèdent pas facilement aux soins de santé, 174 ménages soit 84,9% contient 8 à 11 membres, 20 ménages soit 9,8% contient 4 à 8 membres et 11 ménages soit 5,4% contient 12 à 15 personnes. La taille moyenne de ménage est de 9,4 personnes par ménage. Dans cette étude, la taille de ménage n'influence pas l'accès aux soins (p=0,843).

Ces observations sont plus larges par rapport à celles trouvées par la DEP dont la taille

moyenne de ménage dans l'ensemble de l'étude est de 6,4 personnes par ménage, à celles de MICS-2, (6,4 personnes), à celles trouvées par l'Ecole de Santé Publique dans les zones de santé du PMURR et des Etats de Lieux de la Santé (6,3 personnes).

S'agissant de lien avec le chef de ménage, 111 enfants légitimes soit 54,1%, 48 conjoints soit 23,4%, 37 enfants adoptifs soit 18% et 9 autres non identifiés soit 4,4% n'accèdent pas facilement aux soins de santé. Ainsi, le lien avec le chef de ménage n'influence pas l'accès aux soins (p=0,649).

Nos résultats sont larges (77,5%) pour le groupe légitime (enfants légitimes et conjoints) de ceux trouvés par la DEP où le groupe « légitime », qui représente 68% des membres de ménages, est généralement à charge du chef de ménage pour les soins.

Cet état des choses explique le poids qu'ont les chefs de ménages sur les charges sociales en général et le paiement des frais relatifs aux soins de santé. Statistiquement, il y a une association entre le nombre de personnes actives dans le ménage et l'accès aux soins de santé (p=<0,001). Cela à cause du fait que plus la taille du ménage est gonflée, plus le chef du ménage éprouve des difficultés pour la prise en charge sociale.

Cette réalité se marie avec l'observation du Ministère de la Santé Publique qui stipule que la situation démographique de la RDC contribue à maintenir le pays dans la pauvreté, d'autant plus que la proportion de la population non active dépasserait celle de la population active. Cela pose des problèmes pour l'accessibilité aux services de santé surtout quand 74% de la population congolaise se trouvent ainsi en dessous du seuil d'une pauvreté multidimensionnelle.

Le taux de dépendance des ménages qui n'accèdent pas facilement aux soins de santé, exprimé en proportion des personnes inactives par rapport aux personnes actives, varie entre 1,3 et 3,5 pour

124 ménages, entre 3,6 et 6,5 pour 47 ménages et entre 6,6 et 10 pour 34 ménages. Ainsi, le taux de dépendance influence l'accès aux soins ( $p < 0,001$ ).

Ces résultats doivent cependant être interprétés comme la conséquence du taux élevé de chômage, de l'exode rural et du déplacement massif des populations des villages vers la ville, qui viennent ainsi gonfler la taille des familles d'accueil. Ils sont contraires à ceux de la DEP où le taux de dépendance est de 1,56.

Néanmoins, ils s'appuient à la littérature du Ministère de la Santé Publique qui indique que du fait de la forte dépendance sur l'informel, la population est confrontée à une précarité qui accentue la pauvreté, la misère et l'iniquité dans l'accès et l'utilisation de services sociaux de base.

Parlant du handicap, 42 ménages ont connu des cas d'handicap soit 10,9% parmi lesquels 23 ménages soit 5,9% n'ont pas accédé facilement aux soins de santé. Néanmoins, 19 soit 5% ont eu l'accès facile aux soins.

Ce taux (10,9%) semble être plus élevé à celui trouvé par la DEP, (1,4%) de personnes avec handicap physique ou mental, de celui trouvé dans l'enquête de MICS 2, qui se situait à 2% parmi les enfants de moins de 15 ans.

