

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
UNIVERSITE DE LUBUMBASHI
ECOLE DE SANTE PUBLIQUE
B.P. 1825
LUBUMBASHI



**LES DETERMINANTS DE L'UTILISATION DES
SERVICES CURATIFS ET ITINERAIRES
THERAPEUTIQUES A LUBUMBASHI (cas de la
Zone de Santé Kisanga)**

PAR : TSHAONA TSHIMBADI Patrick

*Mémoire présenté et défendu en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etudes Approfondies en Santé Publique.*

Option : Santé Développement

Management des services de santé

SEPTEMBRE 2016

DEDICACE

A toi mon Dieu, Jésus Christ, pour tant de grâce et d'amour manifestés à mon égard ; Que l'honneur, la gloire et la puissance te reviennent dans les cieux et sur la terre d'éternité en éternité.

A mon feu regretté père, Placide KALEO TSHIMBADI qui a participé à mon devenir et que la mort a précipité si tôt sans pour autant jouir de vos fruits, que la terre de nos ancêtres vous protège durant votre séjour dans l'au-delà.

A toi ma mère Charlotte MUSUAMBA pour tous les sacrifices que vous ne cesserez de consentir à nous élever, nous éduquer et surtout nous apprendre à voler de nos propres ailes.

A toi ma Chère épouse Yollande SANGA pour tant de peines et de sacrifices combien louables consentis pour une issue heureuse de ce dur labeur.

A mes enfants Manassé KALEO, Christian TSHIMBADI pour avoir accepté d'être privé du plaisir et de partager avec nous toutes les sacrifices de cette période

A vous mes frères et sœurs qui étaient pour moi une source d'encouragement et de soutien.

Nous ne saurons oublier les amis Ridier MULOLO, Anaclet MBAYA, Justin MUKONKOLE, Odon KABUE, Pierre FUAMBA, Hendrick NKUNA, Sylvie TSHEDA, Magnat KENGA, pour tant des sacrifices consentis à notre égard. Qu'ils trouvent à travers ces lignes l'expression de notre profonde gratitude.

A tous ceux qui m'ont connu et dont le nom m'échappe, nous exprimons nos sentiments de profonde gratitude.

TSHAONA TSHIMBADI Patrick

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail sanctionnant la fin de notre étude de maîtrise en santé publique, nous remercions de tout cœur la Direction représentée par le Professeur **MALONGA KAJ** ainsi que les professeurs de l'École de Santé Publique pour nous avoir donné le goût de la recherche scientifique nous permettant ainsi de produire ce présent travail de mémoire.

D'une manière particulière, nous tenons à remercier le **Professeur KABYLA ILUNGA Benjamin** qui a bien voulu accepter la direction de ce travail malgré ses multiples occupations. Qu'il trouve à travers cette ligne, l'expression de notre profonde gratitude.

Nos remerciements s'adressent également au Programme RIPSEC à travers l'Institut de Médecine Tropical d'Anvers(IMT) pour leur financement et encadrement, tout au long de notre formation à l'école de santé publique (ESP).

Nous remercions tout le corps académique et particulièrement le Professeur **MUNDONGO Henri** et **MASHINI Ghyslain** pour leur encadrement tout au long de notre séjour à Lubumbashi.

Nos remerciements s'adressent également à l'Assistant **KANDOLO Simon** pour son accompagnement dans l'aboutissement de ce travail.

Nous tenons à remercier les collègues de la 11^{ème} promotion santé publique pour des séances d'échange pendant la rédaction de ce travail. Ces échanges ont contribué à améliorer ce travail.

Enfin, nous remercions l'équipe cadre de la zone de santé de Kisanga pour l'accueil et la disponibilité affichés pendant le déroulement de la présente étude.

Que tous ceux-là que nous n'avons pas cités et qui nous ont, pourtant aidé moralement, par des conseils, des suggestions trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

AS	: Aire de Santé
CAC	: Cellule d'Animation communautaire
CODESA	: Comité de Développement de Santé
CS	: Centre de Santé
CSR	: Centre de Santé de Référence
EATP	: Élément Assisté Très Pauvre
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ESP	: Ecole de Santé Publique
FMI	: Fonds Monétaire International
FOSA	: Formation Sanitaire
HGR	: Hôpital Général de Référence
IC	: Intervalle de Confiance
MSF	: Médecin Sans Frontières
ODD	: Objectif de Développement Durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONU	: Organisation des Nations-Unies
OR	: Odds Ratio
PLA	: Pauvre Légèrement Assisté
PNS	: Politique National de Santé
PNUD	: Programme de Nations-Unies pour le Développement
PS	: Poste de Santé
RDC	: République Démocratique du Congo
RIPSEC	: Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en République Démocratique du Congo
SIDA	: Syndrome Immunodéficience Acquise
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SSP	: Soins de Santé Primaires
USAID	: Agence Américaine pour l'Aide au Développement
ZS	: Zone de Santé

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau I. Répartition des chefs de ménage selon le niveau d'études

Tableau II. Répartition des chefs de ménage selon la profession

Tableau III. Ménage ayant au moins un malade dans le mois précédant notre enquête

Tableau IV. Répartition des ménages selon l'utilisation des services

Tableau V. Répartition des chefs des ménages selon la catégorie sociodémographique

Tableau VI. Répartition des sujets selon la raison de non utilisation des services de soins

Tableau VII. Répartition des sujets selon la connaissance du RECO

Tableau VIII. Répartition des chefs des ménages des sujets ayant utilisé les services selon le statut de résidence

Tableau IX. Répartition des chefs des ménages des sujets ayant utilisé les services selon la profession

Tableau X. Répartition des chefs des ménages selon la catégorie Sociodémographique

Tableau XI. Répartition des coûts en cas de maladie

Tableau XII. Répartition des malades selon le financement des soins de Santé

Tableau XIII. Répartition des enquêtés ayant connu un problème de santé selon l'itinéraire thérapeutique

Tableau XIV. Répartition des enquêtés ayant connu un problème de santé selon l'itinéraire thérapeutique en deuxième intention

Tableau XV. Répartition des malades selon l'incitation des RECO pour fréquenter le CS

Tableau XVI. Répartition des malades selon l'état civil et la présence d'un malade dans le ménage

Tableau XVII. Répartition des enquêtés selon le niveau d'étude et l'utilisation des services

Tableau XVIII. Répartition des malades selon l'état de la maladie et l'utilisation des services

Tableau XIX. Répartition des malades selon la profession et l'utilisation des services

Tableau XX. Répartition des enquêtés selon la connaissance du RECO et l'utilisation des services

Tableau XXI. Répartition des enquêtés selon la taille des ménages et l'utilisation des services

Tableau XXII. Répartition des enquêtés selon la catégorie socio démographique et l'utilisation des services

Tableau XXIII. Répartition des enquêtés selon le sexe et la présence d'un malade dans le ménage

Tableau XXIV. Répartition des enquêtés selon le sexe des chefs de ménage et l'utilisation des services

Tableau XXV. Répartition des enquêtés selon le sexe du chef ménage et connaissance du RECO

Tableau XXVI. Répartition des enquêtés selon état civil et l'utilisation des services

Tableau XXVII. : Déterminants de l'utilisation des services curatifs

Tableau XXVIII. : Choix de l'échantillon des ménages selon la proportion de la population par aire de santé

Figure 1. Répartition des chefs des ménages selon l'état civil

Figure 2. Répartition des chefs des ménages des sujets ayant utilisé les services selon le sexe

RÉSUMÉ

Introduction

Cette étude porte sur les déterminants de l'utilisation des services curatifs et itinéraires thérapeutiques par les ménages de la ZS de Kisanga. L'objectif poursuivi est d'identifier les principaux déterminants qui influencent l'utilisation des services de santé et l'itinéraire thérapeutique de la population de Lubumbashi afin d'initier des pistes de solution permettant d'accroître leur utilisation par les ménages dans cette ZS.

Matériel et méthodes

C'est une étude descriptive transversale. Elle a porté sur un échantillon de 924 ménages sélectionnés dans 11 AS de la zone de santé. Un questionnaire d'enquête a été administré pour la collecte des données auprès des responsables des ménages. Le seuil de signification est de $P < 0,05$. L'OR avec l'IC à 95% a été utilisé pour les mesures d'association entre les variables.

Resultats

Il ressort de notre étude que 69,7% des ménages ont utilisé les services de santé pour les soins curatifs sur le total de 608 chefs de ménages ayant connu un problème de santé durant le mois précédant notre enquête. Parmi les déterminants retenus après l'analyse multivariée par régression logistique, il y a eu ; l'état de la maladie (OR=0,5699; IC95%= 0,3689– 0,8805; $p=0,0113$), l'état civil (OR=6,6474; IC95%= 1,5767– 28,0259 $p=0,0099$), l'occupation (OR=0,3989; IC95%= 0,1793– 0,8877; $p=0,0243$), la connaissance du relais communautaire (OR=1,5170-; IC95%= 1,0298-2,2347; $p=0,0350$) et le niveau d'études (OR=2,6923; IC95%= 1,3341-5,4335; $p=0,0057$). S'agissant de l'itinéraire thérapeutique, l'automédication représente le premier recours thérapeutiques en ordre d'importance (soit 44,41%), Quant au deuxième recours, notre étude révèle que 79,23% des ménages ayant connu un problème de santé ont toujours recouru aux formations sanitaires.

Conclusion

A l'issue de cette étude, nous avons trouvé que les caractéristiques sociodémographiques et économiques du ménage sont un facteur déterminant de l'utilisation des services curatifs dans la zone de santé de Kisanga.

Mots-clés : Déterminants, utilisation, services de santé curatifs, itinéraires thérapeutiques, Kisanga

INTRODUCTION

La santé est un droit fondamental reconnu en tant que tel par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Citoyens. En République Démocratique du Congo, l'article 47 de la Constitution reconnaît d'ailleurs la santé comme l'un des droits fondamentaux du Peuple Congolais. L'accès aux soins de santé est une question sociale, économique et politique et par-dessus tout un droit humain fondamental. Les soins de santé ne se limitent pas à la fourniture de soins de santé curatifs mais comprennent également la promotion de la santé, la prévention, la réhabilitation et le traitement.(Kakule, 2012)

Bien que la santé pour tous soit le but ultime, les soins de santé pour tous, accessibles, efficaces, adéquats et équitables restent la condition essentielle et la plus urgente pour améliorer la santé dans le monde, lutter contre les maladies et réduire la pauvreté. La poursuite de l'objectif visant l'accès aux soins de santé pour tous, constitue ainsi un programme commun réunissant toutes les parties prenantes.(Mushagalusa S., 2005,Chenge, 2013).

Malgré la place de choix qu'occupe la santé dans le développement tant individuel que communautaire, des nombreuses personnes restent sans soins alors que l'utilisation des services de santé de base est l'un des facteurs clefs favorisant une meilleure santé des populations. Collecter et analyser des données relatives à ces facteurs peut faire naître dans une communauté un besoin d'améliorer l'accès aux soins de santé.(Brealey L et al., 2013)

.On ne Pourra atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) dont le 3ème qui a accès à la santé : « donner aux individus les moyens de mener une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges » que grâce à la recherche et à l'utilisation de cette recherche pour orienter les politiques de santé.