Le handicap, physique et/ou surtout mental, augmente le risque de dépendance sociale au sein du ménage. Ces personnes deviennent, involontairement, des exclus temporaires aux soins de santé suite à la difficulté qu'elles peuvent avoir pour payer directement les frais des soins. Malgré cette affirmation, les résultats de nos investigations montrent que l'existence d'handicap dans le ménage n'influence pas l'accès aux soins ( $p = 0,980$ ). Concernant les sources principales de revenu, beaucoup d'enquêtés qui n'accèdent pas facilement aux soins de santé vivent de la vente des produits agricoles (43,9%), d'autres de l'informel (41%) et d'autres encore de la rémunération (15,1%). Ainsi, la source de revenu n'influence pas l'accès aux soins ( $p = 0,501$ ). Nos résultats vont vers la même direction

avec ceux de la DEP où près de 36,28% des chefs de ménages vivent de l'agriculture et 23,90% s'occupent des métiers du secteur informel et des diverses activités de survie et de l'autre, que le taux de sans-emploi déclaré est particulièrement élevé dans la capitale (59%).

Les résultats de notre étude corroborent également avec ceux de l'enquête menée en 2006 par les Médecins Du Monde (MDM) dont le but était de comprendre les mécanismes d'accès aux soins des populations de la Grande Anse à Haïti. Cette enquête a révélé que : « 71 % des personnes interrogées affirment qu'il leur fallait plus de quatre jours pour récolter l'argent nécessaire pour payer une consultation.

Ainsi, lorsque qu'ils doivent faire face au paiement de la consultation urgente, 32,3 % utilisent leur économie, 45,2 % empruntent cet argent à des personnes de leur entourage, et 35 % se retrouvent dans l'obligation de vendre un bien (l'ensemble est supérieur à 100 % : on suppose donc que la plupart des personnes utilisant leurs économies doivent également utiliser un autre mode de financement) ».

Nos résultats se marient avec l'idée de MAUD RISTERUCCI et CHLOÉ BOUTY qui pensent qu'un autre paramètre existe : celui de la difficulté quant à réunir la somme nécessaire, au regard des revenus faibles et irréguliers.

#### **4.2.2. Caractéristiques liées à la perception de la population sur le système de santé**

Parmi les comportements que le ménage peut avoir face à la maladie, il y a le choix du lieu de traitement, lequel dépend de certains facteurs dont les plus importants sont la distance (accessibilité géographique) et le coût des soins (accessibilité financière). Mais un autre facteur non négligeable à considérer pour une bonne compréhension du comportement est le type d'établissement des soins choisi. Ce choix donne une idée de type d'infrastructures médicales disponibles dans la communauté et le degré de leur utilisation.

Pendant l'épisode de maladie, 39,3% des malades ont bénéficié d'un traitement moderne tandis que 60,7% ont recouru à d'autres modes de soins. Certains se sont soignés eux-mêmes (automédication) à domicile (38,8%), d'autres ont bénéficié d'un traitement traditionnel (15,1%) enfin, d'autres encore n'ont eu recours à aucun traitement pour se faire soigner, mais ils se sont confiés à la prière (6,8%). Ainsi, le mode de traitement influence l'accès aux soins ( $p < 0,001$ ).

Dans l'étude d'ASRAMES, 78% de personnes interrogées ont évoqué la même raison. FRANCKEL Aurélien dans sa thèse a expliqué que les pratiques thérapeutiques observées à Niakhar sont conformes aux stéréotypes classiques associés aux populations africaines : la population se caractérise par une intense pratique des soins à domicile, une faible tendance à consulter en structure sanitaire, des délais de recours de plusieurs jours et une observance des prescriptions très moyenne.

Si elles apparaissent bien souvent inadaptées, les pratiques thérapeutiques ne justifient cependant pas l'analyse simpliste incriminant abusivement les populations pour ses « entorses logiques ». Pour Caldwell J.C., ces pratiques thérapeutiques observées sont loin d'être archaïques et irrationnelles, du fait qu'elles constituent avant tout l'expression de choix pragmatiques au regard du contexte épidémiologique, économique, sanitaire et social.