Etat de la question

Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la santé dans le monde en 2008 met en avant le fossé existant entre riches et pauvres en matière de santé, d'accès aux soins et de résultats sanitaires. La façon dont les soins de santé sont organisés, financés et dispensés dans les pays riches et les pays pauvres est très critiquée par le rapport de l'OMS, qui pointe les inégalités et l'inefficacité des soins.

L'accès équitable aux soins semble avoir été oublié par de nombreux systèmes de santé : les conditions «d'accès inéquitable, de coûts qui appauvrissent et d'érosion de la confiance dans les soins de santé constituent une menace pour la stabilité sociale" note le rapport OMS, inégalités criantes entre riches et pauvres en matière de santé.

Dans les pays où l'accès aux soins de santé n'est pas généralisé, de nombreux facteurs peuvent empêcher les femmes et les enfants de recevoir des soins de santé quand ils en ont besoin ;

Selon l'enquête EMMUS III menée en l'Haïti, 41 % des personnes sérieusement blessées ou malades n'ont pu être amenées à des institutions de soins en raison du coût très élevé. 40 % des malades ont par ailleurs déclaré que le choix de la structure de santé avait été déterminé par le coût des soins (FMI, 2008).

La Chine gagne jour après jour des parts de marché dans le monde, mais à l'inverse, les populations chinoises des campagnes sont de moins en moins en bonne santé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'accès aux soins est en recul dans les campagnes chinoise, alors que la Chine s'est engagée à fournir des soins médicaux de base d'ici 2020 pour toute la population.(Pierre Melquiot, 2007)

Les obstacles imputables au manque de connaissances, à la distance à couvrir pour se procurer les services ou aux perceptions des services par les pauvres ont pu être surmontés dans certains pays en amenant les services directement à ceux qui en ont besoin.

Au Bangladesh, les assistantes sociales locales apportent depuis près de trente ans des informations sur la planification familiale et des fournitures aux femmes pauvres des zones rurales directement dans leurs foyers. Ce qui a fait passer l'utilisation des méthodes modernes de contraception de 5 % en 1975 à 43 % en 2000. Cette augmentation a été relativement constante, quels que soient les domiciles et les niveaux d'éducation.(Lori S. Ashford et al., 2007)

Les améliorations de la qualité des soins fournis, notamment l'amélioration du comportement du personnel, la réduction des délais d'attente et l'augmentation de la confidentialité devraient, en outre, permettre de renforcer la mise en application des services et d'améliorer la sensibilité des systèmes de santé aux besoins des clients pauvres.

En Indonésie, une intervention dite du « patient astucieux » a assuré l'éducation des clientes des services de planification familiale quant à leur droit d'obtenir des

informations, de poser des questions, d'exprimer leurs préoccupations et de demander des éclaircissements. Cette formation a renforcé l'assurance des femmes lors des discussions des questions de planification familiale avec le personnel médical et amélioré les interactions entre clientes et prestataires de services .(Lori S. Ashford et al., 2007)

Plus de 60 % des ménages africains vivent en dessous du seuil de pauvreté, et plus de 60 % des populations africaines vivent dans des communautés rurales ou périurbaines confrontées à l'insuffisance des infrastructures sociales, à la détérioration des services de santé et aux maladies non transmissibles (ONU SIDA et al., 2008) (PNUD 2010).

Au Niger par exemple, l'accès au système de santé est très limité et marqué par des profondes inégalités (géographiques, structurelles, financières et culturelles). Le taux de fréquentation des services de santé disponibles s'est largement dégradé depuis le milieu des années 90 et l'instauration du paiement direct par les usagers. La qualité des soins et l'accès payant aux services de santé sont identifiés comme les principaux obstacles pouvant expliquer ces difficultés d'accès aux structures sanitaires .(Cabinet national d'expertise en sciences sociales (CNESS-Bozari), 2003)

Au Burundi, l'accessibilité financière des populations aux soins de santé est un grand défi pour le système de santé. Selon l'enquête menée en 2004 par Médecins Sans Frontières, plus de 17% de la population ne se rend pas à une simple consultation, principalement pour des raisons financières (82% de ces malades ne consultent pas par manque d'argent). Pour payer la consultation et se soigner, la majeure partie des Burundais est contrainte de recourir à des moyens extrêmes, tel l'endettement ou la vente d'un bien, les poussant dans une pauvreté encore plus grande. Dans les régions concernées par le système de recouvrement des coûts, 81.5% des patients sont en effet obligés de s'endetter ou de vendre leurs récoltes, leurs terres, ou leurs bétails, pour payer les soins de santé (Minisanté /Burundi 2004) .

Le taux d'accès aux soins de santé oscille entre 40 et 50%, d'après une Enquête Démographique et de Santé menée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2007 et actualisée en 2009. En clair, plus de 30 millions des Congolais n'accèdent pas à des soins de santé de qualité. A côté de ces chiffres, il faut ajouter le délabrement des infrastructures sanitaires, construites pour la plupart à l'époque coloniale (MSP/RDC, 2014) .

En RDC, comme un peu presque dans tous les pays en développement, malgré les efforts fournis pour l'implantation des Soins de Santé Primaires au cours de 30 dernières

années, l'accessibilité et l'utilisation des services par la population demeurent très faible pour l'ensemble d'interventions du Paquet Minimum dans les aires de santé (PNUD, 2010).

Les indicateurs de santé fournis par l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) menée sur toute l'étendue du pays en 2007 avec l'appui des Partenaires extérieurs et par le rapport Santé et Pauvreté reflètent que 40 à 50% seulement de la population ont accès aux soins de santé. Parmi les problèmes cités, c'est la disponibilité de l'argent pour le traitement (69 %) qui constitue l'obstacle aux soins de santé le plus fréquemment mentionné par les femmes (Banque Mondiale, 2005; MSP, 2014)

Selon une étude réalisée par l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa en 2003, parmi les membres de ménages enquêtés et qui sont tombés malades, 30% sont allés dans un Centre de Santé public ou confessionnel, 40% ont pratiqué l'automédication, 21 % n'ont reçu aucun traitement et 9% ont consulté un guérisseur traditionnel. Ceci correspond à environ 70% des malades qui n'ont pas accès aux services de santé modernes (Université de Kinshasa ESP, 2003) (MSP/RDC, 2006)

Le taux d'utilisation des services curatifs dans la zone de santé de Kisanga reste encore très faible, soit 23% et ce malgré l'appui des bailleurs de fonds (USAID et Global Funds). La participation communautaire à la gestion des Soins de Santé Primaires est faible dans la ZS : une situation qui influence négativement le recours aux soins par les ménages. (Zone de Santé de Kisanga, 2015) D'où il est important d'étudier les facteurs qui influencent l'utilisation des services dans notre milieu d'étude.

Problématique

Lors de la Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires tenue à Alma Ata en 1978, il a été déclaré que les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux que s'étaient fixés les Gouvernements, les Organisations Internationales et la Communauté Internationale toute entière au cours des dernières décennies était de donner à tous les peuples du monde, jusqu'à l'an 2000, un niveau de santé qui leur permettrait de mener une vie socialement et économiquement productive (Denis, 2013). (Sanders, 2013)

Les deux décennies qui se sont écoulées depuis la déclaration d'Alma Ata n'ont pas connu de progression rapide et régulière vers l'idéal fixé, à savoir des soins de santé de base accessibles pour tous. La situation mondiale est très hétérogène : de nombreux pays

démantèlent en effet leurs mécanismes de protection sociale au lieu de les étendre (OAKLEY P., 2003),(Averil and Marriott, 2013)

Les inégalités d'accès aux soins sont alarmantes ; Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 100 millions de personnes par an tombent dans la pauvreté à cause du coût de leurs frais médicaux. Pour 150 millions d'autres, les dépenses médicales représentent près de la moitié de leur revenu. Beaucoup de pays ne connaissent pas de système de protection sociale, d'assurance maladie abordable ou services de santé publics(OMS, 2005).

Les données tendanciennes de certaines Zones de Santé montrent que l'utilisation des services peut augmenter de façon significative lorsque le tarif des consultations et le prix des médicaments baissent (et que leur qualité augmente) grâce à la mise en place de programmes d'aide extérieurs (Banque Mondiale, 2005) .

Le plus important dans ce cas consisterait à étudier les mécanismes ou les stratégies qui permettent d'améliorer l'accessibilité des communautés aux soins de santé de base et renforcer leur participation dans la gestion des établissements des soins de santé

Cet état de chose, associé à d'autres facteurs négatifs tels que l'inaccessibilité géographique, la désorganisation du système de santé, le manque d'information et l'insuffisance des ressources allouées au secteur de la santé, serait à la base de la faible utilisation des services de santé et la détérioration de la situation sanitaire qui se caractérise par des faibles accès aux soins de santé par la population

Choix et intérêt du sujet

Notre recherche vise surtout à asseoir une plus grande connaissance sur les déterminants d'utilisation des services de santé en rapport avec divers facteurs. Son principal intérêt scientifique est qu'il permettra de bien élargir la réflexion des chercheurs sur toutes les implications liées à ces facteurs étudiés, soit pour mieux les approfondir, soit pour leurs permettre de dégager de nouvelles pistes de recherche, étant donné que l'accès de tous aux soins de santé de qualité ainsi que les itinéraires thérapeutiques constituent un problème majeur de santé de publique.

Objectifs

▪ OBJECTIF GENERAL DU TRAVAIL

L'objectif général de ce travail est d'identifier les principaux déterminants qui influencent l'utilisation des services de santé et l'itinéraire thérapeutique de la population de Lubumbashi afin d'initier des pistes de solution permettant d'accroître leur utilisation par les ménages.

▪ OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer des caractéristiques sociodémographiques et économiques des ménages qui influencent l'utilisation des services de santé dans la ZS ;
- Déterminer le taux d'utilisation des services curatifs ;
- Identifier l'itinéraire thérapeutique de la population de la ZS de Kisanga

• DELIMITATION DU TRAVAIL

Tout sujet de recherche doit être situé dans le temps et dans l'espace.

Sur le plan temporel, notre enquête s'est déroulée au mois de Juin 2016, période au cours de laquelle nous nous sommes rendus sur terrain pour administrer notre questionnaire d'enquête afin de récolter les données.

Sur le plan spatial, cette étude a été menée dans quelques aires de santé de la Zone de santé de KISANGA auprès des ménages.

Subdivision du Travail

Hormis l'introduction et la conclusion, notre travail s'est articulé autour de 2 grandes parties qui sont :

- La partie théorique consacrée aux Généralités(ChapitreI)
- La partie pratique axée sur les Matériels et Méthodes (Chapitre II) les Resultats (Chapitre III) et la Discussion (Chapitre IV).

CHAPITRE I. GENERALITES SUR L'UTILISATION DES SERVICES

I.1 DEFINITION DES CONCEPTS

* **La santé** : selon l'OMS, la santé est l'état de bien-être complet physique, mental et social et ne consiste pas seulement à l'absence de maladie ou de l'infirmité. (Kabyla et al., 2016)

* **Le service de santé** : est un endroit où se donne les soins de santé ou une organisation qui s'occupe de la santé de la population (OMS, 2005)

* **Système de santé** : par définition un système est un ensemble des maillons qui interagissent. Ainsi, pour dire qu'un système se comprend mieux par l'analyse des éléments qui le constituent que des interactions qui existent entre eux. Un système de santé est un ensemble des services de santé qui interagissent. Cette interaction peut consister au fait qu'un individu à soigner peut passer d'un service à un autre ou que les décisions et les informations passent d'un service à un autre. Ce passage ne se fait pas sans action et réaction des différents services de santé (Luboya et Mashini, 2016)

* **Politique de santé** : par définition, la politique de santé est l'ensemble des mesures prises par les autorités politico-administratives pour permettre à la population sous sa responsabilité de jouir de leur droit à la santé. Ces mesures concernent notamment le développement des ressources humaines, le développement des systèmes de santé, le financement de santé, la définition du rôle de l'Etat et celui des privées dans le système de santé, la conception des reformes (Luboya et Mashini, 2016)

* **Les déterminants de l'utilisation des services** : sont des facteurs susceptibles d'influencer positivement ou négativement l'utilisation des services de santé (Luboya et Mashini, 2016).

* **L'accessibilité aux soins de santé** : L'accessibilité des services de santé se définit comme la capacité d'un malade à recourir aisément aux soins de santé nécessaires à son état (Mashini, 2016).

* **L'accès aux soins** : L'accès suppose aussi la réduction ou suppression des barrières à l'utilisation effective des soins de santé, (géographique, économique, sociale, culturelle organisationnelle et linguistique), c'est une réalité mesurable par la fréquentation (un usage du système de soin).(Mashini, 2016)

* **L'exclusion aux soins de santé** : c'est l'incapacité pour un ménage de payer les soins de santé. L'exclusion peut être partielle ou totale. Elle est totale, si elle concerne tous les échelons des soins, elle est partielle quand elle concerne seulement certains échelons des soins. Elle peut être aussi temporaire ou permanente. Elle est temporaire si elle est présente pendant une partie de l'année et est permanente lorsqu'elle est observée durant toute l'année (Mashini , 2016)

* **Le rationnement des soins** : c'est le fait de priver les soins à un individu pour des motifs financiers (Mashini, 2016).

* **Le coût direct des soins** : c'est la partie du flux financier perçue par le système .(Kabyla et al., 2016).

* **Le coût indirect des soins** : c'est la partie du flux financier qui ne va pas au système de santé (frais de transport, nourritures, hôtellerie etc.

* **Le coût des conséquences des soins** : c'est le coût induit par la pratique des soins notamment le coût des soins iatrogènes.

* **Les Soins de Santé Primaire** : ce sont des soins essentiels, fondés sur des méthodes et des techniques, scientifiquement valables, socialement acceptables, rendus universellement accessibles à toutes les communautés et à toutes les familles avec leur pleine participation et lesquels soins sont donnés à un coût que la population puisse assumer à tout le stade de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination (Luboya Numbi, 2016)

* **Demande de soins** : Désir d'un individu ou d'un groupe de personnes par rapport à une amélioration de sa santé ou à l'utilisation des services de santé(Kabyla et al., 2016).

* **Offre de soins** : Ensemble de soins et de services qui sont mis à la disposition de la population par les systèmes de santé.

* **L'équité** : l'équité n'est autre chose que la justice sociale qui veut que chacun soit traité selon ses besoins et non selon ses moyens. Les services sont équitables quand ils sont offerts de la même manière à tous ceux qui en ont besoin .(Luboya and Mashini, 2016)

* **L'automédication** : Pratique consistant pour un malade, à choisir lui-même des médicaments et à les prendre sans avis médical (Encarta, 2009)

* **Itinéraires thérapeutiques** : succession des épisodes des soins au cours d'un épisode maladie ou souffrance, il existe plusieurs Types d'itinéraires (Mashini, 2016):

* **Episode des soins** : ensemble des soins suivis auprès du même prestataire de manière continue au cours d'un épisode maladie

- Vertical : progressif ou régressif (niveau de compétence technique)
- Horizontal : progressif ou régressif (service de même échelon au même échelon et d'un service de santé à un autre)
- Alternatif (d'une médecine à une autre ex moderne, traditionnelle)
- Combiné (utilisé en même temps les deux médecines)

* **Relais Communautaire** : c'est une personne homme ou femme volontaire habitant de village/rue choisi par les habitants de cette entité et qui assure le pont entre les membres d'une famille et les services de santé .(MSP/RDC, 2006)

I.2 ORGANISATION DU SYSTEME SANITAIRE EN RDC

I.2.1 La politique Nationale de santé en RDC

La Politique Nationale de la Santé (PNS) de la République Démocratique du Congo (RDC) a été définie pour la première fois en 1984 et révisée en 2001 sur base des recommandations des Etats Généraux de la Santé tenus en décembre 1999. Elle fait suite à la souscription par notre pays aux déclarations internationales telles que: la déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires en 1978, la Charte Africaine de développement sanitaire en 1980(MSP/RDC ,2006).

La PNS a pour but de promouvoir l'état de santé de la population congolaise en fournissant un paquet de soins de santé de qualité, globaux, intégrés et continus avec la participation de la communauté à la planification, la gestion des interventions et services de santé à travers des organes de gestion de la Zone de Santé, dans un contexte global de la lutte contre la pauvreté (MSP/RDC ,2006).

La PNS a comme stratégie les Soins de Santé Primaires pour atteindre son objectif social qui est « la Santé Pour Tous » en RDC. La PNS réaffirme la **Zone de Santé (ZS)** comme l'unité opérationnelle de sa mise en œuvre au sein du système de santé de la RDC. La ZS est une entité décentralisée, de planification et de mise en œuvre de la stratégie des Soins de Santé Primaires, bénéficiant de l'appui technique et logistique du niveau

intermédiaire et fonctionnant conformément aux stratégies, directives et normes édictées par le niveau central du système de santé.(MSP/RDC, 2006)

1. Le niveau national

Ce niveau regroupe l'ensemble des services du Ministère de la Santé ainsi que différents programmes spécialisés (exemple : programme de lutte contre le sida, programme de lutte contre les maladies diarrhéiques,...). Il a pour rôle principal de tracer les orientations générales en matière de politique de santé et d'assurer les appuis stratégiques requis au système de santé du pays.

2. Le niveau intermédiaire

La structure provinciale de Santé est l'Inspection Provinciale de la Santé. Elle est dirigée par un Médecin Inspecteur Provincial. Elle assure la coordination, le contrôle, l'inspection et l'évaluation de l'ensemble des activités de Santé qui s'opèrent dans sa juridiction. Elle veille à l'application des mesures et directives édictées par le niveau central et assure l'appui technique et l'encadrement du développement des ZS. Elle est placée administrativement sous l'autorité hiérarchique provinciale.

1. Le niveau périphérique

Le niveau périphérique, c'est la Zone de santé. C'est le niveau de planification et d'opérationnalisation des activités des soins de santé primaires. Le pays est subdivisé en 515 Zones de Santé. L'existence d'une ZS est sanctionnée par un arrêté interministériel signé par le Ministre de l'Intérieur et celui de la santé. Pour les ZS militaires, l'arrêté interministériel est signé conjointement par le Ministre de la santé et son collègue de la défense.

La ZS est subdivisée en « Aires de santé ». Une aire de santé est une entité géographique délimitée, composée d'un ensemble de villages en milieu rural et/ou des rues en milieu urbain, établis selon des critères d'affinités sociodémographiques dont la taille de la population desservie est en moyenne de 10.000 habitants selon le milieu (rural ou urbain). Chaque Aire de santé est couverte par un Centre de Santé.

Parmi les structures de santé d'une ZS on distingue : les structures **obligatoires** et **les structures facultatives**. Les structures sanitaires obligatoires sont : le Centre de Santé (CS), et l'Hôpital Général de Référence (HGR). Les structures facultatives permettent de répondre aux exigences d'accessibilité géographique. Il s'agit de Centre de Santé de Référence (CSR) et du Poste de Santé (PS). Les circonstances d'implantation d'une structure

facultative dans une ZS sont définies dans les directives d'application des normes d'organisation et de fonctionnement de la ZS.

Le service périphérique du premier échelon est destiné à répondre de façon permanente à l'ensemble des problèmes de santé qui se posent dans un rayon d'action : c'est le service de premier contact de la population avec le service de santé, le premier échelon. C'est à ce niveau que doit se réaliser l'interface entre le service de santé avec la communauté sur la base des soins globaux, intégrés et contenus. Si le service du premier échelon se responsabilise effectivement de ce type de soins on l'appelle « Centre de santé ». Un CS doit fournir les soins primaires. En principe il est ouvert la journée et comprend une équipe médicale limitée, dirigée par un Infirmier Titulaire.(Luboya, 2016)

Les structures de soins de santé dans une ZS peuvent être publiques ou privées. Les établissements privés se subdivisent en privé sans but lucratif ou à but lucratif. On trouve aussi des établissements relevant des entreprises. Les établissements non étatiques nécessitent la négociation de contrat en vue de l'intégration de la politique des SSP.

Au niveau provincial, l'on pourrait retrouver un Hôpital Provincial de Référence et au niveau national un ou plusieurs hôpitaux nationaux de référence, en l'occurrence les cliniques universitaires.

Un arrêté du Ministre ayant la Santé dans ses attributions définit la fonction dévolue à chaque établissement. Toutefois, en ce qui concerne les Hôpitaux Universitaires, un arrêté interministériel des Ministres ayant dans leurs attributions la Santé et l'Education Nationale est requis.

2.1 Les sources de financement du secteur de la santé en RDC

Il repose sur les institutions ou entités qui donnent des fonds pour le financement du système de santé.

S'agissant des types, nous avons :

- Les ménages
- Les employeurs
- Les gouvernements : central, provincial et local
- Les organisations philanthropiques
- Le reste du monde

2.3 NOTIONS SUR LES SERVICES DE SANTE

2.3.1 Les caractéristiques et les éléments des services de santé

A. Les caractéristiques

Les services de santé gagnent en efficacité lorsqu'ils ont les caractéristiques des services décentralisés, permanents et polyvalents (MSP, 2006).

1. Service décentralisé

Pour avoir des soins continus, intégrés et globaux, il faut que les services de santé soient les plus décentralisés possibles dans la communauté où se trouve une population suffisamment petite pour que l'équipe de santé la connaisse parfaitement (individus, familles, us et coutumes, problèmes de santé et autres). La décentralisation suppose que les services doivent être proches de là où les gens vivent ou travaillent et la distance considérée comme acceptable est celle qui est égale ou inférieure à 5km ou à moins d'une heure de marche. Dans le cas contraire, ils sont centralisés.