Dans le cadre de notre étude, le taux élevé de l'automédication à domicile (38,8%) et traitement traditionnel (15,1%) s'explique entre autre par le fait que le coût des consultations en structure sanitaire est plusieurs fois supérieur à celui des soins à domicile ou des consultations de thérapeutes traditionnels ; cette réalité est proche de celle observée dans l'étude de MUNYAMAHORO M. et NTAGANIRA J., où le recours à la thérapie traditionnelle (7,4%) est lié au manque d'argent pour se payer les soins dans les structures de santé modernes.

S'agissant du coût de soins de santé, les

barrières à l'accès aux services de santé qui sont liées aux coûts peuvent se présenter de manière différente selon le type de système de santé. Concernant notre étude, bien que 164 enquêtés soit 82% ont payé un montant inférieur ou égal à 100\$, ils n'accèdent pas facilement aux soins de santé. En outre, 36 enquêtés soit 18% qui ont payé plus de 100\$ n'accèdent pas aussi facilement aux soins de santé. Les résultats de notre étude révèlent que le coût influence l'accès aux soins, ( $p < 0,001$ ).

Cette réalité corrobore avec ceux d'une étude menée aux États-Unis qui stipule que les barrières liées aux coûts des services de santé sont expliquées par l'absence de couverture médicale universelle. D'après une méta-analyse de recherches américaines, l'incapacité de payer pour les soins de santé est la principale barrière rapportée par les répondants, suivie du fait de ne pas posséder une assurance maladie HERBEST(2015).

Enfin, les résultats de notre étude se marient aussi avec ceux de MAUD RISTERUCCI et CHLOÉ BOUTY qui pensent que les prix élevés et une faible prise en charge des patients, font de l'accessibilité économique une barrière qui reste d'actualité, freinant ainsi l'utilisation des médicaments. Ils vont dans le même ordre d'idées avec l'observation de RIDDE V. qui pense que les prix des médicaments peuvent parfois être élevés et réduire les capacités des populations à accéder aux traitements nécessaires.

Certes, dans la zone santé Kenge où la couverture des besoins de santé par une assurance est quasi-inexistante, le coût des prestations sanitaires ne peut qu'avoir un fort impact sur le choix de leur utilisation. Cela à cause du fait que la zone se trouve dans une province pauvre et que ses habitants vivent dans une pauvreté extrême.

L'accès économique aux soins de santé ne se limite pas pour autant à leur simple prix unitaire. Rappelons que les différentes dimensions de

l'accès sont toujours conceptualisées comme l'interaction entre les caractéristiques des services de santé, au sens large des prestataires des services de santé, et celle du malade et de la famille.

#### **4.2.3. Caractéristiques liées aux éléments de solidarité**

Dans notre étude, le coût des soins est supporté en grande partie par la famille (parents (49,7%), soi-même (18,5%) ou conjoint (12,5%)). La participation de l'employeur se chiffre à 10,7% tandis que la solidarité communautaire (les associations d'entraide, dons et assistance de l'Eglise) intervient dans 8,6% des factures des soins. Le responsable qui paie les soins médicaux au sein de ménage influence l'accès aux soins de santé ( $p < 0,001$ ).

Nos résultats se rapprochent à ceux de l'étude de la DEP où le coût des soins est supporté entièrement par la famille (parents ou soi-même) dans 73% des cas.

Dans beaucoup de ménages (89,8%), de modes d'assistance par la communauté sont inexistants. Néanmoins, ils en existent dans d'autres (10,2%). Le mode d'assistance n'influence pas l'accès aux soins ( $p = 0,432$ ). Ceci entre en contradiction avec la théorie de l'OMS qui stipule que les mouvements sociaux ont très souvent été déterminants dans leur conduite. Selon l'OMS, sans la présence de ces mouvements sociaux, et dans un contexte de difficultés économiques et de priorités politiques concurrentes, les réformes en matière de CSU entreprise dans nombreux pays auraient pu rester « sur les tablettes ». Le paiement direct en espèce est le mode le plus pratiqué pour honorer les factures des soins (65,4%). Il apparaît également que 21,2% des personnes ont été soignées gratuitement comme indigents soit le paiement des frais des soins ont été payés indirectement par un tiers payant (employeur et communauté) ou tout autre intermédiaire financier. Toutefois dans 13,4% des cas, le paiement se fait en espèce et/ou en nature surtout au niveau des centres de

santé du milieu rural. Le mode de paiement de soins a une influence sur l'accès aux soins de santé ( $p = 0,001$ ).