2. Service permanent

Les services de santé doivent obligatoirement fonctionner de façon ininterrompue (24h/24) et pour cela, ils doivent organiser des services de permanence et instaurer le système de travail par roulement. Toutefois, pour les activités programmables comme les CPS, si un calendrier des activités est préétabli, ce service est considéré comme permanent. Les services doivent être accessibles chaque fois que cela est nécessaire car la permanence favorise l'intégration et la continuité (Denis, 2013) (MSP, 2006)

3. Le service polyvalent

Les services de santé doivent avoir des structures capables de dispenser tous les types de soins curatifs, préventifs, promotionnels et réadaptatifs, soins qui sont intégrés en son sein. Cette polyvalence ne signifie pas juxtaposition des services mais l'intégration de différentes activités à mener par une même équipe et de façon collégiale. Pour ce faire, les services doivent avoir des équipes polyvalentes et la capacité d'intégrer les activités, de résoudre tout problème de santé qui s'y présente ; c'est la prise en charge directe de tous les problèmes de santé d'une population : complémentarité CS – Hôpital de district (Luboya Numbi, 2016)

B. Les éléments

Trois éléments sous-tendent lorsqu'on parle les caractéristiques des services dans le cadre des SSP (MSP, 2006):

1. La sommation des états de santé

Quand on parle de la santé d'une communauté, il s'agit de la sommation des états de santé des individus qui la composent et non de la santé d'un chacun ni de chaque famille en particulier. Le niveau de santé d'une communauté se mesure par certains paramètres. Les indicateurs calculés par rapport à l'ensemble de ses éléments. Il exige des :

1. Paramètres positifs : Espérance de vie, fécondité et vaccination, production...
2. Paramètres négatifs : morbidité, mortalité, stérilité.

2. La prise des décisions rentables pour l'ensemble

Ordinairement quand le chef de ménage donne la ration du mois ou du jour, il tient compte non pas d'un seul enfant mais de l'ensemble de la famille. S'il n'y a pas assez de nourriture dans la maison, la priorité sera donnée aux petits nécessiteux ou aux plus vulnérables. De même, le ministère de la santé ne s'occupe pas de la santé particulière d'un individu, mais de l'ensemble de la population, bien sûr en espérant que chaque individu y trouve son bien-être (Kakule, 2012)

Ainsi donc, les services de santé doivent mener les actions et les interventions destinées à l'ensemble de la population. Actuellement la plupart des pays ont peu des ressources pour faire face à une multitude de besoins. Il faudra donc procéder à une priorisation en s'adressant le plus possible aux membres de la communauté les plus nécessiteux et les plus vulnérables, ceux qui ont le plus besoin du service.

3. L'influence des effets communautaires

La santé d'un groupe conditionne celle des autres membres de la communauté c'est-à-dire qu'en matière de santé communautaire, les différents membres de la communauté s'influencent par leur connaissance, leur compétence ou leurs habitudes.

Les actions à mener devront viser non seulement la rentabilité maximale, mais aussi le plus grand nombre et les effets que cela entraîne chez ceux qui ne sont pas visés directement par ces actions.

2.3.2. Relation et intégration des services de santé

1. Relation entre services de santé

Il est question de rechercher les liens qui harmonisent le fonctionnement des structures et assurent leur affinité dans la réalisation des objectifs en commun. Une relation idéale doit pourtant répondre à certains critères notamment la sincérité, la transparence, la synergie (la complémentarité), séparation des rôles, et la connaissance du rôle de coordination.

Dans ce cadre, les relations seraient de trois ordres :

a. Les relations de collaboration

Elles impliquent la reconnaissance des droits entre structures, le partage des rôles, le respect de la solidarité et de la coexistence, de l'éthique, d'équité et de la pérennisation des actions en plaçant au centre les intérêts de la communauté.

b. Les relations de concertation

Elles impliquent la mise en place des organes de concertation en vue de l'organisation des réunions pour échange d'informations et d'expériences.

c. Les relations de redevabilité

La mise en place des mécanismes pour chacun de rendre compte entre structures et à la hiérarchie. La périodicité des rapports ainsi que le circuit de leur transmission doivent être clarifiés au départ.

L'intégration des services de santé

Les services de santé fonctionnent dans le système national de santé en faisant appel à l'intégration des services. Cette intégration n'est pas une juxtaposition des structures mais plutôt une interpénétration des activités selon une logique ascendante et descendante avec une communication au niveau de la périphérie et une prise de décision à tous les niveaux. (MSP, 2006)

2.3.3 Les déterminants de l'utilisation des services de santé

Selon Pascal BONNET (2002), l'usage des services de santé (modèles d'utilisation qui complètent le regard sur *accessibilité* et accès aux soins), fait référence au rôle fondamental des approches structuralistes et cite Andersen et Adey. Le modèle de recours d'Andersen et Adey conçu pour l'étude de l'accessibilité des soins peut être affilié au modèle antérieur d'Andersen et Newman qui décrit des facteurs d'utilisation d'un service sanitaire. Les

facteurs y sont groupés en trois catégories : facteurs prédisposant, facteurs de capacité, facteurs déclenchant.

1. Facteurs prédisposant

Les facteurs prédisposant sont caractérisés par les variables démographiques : âge, sexe, statut marital, morbidités passées; les indicateurs de la structure sociale : race, niveau d'éducation, occupation, ethnie, mobilité résidentielle, taille de la famille ; les indicateurs de valeurs et croyances : santé et perception des maladies, attitudes face au risque maladie, connaissance des maladies et de leur impact).

2. Facteurs de capacité

Les facteurs de capacité sont caractérisés par les indicateurs familiaux : revenu, assurances, source régulière de soins, accès aux sources ; indicateurs communautaires : densité et disponibilité des ressources sanitaires dans le lieu de vie, prix des services, région géographique, habitat rural versus urbain.

3. Les facteurs déclenchants

Ces facteurs sont caractérisés par les besoins face à la maladie, exprimés par le niveau perçu de besoins, conséquences attendues de la maladie, symptômes, diagnostic effectué par l'individu, état général concomitant ou niveau de besoin évalué ou mesuré par un tiers, symptômes et diagnostic établi par les experts).

Parmi ces facteurs des recours certains traitent directement de la notion d'accessibilité aux ressources en fonction de variables géographique sur le demandeur ou l'offreur de soins.

Selon MASHINI N., (2016), le comportement du consommateur des soins médicaux est influencé par trois principaux facteurs :

- **Les facteurs médicaux** : sont dominés par l'atteinte de la morbidité (pathologie). Le risque de morbidité est un facteur aléatoire et qui est distribué en fonction de certaines caractéristiques (âge, sexe, niveau d'instruction, taille du ménage, etc.), c'est la raison de l'existence de l'assurance maladie.

- **Les facteurs psychosociologiques** : ces facteurs peuvent influencer la demande des soins. Les facteurs psychologiques sont définies par la profession c'est-à-dire le niveau intellectuel et le milieu social peuvent influencer la demande des soins, sans oublier la structure du ménage.

- **Les facteurs économiques** : ces facteurs comprennent le revenu du ménage et le prix des soins.

2.4. LA DEMANDE, LE BESOIN ET L'OFFRE DES SERVICES

On peut définir la demande comme le comportement par lequel un individu ou une communauté cherche un soulagement de sa souffrance, laquelle peut être physique, morale, sociale, etc. (Luboya Numbi, 2016)

Du point de vue conceptuel, un besoin c'est une condition caractérisée par le manque total ou partiel d'une chose nécessaire ou requérant une aide ou un complément extérieur. Ainsi, les besoins de la population signifient ses souffrances. En Santé Publique, quand on parle des besoins, il s'agit des besoins définis par le service de santé. La réponse à la demande de la population en fonction des besoins définis par le personnel de santé est toujours partielle et dans le contexte de terrain il est rare de trouver l'expression totale de la demande de la population qui coïncide avec les besoins du personnel de santé. Du point de vue conceptuel, les besoins ressentis correspondent à l'interface entre la demande et les besoins. Le personnel de santé ne considère que la partie de la demande qui ne correspond pas à un besoin, comme demande irrationnel.

L'offre des soins est partiellement conditionnée par la demande et partiellement par les besoins à travers la perception subjective de la population et la perception objective des techniciens. L'offre est également conditionnée par l'environnement historique et actuel (social, économique, administratif, politique).

L'offre à elle seule ne suffit pas pour élever le niveau de santé. Il existe d'autres facteurs : économiques, politiques, socioculturels et opérationnels qui conditionnent à la fois le niveau de santé, l'action sanitaire et l'utilisation des services disponibles (Luboya Numbi, 2016)

Les relations et les interactions entre les éléments de la triade demande-besoins-offre sont exprimées dans la figure ci-après :

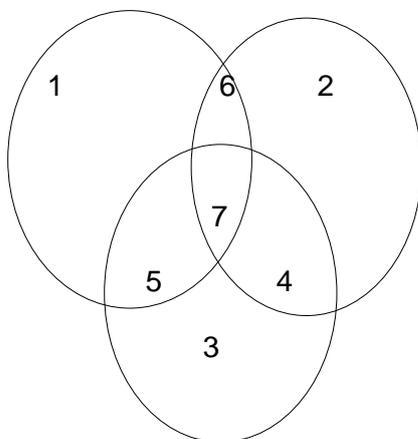


Figure1 : la triade demande, besoins, offre des soins de santé

Les différentes situations peuvent être décrites comme suit :

1 : demande irrationnelle non satisfaite

2 : besoins identifiés par le personnel de santé mais sans offre de service et sans demande (non ressentis par la population)

3 : offre non pertinente (ni demande ni besoin)

4 : offre non utilisée, qui correspond à un besoin mais pas à une demande

5 : demande satisfaite mais qui ne correspond pas à un besoin

6 : demande potentielle correspondant à un besoin mais sans offre de service

7 : adéquation entre besoins-offre-demande

Il est bon de rappeler que l'offre des soins ne couvre pas tous les besoins ou toute la demande. Ainsi, la promotion de la santé ne peut être réalisée par le seul secteur de la santé. D'autres secteurs de développement (agriculture, éducation, etc.) interviennent pour contrôler le vide et renforcer l'action sanitaire (Luboya Numbi, 2016).

La relation entre l'offre et la demande conditionne l'utilisation des services de santé par la population. Mais la dépendance de l'offre par rapport à la demande des soins est un facteur primordial, car ipso facto, la demande naîtra si le service est déjà là ; le service doit précéder la demande des soins.

La relation opérationnelle entre le service et la population dépend de plusieurs facteurs. Le premier facteur c'est la souffrance, mais toute souffrance n'aboutit pas nécessairement à la demande et à l'utilisation des services de santé par la population. Le comportement des individus c'est-à-dire la traduction de la souffrance en volonté de se faire soigner intervient aussi parmi ces facteurs. Cette motivation dépend elle-même de la confiance envers le service de santé. Le service offert est perçu par la population comme capable de répondre à la souffrance et aussi accessible et acceptable ; c'est-à-dire l'ensemble des facteurs qui renversent les barrières géographiques, temporelles, psychologique, socio-économiques ou culturelles. L'accessibilité effective à l'offre des soins va se traduire en utilisation du service de santé par la population (Luboya et Mashini, 2016)

D'autres modèles sur l'utilisation des services possèdent certains points forts ci-hauts. Pour le modèle proposé par Joseph A.E. et collaborateurs en 1994, l'utilisation des services répond à la formule ci-après (Luboya et Mashini 2016)

L'utilisation des services est fonction de :

E : Facteurs de capacitation dont les ressources individuelles ou collectives (couverture des frais, assurance maladies, mutuelles, etc.).

P : Facteurs prédisposant, attitude, comportement, connaissance des services, comportement du personnel.

A : Facteurs liés à l'accessibilité comme la distance, le temps de voyage, le temps d'attente, la disponibilité des services.

H : Besoins et perception de l'état de santé par l'individu ou le groupe.

X : Facteurs individuels ou exogènes (âge, sexe, grandeur de la famille).

B : Facteurs de correction : erreur résiduelle.

Ce modèle est complexe, mais c'est souvent ses éléments qualificatifs qui sont utilisés facilement.

L'un des modèles basé sur les influences diverses (la gravité de la maladie, les variables socioculturelles, les services existants, l'attitude active ou passive du malade) permet d'analyser selon NUYENS l'itinéraire thérapeutique en cas de maladie (Mashini Ngongo, 2016).

Le maintien d'un prix à payer et la mesure de ce que l'agent est prêt à payer (disposition à payer) est important à considérer si l'on souhaite réguler les consommations, les rationner. C'est peut être aussi un objectif global pour garantir une bonne distribution des budgets de santé et le partage équitable (y compris spatial) des ressources sanitaires et la meilleure accessibilité à des soins pour des malades plus légitimes que d'autres (problème de la demande induite, de l'inflation des dépenses à budget serré, du rationnement, du choix du panier de soins à rembourser, de populations cibles à privilégier) (Pierre Bonnet, 2002).

2.5 NOTIONS SUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

a) Définition

Selon l'OMS La santé est un état de bien être complet physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité

La santé ne concerne donc pas seulement les maladies et les soins. La santé concerne aussi l'éducation des personnes en bonne santé pour leur apprendre à éviter les maladies.

Qu'est-ce que la maladie ?

Selon l'OMS, la maladie est la rupture de l'état de bien-être, nous sommes en mauvais état de santé. Notre corps peut être malade parce qu'il est attaqué par des microbes, ou parce qu'il manque des éléments indispensables pour son bon fonctionnement (Pharmaciens Sans Frontières, 2004).

Les SSP : sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, *scientifiquement* valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination(Luboya Numbi, 2016). Ce sont les soins :

- **Financièrement accessibles** : c'est-à-dire que le coût est à la portée de tous les individus et toutes les familles de la communauté.
- **Géographiquement accessibles** : c'est-à-dire que les soins sont dispensés le plus proche possible de là où les gens vivent et travaillent.
- **Acceptables** : qui sont utilisés par les gens.
- **Réalisés avec la participation de tous les membres de la communauté**. Tous les habitants de la localité doivent être impliqués dans les décisions concernant leur santé ainsi que la mise en œuvre des actions pour l'amélioration de la santé.
- **Réalisés avec la participation des autres services de développement** : comme l'agriculture, l'enseignement, l'administration (Haut-Commissaire, Préfet, Délégué administratif de villages), etc.
- **Basés sur l'équité** : c'est-à-dire la justice sociale. Tout le monde doit avoir accès aux soins, surtout les plus pauvres et les plus exposés aux maladies, telles que les femmes et les enfants. Tout le monde doit aussi contribuer aux activités de maintien de la santé.

Les Soins de Santé Primaires (SSP) doivent répondre aux cinq critères suivants :

- Répondre à des besoins concrets (utile et important) ;
- La qualité doit être acceptable ;
- Les services doivent être proches et accessibles ;

- Elles doivent être abordables (prix peuvent être payées) ;
- Doivent se réaliser avec la participation de la communauté.

b) Les composantes des soins de santé :

1. **L'éducation pour la santé :** Ce sont des actions entreprises pour modifier les comportements et habitudes personnelles ou collectives, pour rester en bonne santé et lutter contre les maladies.

2. **La promotion pour de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles :** Ce sont des actions qui visent à l'amélioration de l'alimentation dans les familles (et surtout les habitudes relatives à l'alimentation des enfants). Ces actions doivent aussi viser à prévenir et à soigner les maladies nutritionnelles.

3. **L'approvisionnement en eau saine et les mesures d'assainissement de base :**

C'est aider la population à s'organiser pour avoir suffisamment d'eau potable, et à promouvoir l'hygiène (individuelle et collective) et la salubrité du milieu.

4. **La santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale :** Ce sont toutes les actions qui visent à assurer une bonne santé à la mère et aux enfants: consultations et soins prénataux, accouchement assisté, surveillance de la croissance, soins des enfants, planification familiale (espacement des naissances, lutte contre la stérilité, ...).

5. **Vaccinations contre les grandes maladies infectieuses :** Ce sont les activités de vaccination des enfants contre les maladies les plus meurtrières: rougeole, diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, tuberculose, la fièvre jaune.

6. **La prévention contre les endémies et lésions courantes :** C'est la lutte contre certaines maladies endémiques (paludisme, schistosomiase, lèpre, ver de Guinée, ...), et leurs vecteurs, et la mise en œuvre des mesures de dépistage et de prévention.

7. **Le traitement des maladies et lésions courantes :** Ce sont les activités de soins curatifs courants dans les formations sanitaires pour le traitement du paludisme, des diarrhées, des plaies, ...

8. **La fourniture des médicaments essentiels :** C'est rendre les médicaments disponibles et exploiter la pharmacopée traditionnelle.

Les huit composantes classiques les mêmes que dans le protocole de Alma Mata, la RDC a augmenté 3 autres selon le contexte. Ce qui porte le nombre total à 11 qui sont (Luboya Numbi, 2016) :

1° la formation continue,

2° la gestion et management,

3° le contrôle des maladies mentales

I.3.2. Les caractéristiques des soins

Le soin est tout procédé pour maintenir ou rétablir la santé. Le soin ne nécessite pas seulement dans la prise en charge des personnes malades comme le veut la profession médicale ou infirmière mais aussi dans tous les processus du maintien de la santé comme le veut l'OMS notamment les soins tels que l'allaitement, l'achat des bijoux à une dame ou une rémunération correcte d'un travailleur. Le soin se caractérise par sa globalité, sa continuité et son efficacité (Luboya and Mashini, 2016).

1. Du point de vue globalité, un soin peut être global ou partiel

Il est dit global s'il prend en compte aussi bien l'aspect biomédical que l'aspect psychosocial étant donné que la souffrance est globale. Dans le cas contraire, il est dit partiel.

La rupture brusque des fiançailles ou décès brutal d'un être cher peut conduire au développement d'une gastrite. Soigner cette gastrite sans s'occuper de la consolation de la personne souffrante est un exemple d'un soin partiel. Prescrire un antipaludéen qui coûte l'équivalent du salaire mensuel du parent de l'enfant malade est un autre exemple.

2. Du point de vue continuité, un soin peut être continu ou discontinu

Il est continu s'il est donné sans interruption à la personne souffrante ou à risque de souffrir du moment du contact jusqu'au moment de la fin de l'épisode de souffrance ou de risque (Ils ne doivent pas se limiter au seul moment de la consultation. Dans le cas contraire, il est discontinu.

3. Du point de vue intégration, les soins peuvent être intégrés ou non intégrés

Ils sont dits intégrés lorsqu'ils sont donnés au même endroit ou par la même équipe. Dans le cas contraire, ils sont non intégrés. Mais la vaccination en stratégie avancée par une équipe de Centre de Santé est un bon exemple d'intégration des soins(Luboya Numbi, 2016).

4. Du point de vue efficacité, les soins peuvent être efficaces ou inefficace

Ils sont efficaces, quand ils se basent sur l'évidence généralement consécutive aux essais randomisés contrôlés. L'efficacité des soins dépend des résultats atteints. Ils sont inefficaces dans le cas contraire.

2.5.1 TYPES DES SOINS

On distingue trois types de soins :

1. Les soins curatifs

Ce sont les soins pour rétablir la santé d'un individu confronté à un problème de santé. La détérioration d'un toxicomane ou la réduction et contention d'une fracture en sont des exemples.

2. Les soins préventifs

Ce sont les soins pour maintenir la santé d'un individu à risque de se confronter à un problème de santé. Il y a la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire. Les CPS et CPN, la vaccination constituent un bel exemple des soins préventifs.

3. Les soins promotionnels :

Ce sont les soins pour maintenir la santé d'un individu même en dehors de tout risque. La participation à la gestion du CS par la population et la pratique de l'allaitement maternel sont des exemples plus près de nous.

L'accès et l'accessibilité aux soins

Avant de parler de ces 2 concepts il convient d'abord de les différencier en considérant l'accès comme une réalité mesurable par la fréquentation (un usage du système de soin). L'accès suppose aussi la réduction ou suppression des barrières à l'utilisation effective des soins de santé, (géographique, économique, sociale, culturelle organisationnelle et linguistique) tandis que l'accessibilité définira plutôt le potentiel d'accès au service. On trouve ce type de différenciation en économie de la santé où l'accès aux soins est considéré comme une condition de l'équité. Des contradictions se présentent toujours dans l'acceptation de ces notions pourtant considérées comme banales. L'accessibilité aux soins de santé détermine la santé. Une épidémie qui se développe dans un milieu où les soins de santé ne sont pas accessibles peut provoquer une très grande souffrance que dans un milieu où les soins sont accessibles (Pierre Bonnet, 2002).

L'OMS différencie le recours et l'accès, dans le sens où des inégalités d'accès sont alors plutôt des inégalités de couverture sociale (financement et ayant droit) et le recours, la réalité finale de son usage (recours aux soins). Associés à cette pensée se situent les auteurs comme Mooney et le Grand considèrent du point de vue économique l'accès comme l'offre d'un bien (ce que nous appellerons accessibilité au bien du point de vue géographique et

économique confondus) et le recours comme sa consommation effective (que nous appellerons aussi recours et accès) (Pierre Bonnet, 2002).

L'accessibilité aux soins est mesurée en fonction de :

- La disponibilité des services de santé ;
- L'acceptabilité culturelle et sociale ;
- La distance à parcourir pour les atteindre ;
- Du coût à payer pour les services obtenus.

Une définition raisonnée en géographie de la santé, accessibilité : (aux soins), selon Picheral, c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte).

Surtout fonction du couple distance/temps donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectif (c'est à dire l'utilisation effective du système).

L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion). La plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale (équité). Dans les deux cas, l'accessibilité est maintenant considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque

Le niveau d'accessibilité est perçu comme un facteur de risque : sous-entendu de développement anormal d'une maladie qui n'est pas enrayerée car pas traitée, l'accessibilité au service devient dans une de ses acceptions un des déterminants de la diffusion ou de la complication d'un problème morbide et donc un des déterminants des conséquences de l'événement - maladie, de son impact en particulier économique à l'échelle sociétale ou psychologique à l'échelle individuelle. La possibilité d'accéder aux soins est aussi sociale car elle dépend de la position sociale dans le groupe et s'exprime sans faire référence à la capacité financière sensu stricto (Pierre Bonnet, 2002).

2.6. NOTIONS SUR LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Dans les déclarations d'Alma Ata de septembre 1978, les SSP exigent et favorisent au maximum l'auto responsabilité de la collectivité et des individus ainsi que leur participation à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des SSP en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer (Luboya Numbi, 2016)).

Malgré les efforts fournis pour l'implantation des SSP au cours de 25 dernières années, l'accessibilité et l'utilisation des services par la population demeurent très faible pour l'ensemble d'interventions du paquet minimum dans l'AS. Cela constitue un véritable défi à relever par l'ensemble d'acteurs sanitaires engagés dans la réduction de la charge de la mortalité et de la morbidité liés aux maladies et états de santé dont les solutions sont pourtant disponibles et à la portée de la grande majorité de la population.