Cette réalité contredit la théorie de l'OMS qui veut que dans le cadre de la couverture universelle, il ne devrait pas y avoir de paiements directs qui dépassent un certain plafond d'accessibilité économique, généralement fixe à zéro pour les plus pauvres et les plus défavorisés. L'assistance par cotisation est le mode d'assistance qui a été le plus assuré (53,8%) et par don (46,2%). Enfin, le mode d'assistance n'a pas influencé l'accès aux soins ( $p = 0,631$ ). Nos résultats sont largement supérieurs à ceux du Ministère de la santé publique où 28% des malades ont été assistés par cotisation comme mécanisme de solidarité communautaire pour payer leurs soins.

#### **V. CONCLUSION**

Cette étude menée auprès des chefs de ménages a permis de déterminer la proportion de la faible accessibilité financière dans la zone de santé de Kenge et d'en identifier les facteurs déterminants. La préoccupation de départ était de savoir si la population de la zone de santé de Kenge accède facilement aux soins de santé et Dans la négativité, quels sont les facteurs qui sont à la base de cette inaccessibilité.

En effet, en analyse univariée comme en multivariée, elle a montré que beaucoup de variables sont associées à la faible utilisation des services des soins dans la zone de santé de Kenge notamment le sexe du chef de ménage, le lieu de traitement, les raisons de choix de fosa, les raisons de non choix de fosa, l'appréciation de la tarification, le coût de traitement dans les formations sanitaires, la personne qui paie les frais des soins et le mode de paiement.

Cette logique des choses nous pousse à confirmer totalement la première hypothèse de notre étude et partiellement la deuxième à cause du fait que d'abord beaucoup d'enquêtés (53,4%) n'accèdent pas

facilement aux soins de santé. Ensuite, certains facteurs proposés anticipativement n'influencent pas l'accès aux soins de santé dans la zone de santé de Kenge. Au fait, après avoir analysé statistiquement les variables indépendantes, aucun lien de causalité n'a existé entre elles et la variable dépendante « accessibilité aux soins de santé ».

Un autre point à relever de cette inaccessibilité, c'est le fait que malgré l'application de tarif forfaitaire négocié, les fosa éprouvent des difficultés compte tenu de la politique imposée par le SNAM qui veut que toutes les fosa s'approvisionnent à la CDR. Plusieurs fois, l'on remarque que les mêmes produits vendus dans les dépôts commerciaux au bas prix, coûtent très cher à la CDR et cela a de l'impact sur la tarification imposée aux usagers. En outre, la CDR livre parfois des produits sans le consentement des fosa et cela influence les usagers à faire l'automédication parce que les médicaments qu'ils désirent sont en rupture de stock à la fosa.

Les comportements de recours aux soins sont le produit des multiples contraintes, imposées par les ressources financières et l'organisation sociale du ménage, dans un contexte marqué par les faiblesses de l'institution médicale. La population s'appuie sur des stratégies thérapeutiques pragmatiques, privilégiant la prise en charge la plus rapide, la plus efficace et la plus économe possible. Dans un univers où l'offre de soins est régie par les lois du marché, les malades ont, dans la limite des contraintes qui s'imposent à eux, le libre choix des soins (modernes, automédication, traditionnels...): en période de soudure où les liquidités disponibles sont très faibles, face au coût élevé et la difficile accessibilité dans les structures sanitaires.