Une analyse de cette situation a permis d'identifier les causes majeures au niveau communautaire qui constituent des barrières / obstacles à la réalisation des meilleures performances. En effet, ces causes sont plus liées aux déficiences dans la planification, dans le système de collecte et d'analyse des données pour la prise des décisions, la supervision formative des prestataires et des membres des communautés (relais communautaire), la faiblesse de liens entre les services de santé avec la communauté ainsi qu'à la faiblesse en ce qui concerne le financement communautaire.

La gestion de quelques rares ressources affectées pour la réalisation des activités sont mal gérées à cause de l'absence d'une structure communautaire dynamique, multisectorielle, disciplinaire capable d'être un véritable interlocuteur de la population entière de l'Aire de santé auprès des services de santé et des partenaires. L'absence d'un véritable partenariat à ce niveau limite les possibilités d'un véritable développement sanitaire basé sur les besoins ressentis par les membres de la communauté et la recherche des solutions avec leur propre détermination.

Les ressources affectées dans l'Aire de santé appartiennent à la population, mais sont utilisées par le personnel de santé pour la production des services dont elle a besoin pour restaurer, protéger et promouvoir sa santé. Donc, la population est le propriétaire des ressources n'a pas le compte de ce qui se passe avec ces ressources ; il y a lieu de mettre en place une structure qui engage l'ensemble des villages/rues de l'AS, d'organiser les habitants de l'aire de santé autour de la solidarité communautaire pour créer un fonds communautaire

qui favoriserait l'accès universel aux soins pour la population habitant l'aire de santé. La population doit être responsabilisée et impliquée non seulement dans toutes les activités mais également dans la gestion des structures produisant les soins de santé qui lui sont destinés (MSP, 2006)

2.6.1 Définition

La participation communautaire est essentiellement un processus par lequel les personnes, individuellement ou en groupe, exercent leur droit de jouer un rôle actif et direct dans le développement des services de santé appropriés, en garantissant les conditions d'une amélioration durable de la vie et en soutenant l'octroi aux communautés du pouvoir dans le développement global.(MSP, 2006)

2.6.2 LE COMITE DE DEVELOPPEMENT DE L'AIRE DE SANTE

L'aspect participation communautaire est concrétisé dans la mise en place de comités de santé (CODESA). C'est un organe de participation communautaire, représentatif de tous les villages/rues de l'aire de santé, multisectorielle et multidisciplinaire selon sa composition.

Partenaire de l'équipe des établissements de soins et des intervenants dans l'AS dont les membres sont dotés des capacités de micro planifier, de co-gérer et de mobiliser les ressources locales pour la revitalisation des services de santé mais également dans le renforcement des capacités des communautés dans la mobilisation des ressources locales.

Le CODESA représente la structure de dialogue et de collaboration entre les services de santé et la communauté. On prévoit un comité de santé au niveau de chaque AS et au niveau des ZS. En ville chaque avenue élit un(e) ou deux représentant(e)s au CS. Le comité élit les membres du Bureau Permanent et les membres des commissions au cours d'une assemblée du CODESA convoquée par le Médecin Chef de Zone de Santé (MSP, 2006).

1. Objectifs du CODESA

- Ses attributions sont :
 - participer à la planification, au suivi et évaluation des activités du centre de santé,
 - participer à l'identification des besoins sanitaires de la population,
 - cogérer les ressources du centre de santé,
 - Participer aux réunions avec l'équipe de santé
 - Organiser des travaux d'intérêt communautaire.

Le comité de santé est présidé par un membre élu pour un mandat de deux ans, renouvelable une fois. Le Comité de santé fonctionne suivant un règlement d'ordre intérieur établi. Il est représenté au comité de développement de l'Aire par son président.

2. Canaux de CODESA

Le CODESA utilise les mêmes canaux ci-dessous que la Cellule d'Animation Communautaire (CAC) pour les échanges d'informations, les concertations et la mobilisation de la population aux activités de développement sanitaire de l'AS à travers les CAC.

Il s'agit :

- Ecoles
- Eglises
- Entreprises
- Associations
- Regroupement de la population dans un site.

3. Modalités de mise en place du CODESA

A la base, chaque 10 ou 15 ménages se choisissent leur représentant (Relais Communautaire), ces derniers au sein d'une avenue/village constituent à leur tour un CAC, les membres des CAC de tous les villages ensemble se choisissent les animateurs pour les différents organes de CODESA. Ils sont installés par l'autorité territoriale locale (chef de secteur/chefferie).

A la tête de CODESA, il y a un président et un vice-président, un secrétaire rapporteur et un secrétaire adjoint tous élus parmi les membres des CAC.

4. Conditions de motivation des membres du CODESA (RECO)

Les conditions de motivation des membres de CODESA sont variables selon les réalités de chaque milieu. A titre indicatif, nous donnons quelques pistes qui peuvent être exploitées dans chaque AS.

Ces conditions sont :

- Election par la population (confiance, honneur, crédit populaires)
- Mandat accordé par la population

- Notification et installation par l'autorité administrative locale (chef du village, de la rue ...)
- La participation aux sessions de formation
- Les visites de supervision par les membres du bureau central de la zone de santé et par l'équipe du centre de santé
- La participation aux enquêtes, aux recensements et aux campagnes organisées dans le village /rue.
- Le soutien des partenaires aux micros projets générateurs de recettes.

5. Avantages de la participation communautaire

Selon le ministère de la Santé Publique de la RDC (2006), la participation communautaire est un processus indispensable dont toutes les populations devraient pouvoir jouir.

Elle permettra à la communauté de :

- Concevoir son état de santé objectivement plutôt qu'avec fatalisme et les incite à la prise des mesures préventives ;
- Investir la main d'œuvre, du temps, de l'argent et des matériaux dans les activités de promotion de la santé, d'utiliser et d'entretenir les ouvrages qu'elles ont construites ;
- Etendre les activités de prestation des soins aux périphéries ;
- Rendre efficace l'éducation sanitaire et intégrer les acquis dans leurs activités ;
- Promouvoir l'équité par le partage des responsabilités, la solidarité, la fourniture des services à ceux qui en ont le plus besoin ;
- Promouvoir l'autosuffisance communautaire.

Selon Luboya. (2016), la participation communautaire a différents niveaux d'intervention :

- **Participation marginale** : la population utilise juste les services offerts ;
- **Participation active ou participation substantielle** : la population participe activement à la détermination de ses propres priorités à travers ses représentants au sein des organes de participation communautaire.

CHAPITRE II. MATERIEL ET METHODES

II.1. CADRE D'ETUDE

L'étude s'est déroulée dans la province du Haut Katanga, ville de Lubumbashi plus précisément dans La Zone de santé de Kisanga.

II.1.1 Situation géographique

La Zone de santé est délimitée au :

- Au Nord par la Zone de Santé de MUMBUNDA
- A l'Est par la Zone de Santé de la KATUBA et de MUMBUNDA
- Au Sud par la zone de Santé de KIPUSHI
- A l'Ouest par la Zone Santé de KATUBA

La zone de santé baigne dans un climat tropical humide et sa végétation est une savane boisée. Le relief dominant est la plaine et le sol est de type argileux.

II.1.2 Situation démographique

La population de responsabilité en 2016 est estimée à 239.290 habitants et est répartie de la manière ci-dessous dans 11 Aires de Santé :

N°	Aire de Santé	Population(Habitants)
1	MUTUALE	24960
2	JAMAA YETU	26564
3	MAMA WA HURUMA	23493
4	MIMBULU	20450
5	MAENDELEO	13303
6	TRIANGLE	17922
7	KILIMASIMBA	25257
8	SOMIKA	20536
9	KIMILOLO	25616
10	KIBOKO	20646
11	KASUMGAMI	20543

Source : BCZS KISANGA

II.1.3 Situation socio-économique et culturelle

La population de la Zone de Santé de KISANGA vit du petit commerce et de l'agriculture.

Les principales productions agricoles sont : le Mais, les haricots, les patates douces, les arachides et des produits maraichers.

La population est hétérogène et constituée des ethnies majoritaires ci-après: les Balubas du Kasai, les Bemba et les Lamba.

II.1.4 Situation sanitaire

La zone de santé compte 11 Aires de santé avec chacune un centre de santé obligatoire et des formations sanitaires privées. La ZS dispose d'un HGR offrant le PCA.

II.2. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive transversale (qui a été menée auprès des ménages de la zone de santé de Kisanga).

II.3. CADRE CONCEPTUEL

Facteurs sociodémographiques et Culturels :

- Age du chef de ménage ;
- sexe du chef de ménage ;
- Taille de ménage ;
- Age et sexe du chef de ménage ;
- Etat matrimoniale du chef de ménage ;
- Niveau d'étude du chef de ménage ;
- Profession du chef de ménage ;
- Religion du chef de ménage .



Utilisation des services de santé :

- OUI ou NON
- Lieu de soins : itinéraire thérapeutique
- Raison du choix de lieu de soins
- Cout de soins
- Sources de financement
- Mode de tarification



Facteurs économique :

- Revenu mensuel du ménage ;
- Dépenses mensuelles du ménage ;
- Dépenses liées aux soins ;
- Autres dépenses.

II.4. POPULATION D'ETUDE

La population d'étude était constituée des ménages de la Zone de Santé de Kisanga

DESCRIPTION DE LA POPULATION :

CRITERE D'INCLUSION : les chefs de ménages résidant dans la zone de santé depuis plus de 6mois.

CRITERES D'EXCLUSION :

- Non respect des critères d'inclusion
- Refus de participer à l'enquête

II.5. ECHANTILLONNAGE

CALCUL DE LA TAILLE D'ECHANTILLON : pour calculer notre taille d'échantillon nous avons utilisé la formule ci-après (Ben Monga Bondo, 2016):

$$n \geq \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Dont n : taille de l'échantillon

d : degré de précision voulu (0.05)

Z : est le coefficient de confiance pour un degré de confiance à 95 %.

Ce coefficient est égal à 1.96, au seuil de signification égale à 5%

p : proportion des personnes supposées utilisées les services de santé (taux d'utilisation des services)

q : proportion de la population qui ne fréquente pas le service (q=1-p).

Etant donné qu'aucune étude n'a été menée pour évaluer le niveau d'utilisation de service curatif dans cette région, nous référerons au taux recommandé de l'OMS.

Comme ce taux est estimé à 50% dans la ZS, le calcul de la taille de l'échantillon se présente comme suit :

$$n \geq \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2} \geq 384 \text{ Ménages}$$

Pour rendre l'échantillon plus représentatif, nous avons considéré une taille d'échantillon plus élevée que la taille minimale exigée (384 sujets). C'est dans ce contexte que le tirage aléatoire des individus nous a permis d'atteindre une taille d'échantillon de 924 sujets.

II.6. METHODE ET TECHNIQUES D'ECHANTILLONNAGE :

Nous avons procédé par la technique d'échantillonnage probabiliste stratifié : toutes les 11 Aires de Santé ont constitué des strates.

La direction à prendre a été tirée au hasard par la méthode dite de la bouteille, avec la table des nombres aléatoires. Les enquêteurs ont tiré le ménage de départ au sort et ont commencé l'enquête par ce ménage. Ils ont continué l'enquête avec le deuxième ménage le plus proche ainsi de suite jusqu'à atteindre le nombre de ménages requis

II.7. VARIABLES ETUDIEES :

Liste des variables

- La variable dépendante : l'utilisation des services
- Variables indépendantes :
 - Age ;
 - Sexe ;
 - Etat civil ;
 - Niveau d'études du chef de ménages ;
 - Religion ;
 - Taille du ménage ;
 - Profession du chef de ménage ;
 - Tarification des soins de santé/mode ;
 - Revenu du chef de ménage/Niveau socioéconomique ;
 - Connaissance du Reco ;
 - Attitude face à la maladie (Itinéraire thérapeutique).

II.8. PROCEDURES ET MATERIELS DE COLLECTE DE DONNEES :

La collecte de données recueillies a été faite au moyen d'un questionnaire comportant des questions fermées.

Collecte des données

1. Demande des autorisations de collecte des données :

Avant de descendre sur terrain, une audience pour expliquer les objectifs de notre étude a été sollicitée respectivement auprès du Chef de Quartier Kisanga et des

Autorités sanitaires. En même temps, une autorisation écrite et les ordres de missions des enquêteurs ont été négociés auprès de l'autorité administrative.

2. Technique utilisée :

Les enquêteurs, formés au départ, ont utilisé un questionnaire préétabli qui a été administré au chef de ménage ou son représentant en langue Swahili ou Française.

3. Collecte des données proprement dite :

La collecte des données a été effectuée par une équipe de 9 enquêteurs avec 1 superviseur et a pris 8 jours dont 2 jours pour la formation des enquêteurs et le pré-test.

Chaque enquêteur a disposé d'un questionnaire et autres matériels nécessaires à la collecte des données. Après la collecte des données, le superviseur a procédé au contrôle de la complétude des questionnaires par enquêteur, de l'exhaustivité et précision des informations recueillies et ensuite à la centralisation des questionnaires remplis et leur stockage.

II.9. METHODES D'ANALYSES STATISTIQUES

Analyse des données

Les données ainsi recueillies ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels Epi Info Version 7.1.4. et SPSS Version 23.0

Analyses univariées

L'analyse univariée des données qualitatives a permis de présenter les résultats sous la forme des tableaux des fréquences et des graphiques ; des paramètres de position et de dispersion.

Analyses bivariées

En analyse bivariée des données qualitatives, les tests statistiques à base de la p-value ont été utilisés pour déterminer les associations significatives entre les variables qualitatives et l'utilisation des services. L'analyse de la force d'association a permis de recourir au rapport des cotes (Odd Ratio) et à son intervalle de confiance

Analyses multivariées

La régression logistique a permis d'identifier les déterminants de l'utilisation des services de santé pour des soins curatifs dans la zone de santé et de mesurer la force

d'association de chaque déterminant (Odd Ratio Ajusté). Ces analyses ont été réalisées au seuil de signification $\alpha = 0,05$.

II.10. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Le protocole de recherche a été soumis avant son exécution à l'approbation du Comité Ethique médicale de l'Université LUBUMBASHI. Chaque sujet avant son inclusion a reçu les renseignements sur les avantages et inconvénients à participer à l'étude selon le formulaire en annexe.

Ceux-ci ont été libres de donner leur accord ou de refuser de participer à l'étude.

L'accès aux données relatives à l'enquête n'a été fait que par les personnes impliquées dans l'étude et la confidentialité a été donc garantie.

II.11. DIFFICULTES RENCONTREES

Comme dans toute recherche, les difficultés existent toujours. Dans le cadre de cette étude, nous n'avons pas rencontré des problèmes majeurs hormis quelques petites difficultés dues essentiellement à :

- La méfiance de certains enquêtés envers les enquêteurs dans certains ménages.
- L'absence des enquêtés (chef ménage ou conjoint) dans certains ménages.
- La collecte des informations se rapportant à la situation économique (financière) du ménage, les enquêtés étaient méfiants ou sous évaluaient très souvent les capacités économiques de leur ménage.

CHAPITRE III. RESULTATS

A. Analyses Univariées

a) Caractéristiques des ménages enquêtés

Notre étude a porté au total sur 924 personnes de la ZS de Kisanga, dans la ville de Lubumbashi. L'échantillon comptait 135 femmes et 789 hommes. L'âge minimal des chefs de ménage était de 19 ans tandis que l'âge maximal était égal à 77 ans. En rapport avec la moyenne d'âge des chefs de ménage, celle-ci était de 39 ± 10 ans. La taille maximale des ménages s'élevait à 20 personnes par ménage, avec une moyenne de 7 ± 3 personnes par ménage.

Tableau I. Répartition des chefs de ménage selon le niveau d'étude

Niveau d'études	Effectif	Pourcentage(%)
Sans niveau	25	2,7
Primaire	191	20,7
Secondaire	516	55,8
Supérieur	192	20,8
Total	924	100,0

La majorité des chefs de ménage ont réalisé les études secondaires (55,8%).Ceux du niveau primaire ont représenté 20,7% alors que le niveau supérieures a constitué 20,8%.

Tableau II. Répartition des chefs de ménage selon l'Occupation

Occupation	Effectifs	Pourcentage(%)
Cultivateurs	102	11,0
Employeurs	97	10,5
Fonctionnaire de l'Etat	106	11,5
Libérale	396	42,9
Salariés du secteur privé	115	12,4
Sans occupation	108	11,7
Total	924	100,0

Au sein de notre échantillon, les personnes exerçant la carrière libérale ont constitué la strate la plus fréquente soit 42,4% de l'échantillon des chefs de ménages.

En rapport avec les religions, les protestants, les églises de réveil et les pentecôtistes représentaient la strate la plus fréquente (44,9%). La religion catholique représentait la deuxième strate la plus fréquente (31,6%). Le statut matrimonial des chefs de ménages indique que 82,1% de ces sujets étaient mariés.

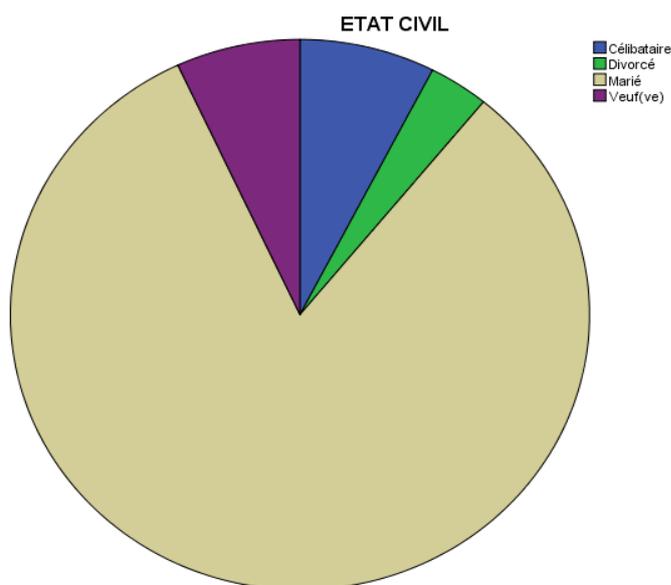


Figure 1. Répartition des chefs des ménages selon l'état civil

Tableau III. Ménage ayant enregistré au moins un malade dans le mois précédant notre enquête

Existence d'un malade durant ce dernier un mois	Effectif	Pourcentage(%)
NON	316	34,20
OUI	608	65,80
Total	924	100,00

En rapport avec la maladie au sein des ménages, 608 chefs de ménage sur 924 (Soit 65,8%) ont affirmé avoir constaté au moins un cas de maladie parmi les membres de leurs ménages au cours du mois précédant notre enquête.

Tableau IV. Répartition des chefs de ménages selon l'utilisation des services de santé

Utilisation des services de santé	Effectif	Pourcentage(%)
NON	184	30,26
OUI	424	69,74
Total	608	100,00

Il ressort de ce tableau que sur le total des ménages ayant connu un problème de santé, 424 chefs de ménage (soit 69,7%) ont affirmé avoir recouru aux services de santé en cas de maladie.

b) Caractéristiques des sujets n'ayant pas utilisé les services de soins

Tableau V. Répartition des chefs de ménages selon la catégorie Sociodémographique

Catégorie	Effectifs	Pourcentage(%)
EATP	11	5,98
MOYEN	96	52,17
PLA	75	40,76
TRES PAUVRE	2	1,09
Total	184	100,00

Parmi les personnes n'ayant pas utilisé les services, plus de la moitié de notre échantillon était constituée des personnes malades appartenant à la classe moyenne (96 cas sur 184, soit 52,17%). Les malades pauvres légèrement aisés représentaient la deuxième strate (40,76%) de la strate des personnes malades.

Tableau VI. Répartition des Chefs de ménage selon la raison de non utilisation des services de soins

Raisons	Effectifs (n=184)	Pourcentage(%)
Non révélées	2	1,27
Loin de chez moi	1	0,84
Manque de confiance	18	9,70
Pas grave	55	29,89
Religion	2	1,27
Soins trop cher	106	57,81

Les raisons de non utilisation des services de soins les plus évoquées étaient d'ordre financier. Le coût trop élevé des services de soins concernaient plus de la moitié des raisons (57,81%). Environ 29,89% des réponses étaient liées au fait que la maladie n'était pas grave, tandis que 9,70% estimaient qu'ils n'avaient pas confiance dans les services de soins.

Tableau VII. Répartition des chefs de ménage selon la connaissance du RECO

Connaissance du Reco	Effectif	Pourcentage(%)
NON	267	43,91
OUI	341	56,08
Total	608	100,00

Plus de la moitié de la strate (56,08%) des sujets ayant utilisé les services de soins de santé ont été constitué des sujets ayant une connaissance des relais communautaires.

c) Caractéristiques des sujets ayant utilisé les services de soins de santé

Au total, 424 sujets ont utilisé les services curatifs. L'âge moyen des personnes malades ayant recouru aux structures de soins était de 13 ± 12 ans. Leur âge maximal était de 80 ans et l'âge le plus fréquent (Mode) était de 3 ans. Les hommes et les femmes représentaient, respectivement, 55,25% et 44,75% des cas .

Parmi les 424 sujets ayant consulté les services des soins, notre étude indique qu'en rapport avec le sexe de leurs parents, environ 15% des parents étaient des femmes

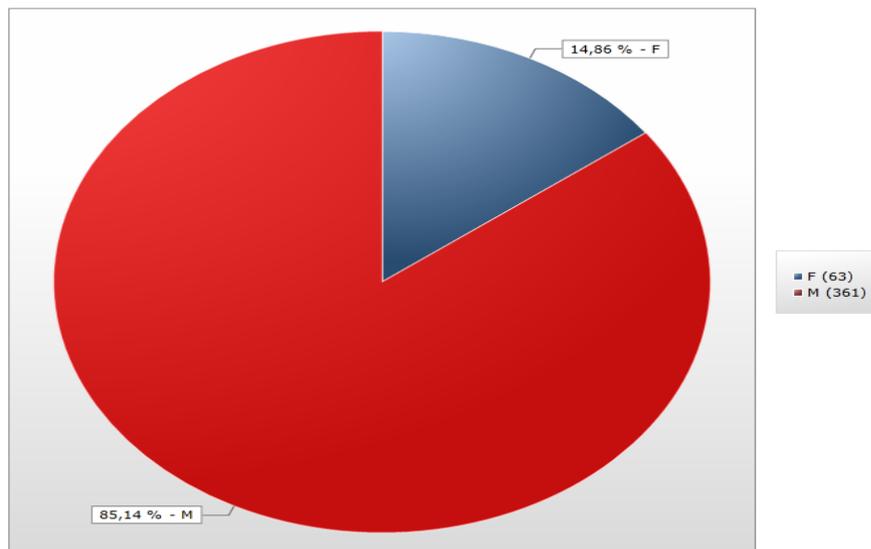


Figure 2. Répartition des chefs des ménages des sujets ayant utilisé les services selon le sexe

Tableau VIII. Répartition des chefs des ménages ayant utilisé les services selon le statut de résidence

Statut de résidence	Effectifs	Pourcentage (%)
Locataire	258	60,85
Loge par la famille	6	1,42
Propriétaire	160	37,74
Total	424	100,00

Parmi les sujets malades ayant recouru aux structures de soins, environ 61% étaient des locataires tandis que, 37,74% des sujets étaient des propriétaires de la maison et 1,42% de sujets étaient logés par leurs familles.