Les comportements de recours aux soins privilégiant une utilisation rationnelle des moyens financiers et médicaux disponibles apparaissent en pleine adéquation avec les théories décrivant les mécanismes

associés au processus de décision, à partir de l'évaluation en termes de coûts / bénéfices des différentes alternatives thérapeutiques. Les conséquences de ces comportements ne sont pas à mesurer, les difficultés financières d'accès aux structures sanitaires ont un caractère discriminatoire : elles touchent d'abord les cellules familiales les plus précaires, les plus fragiles et les moins aptes à faire face à l'adversité. Elles pénalisent en outre les acteurs les plus démunis, au premier rang desquels viennent les jeunes mères et les sans emploi.

Ainsi, en l'absence d'un véritable système étatique de sécurité sociale garantissant à tous un accès aux soins, la réduction de l'obstacle financier s'appuie nécessairement sur des formes d'organisation collective dépassant le stade du chacun pour soi en matière de traitement des maladies. Et dans le contexte de grande pauvreté de la population d'étude, la prise en charge de la maladie ne doit plus être du ressort exclusif du ménage, sans l'appui de mécanismes de solidarité institutionnalisés permettant de supprimer le coût direct de la consultation en structure sanitaire.

En plus, la responsabilité de la population de la zone de santé de Kenge dans l'amélioration de son accessibilité financière aux soins de santé et face aux poids excessif des dépenses tant sur les individus que sur les communautés est la formalisation des mécanismes de solidarité ; tels que : la création des mutuelles de santé ou d'autres associations communautaires ayant le partage des coûts de soins comme l'un de leurs objectifs.

En outre, la création des regroupements de partage des risques pourrait constituer un élément capital de lutte contre la pauvreté et l'inaccessibilité aux soins de santé au niveau communautaire dans la zone de santé de Kenge. Par rapport aux fosa, pour réduire l'inaccessibilité aux soins, quelques pistes de solutions, sont envisagées

notamment :

- l'application d'une tarification forfaitaire par épisode maladie, en fonction de la catégorie socioéconomique des malades ; la conscientisation du personnel de santé pour mettre fin aux pratiques de rançonnement des malades qui sollicitent leurs services ; de paiement en nature ; fournir un effort d'uniformisation de la tarification dans les institutions aussi bien publiques que privées de manière à l'adapter au revenu de la population moyenne.

Pour les autorités hiérarchiques:

- établir une convergence entre les valeurs des soins de santé primaires, les attentes des citoyens et les défis communs en matière d'efficacité de l'action sanitaire qui se retrouvent dans tous les contextes est envisageable ;

- mettre en œuvre des réformes de la couverture universelle telles que définit par l'OMS qui font en sorte que les systèmes de santé contribuent à l'équité, à la justice sociale et à la fin de l'exclusion, essentiellement en tendant vers l'accès universel aux soins et à la sécurité sociale ;

- appliquer les réformes des prestations de services qui réorganisent les services de santé autour des besoins et des attentes de la population, afin de les rendre plus pertinents socialement et plus réactifs aux changements du monde, tout en produisant de meilleurs résultats ;

- Instaurer des réformes des politiques publiques qui rendent les collectivités plus saines, en combinant mesures de santé publique et soins de santé primaires, en menant des politiques publiques saines dans tous les secteurs et en renforçant les interventions de santé publique sur le plan national et transnational ;

- Renforcer les réformes du leadership qui remplacent à la fois la quête disproportionnée de résultats à court terme d'un côté et le désengagement des pouvoirs publics de l'autre, par l'autorité dirigeante inclusive,

participative et négociatrice qu'appelle la complexité des systèmes de santé contemporains.

Etant donné que notre étude s'est limitée à l'accessibilité financière, dans nos prochaines recherches nous aborderons d'autres aspects notamment l'accessibilité géographique, culturelle et fonctionnelle.

Ainsi, la prise en compte de ces pistes de solutions pourra contribuer à l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé et à l'utilisation effective des services de santé par la population de la zone de santé de Kenge.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### I. OUVRAGES

1. BENOIST J., (1996) : Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical, Khartala, Paris.
2. BURLET Béatrice, KATY LE NEURES, CAROLE SIEBERT et Yves PONCE, (2010) : Santé publique et économie de la santé, les essentiels en IFSI, Paris.
3. FASSIN D. (1992), Pouvoir et maladie en Afrique, Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar, PUF, Paris.
4. GRAWITZ R., (1990) : Méthodes des sciences sociales, éd. DALLOZ, PUF, Paris.
5. KHAN, A. A. et BHARDWAJ, S. M., (1994): Access to health care, A conceptual framework and its relevance to health care planning, Evaluation and the Health Professions.
6. LOHATA T., (2021) : Méthodologie et épistémologie de recherche en sciences sociales, Logique de découverte dans une thèse de doctorat (PHD), Editions Approche, Kinshasa.
7. RIDDE Valéry., (2007) : Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso, Edition l'HARMATTAN, collection Etudes africaines.
8. SADIO A et DIOP F. (1994), Utilisation et demande de services de santé au Sénégal, Bethesda, USA, 1994.

## II. THESES ET MEMOIRES

1. ASRAMES, (2003) : « Etude socio-économique et d'accessibilité aux soins des ménages de la Province du Nord Kivu/RDC », mai.
2. CHENGE M., (2011) : Organiser un système des soins de santé en milieu urbain, nécessité d'adapter le modèle de district. Exemple de la ville de Lubumbashi en RD Congo, Lubumbashi, Mémoire en santé publique, UNILU.
3. FRANCKEL Aurélien (2004) : Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal. Le cas des enfants fébriles à niakhar, sociologie, Université de Nanterre - paris x.
4. IZANDENGERA ABINTEGENKE A., (2011) Facteurs déterminant la faible utilisation des services des soins curatifs dans la zone de sante de Karisimbi, Goma/RD Congo, Mémoire de Licence en santé publique, ISTM/GOMA.
5. KAMGAIN Olivia, (2015) : Accessibilité aux services de santé pour les personnes Trans sur le territoire de la capitale nationale, Mémoire de maîtrise présenté à l'École Nationale d'administration publique, Québec, décembre.
6. MAGNE C., (2012) : Etude des facteurs entravant la bonne fréquentation des structures sanitaires en milieu rural. Cas du CMA de Kongso Bafoussam III, Ecole des infirmiers diplômés d'état de Bafoussam - Diplôme d'infirmier d'état.
7. MAUD RISTERUCCI et CHLOÉ BOUTY, (2010) : L'accès aux soins dans les pays du Nord et du Sud, le cas des médicaments : amorce de réflexion concernant l'accès aux antirétroviraux au Bénin et l'accès aux antituberculeux en Nouvelle-Calédonie, Thèse de Doctorat en Sciences pharmaceutiques, Université Joseph FOURIER, Faculté de pharmacie de Grenoble.
8. MUSHAGALUSHA SALONGO P., (2005) : Etude des déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé par les ménages

de la Zone de Santé de Kadutu/Province du sud Kivu. RD Congo, ESP.

9. TRAORE SALIATOU, (2007) : Etude de l'accessibilité financière de la population aux médicaments dans les centres de santé du district de Bamako, Thèse de doctorat, Université de Bamako.

## WEBOGRAPHIE

1. <http://www.jstor.org/stable/2137284>.
2. <http://www.hobi.nih.gov/pmc/articles/pmc10711804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>.
3. <http://www.jstor.org/stable/3764310>.
4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1465293>.
5. <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/index.html>.
6. <https://cdr.lib.unc.edu/indexablecontent/uuid>.
7. <https://fr.m.wikipedia.org>.
8. [www.medecinsdumonde.org/fr/content/.../gratuite\\_des\\_soins.pdf](http://www.medecinsdumonde.org/fr/content/.../gratuite_des_soins.pdf) - France.
9. <http://www.bioltrop.cooperation.org/00-entete/ib.htm>



---

☆ FACTEURS ASSOCIES A L'INACCESSIBILITE DES MENAGES DE LA ZONE DE SANTE URBANO  
RURALE DE KENGE AUX SOINS DE SANTE