Tableau IX. Répartition des chefs des ménages ayant utilisé les services selon l'Occupation

Occupation des parents	Effectifs	Pourcentage (%)
Cultivateurs	52	12,26
Employeurs	42	9,91
Fonctionnaires de l'Etat	57	13,44
Libérale	192	45,28
Salariés du secteur privé	56	13,21
Sans occupation	25	5,90
Total	424	100,00%

Parmi les sujets ayant utilisé les services curatifs, la profession la plus fréquente exercée par les parents relève du secteur libéral (45,28% des cas). Les fonctionnaires (13,44% des cas), les salariés du secteur privé (13,21%) et les cultivateurs (12,26%) ont représenté des professions avec chacune une fréquence supérieure à 12%.

Tableau X. Répartition des chefs des ménages selon la catégorie Sociodémographique

Catégorie sociodémographique	Effectif	Pourcentage (%)
EATP	3	0,71
Moyen	235	55,66
Pauvres légèrement aisés	184	43,40
Riche	2	0,47
Total	424	100,00

Parmi les personnes ayant utilisé les services des soins de santé, plus de la moitié était constituée des personnes malades appartenant à la classe moyenne (235 cas sur 424, soit 55,66%). Les malades pauvres légèrement aisés représentaient la deuxième strate (43,40%) des personnes malades ayant utilisé les services de soins.

Tableau XI. Répartition des coûts en cas de maladie

Caractéristiques	Minimum	Moyenne ±ET	Médiane	Maximu m	Mode
Salaire/ revenu commerce	15000	199623 ± 147317	150000	900000	100000
Cout de soins de santé	1500	39594 ± 38935	28000	250000	10000
Autres dépenses	20000	116311 ± 100589	80000	430000	100000
Montant à payer jugé acceptable /adulte	1500	11363 ± 7888	10000	70000	10000
Montant à payer jugé acceptable/enfant	1000	7172 ± 5733	5000	65000	5000

Parité 1\$ =1000CDF(source :Banque Centrale du Congo)

Le salaire ou revenu moyen par ménage était de 199623± 147317 CDF. La moitié de l'échantillon était constituée par des ménages de revenu mensuel inférieur à 150000 CDF.

En cas de maladie, le coût moyen directement lié aux soins de santé était égal à 39594±38935 CDF. La moitié de notre échantillon est constituée par des malades ayant engagé des coûts de soins compris entre 28000 CDF (Médiane) et 250000 CDF. Mais la plupart des sujets ont dépensé environ 10000 CDF.

En rapport avec les autres dépenses, le coût moyen était de 116311 ± 100589 CDF, le coût maximal de 430000 CDF. Mais le montant moyen jugé acceptable pour les soins des adultes était de 11363 ± 7888 CDF, le montant maximal étant 70000 CDF. En rapport avec les enfants, leur montant moyen jugé acceptable pour leurs soins était de 7172 ± 5733 CDF, pour un maximum des coûts de soins de Santé de 65000 CDF.

Tableau XII. Répartition des chefs de ménages selon le financement des soins de Santé

Mode de financement des soins	Effectifs	Pourcentage (%)
Abonnement	32	7,55
Dette dans la structure	86	20,28
Employeur	8	0,47
Gratuité	8	1,89
Payement de la totalité	275	64,86
Vente de biens	15	3,54
Total	424	100,00

Les résultats de ce tableau indiquent que 64,86% des malades ont payé la totalité des soins médicaux. Une proportion assez importante des sujets ayant recouru à l'endettement au sein de structures dispensant des soins a été observée (20,28%). De même, environ 4% des malades ont dû recourir à la vente de leurs biens.

Tableau XIII. Répartition des chefs de ménages ayant connu un problème de santé selon l'itinéraire thérapeutique

Premier recours	Effectif	Pourcentage (%)
Aucun	10	1,64
Automédication	270	44,41
FOSA	265	43,58
Médecine traditionnelle	17	2,80
Prière	46	7,57
Total	608	100,00

En rapport avec le 1er recours, nous avons observé soit 43,58% des cas qui ont recouru en première intention à la pratique de l'automédication. Ce qui équivaut presque à la strate qui a recouru aux FOSA (43,58%) pour leur prise en charge en cas d'un problème de santé.

Tableau XIV. Répartition des chefs de ménages ayant connu un problème de santé selon l'itinéraire thérapeutique en deuxième intention

Deuxième recours	Effectifs	Pourcentage (%)
Aucun	44	7,24
Automédication	1	0,16
FOSA	482	79,28
Médecine traditionnelle	19	3,13
Pharmacie	6	0,99
Prière	56	9,21
Total	608	100,00

En rapport avec le deuxième recours de nos enquêtés, 482 cas sur 608 ont déclaré avoir recouru aux formations sanitaires soit 79,28% contre t 9,21% des cas qui se sont rendus à l'église pour la prière.

Tableau XV. Répartition des chefs de ménage selon l'incitation des RECO pour fréquenter la structure sanitaire

L'incitation du RECO	Effectifs	Pourcentage (%)
JAMAIS	156	36,80
PARFOIS	237	55,90
TOUJOURS	31	7,31
Total	424	100,00

Concernant l'incitation pour fréquenter les structures sanitaires, 7,31% des sujets malades ont affirmé la permanence assurée par les RECO, pour inciter les malades à fréquenter les CS. Par contre, 36,80% des sujets (soit 156 personnes sur 424) ont affirmé l'inexistence de cette incitation.

B. ANALYSE BIVARIEE

I. ASSOCIATIONS SIGNIFICATIVES

Tableau XVI. Répartition des chefs de ménages selon l'état civil et la présence d'un malade dans le ménage

ETAT CIVIL	Est- ce qu'un membre de famille a été malade durant ce dernier mois ?				
	Oui	Non	OR	IC 95%	P
Célibataire	36(51,43%)	34 (48,57%)			
Divorcé	28(90,32%)	3 (9,68%)	8,81	2,45-31,69	0,000
Marié	504(66,4%)	255 (33,6%)	1,87	1,14-3,05	0,011
Veufs	40(62,5%)	24 (37,5%)	1,57	0,79-3,14	0,196
Total	608(65,8%)	316 (34,2%)			

Une association significative a été observée entre l'état civil des chefs de ménages et la présence (ou non) d'un malade au dernier mois précédent notre étude. Une prépondérance de 8 fois plus des maladies a été observée chez les chefs de ménage divorcés par rapport au célibataire.

Tableau XVII. Répartition des chefs de ménages selon le niveau d'étude et l'utilisation des services

Niveau d'études	Utilisation des services de santé curatifs				
	Oui	Non	OR	IC 95%	P
Sans niveau	15(62,5%)	9(37,5%)	1		
Primaire	80(64,52%)	44(35,48%)	1,09	0,44-2,69	0,85
Secondaire	228(67,46)	110(32,54%)	1,24	0,53-2,93	0,61
Supérieur	101(82,79%)	21(17,21%)	2,89	1,12-7,47	0,0245
TOTAL	424(69,74%)	184(30,26%)			

De ce tableau il ressort que le niveau d'études a été significativement lié à l'utilisation des services curatifs : les sujets qui ont un niveau supérieur ont utilisé 3 fois plus les services curatifs que ceux n'ayant aucun niveau d'études.

Tableau XVIII. Répartition des chefs de ménages selon l'état de la maladie et l'utilisation des services

Etat de la maladie	Utilisation des services de santé curatifs				
	Oui	Non	OR	IC 95%	P
Pas Grave	146 (51,41%)	138(48,59%)			
Grave	278(85,80%)	46(14,20%)	5,7	3,87-8,43	0,00001
TOTAL	424(69,74%)	184(30,26%)			

Une association significative a été observée entre l'état de la maladie et l'utilisation des services de santé. En cas de maladie grave, les ménages ont utilisé environ 6 fois plus les services curatifs que ceux n'ayant pas des cas de maladie grave.

Tableau XIX. Répartition des chefs de ménages selon l'occupation et l'utilisation des services

Occupation	Utilisation des services de santé curatifs				
	Oui	Non	OR	IC 95%	P
Cultivateur	52(73,24%)	19(26,76%)	3	1,50-6,72	0,002
Employeur	42(73,68%)	15(26,32%)	3,25	1,46-7,28	0,003
Fonctionnaire de l'état	57(73,08%)	21(26,92%)	3,15	1,51-6,55	0,001
Libérale	192(73,00%)	71(27,00%)	3,14	1,72-5,72	0,001
Salarié du Privé	56(65,88%)	29(34,12%)	2,24	1,11-4,50	0,022
Sans occupation	25(46,30%)	29(53,70%)	1		
TOTAL	424(69,74%)	184(30,26%)			

Au seuil de signification de 5%, une association significative a été observée entre la profession du chef de ménage et l'utilisation des services de Santé. En cas de maladie, les employeurs et les fonctionnaires de l'Etat ont 3 fois plus utilisé le service de soins de santé curatif que les chômeurs (sans occupations).

Tableau XX. Répartition des chefs de ménages selon la connaissance du RECO et l'utilisation des services

Connaissance du RECO	Utilisation des services de santé curatif				
	Oui	Non	OR	IC 95%	P
Non	170(63,67%)	97(36,33%)	1		
Oui	254(74,9%)	87(25,51%)	1,67	1,18-2,36	0,00396
TOTAL	424(69,74%)	184(30,26%)			

Au seuil de signification de 5%, il ressort une différence significative entre les proportions des sujets utilisateurs des services de santé chez les sujets ayant(ou non) une connaissance des relais communautaires. La proportion des sujets ayant la connaissance du reco a utilisé le service 2 fois plus que les personnes n'ayant pas une connaissance des RECO ; Les sujets sans connaissance des RECO sont plus exposés à la non utilisation des services que celles ayant cette connaissance.

Tableau XXI. Répartition des chefs de ménages selon la taille des ménages et l'utilisation des services

Taille de ménage	Utilisation des services de santé curatif				
	OUI	NON	OR	IC 95%	P
Inferieur ou égale à 6	187(64,93%)	101(35,07%)	1		
Plus de 6	237(74,06%)	83(25,94%)	1,54	1,09-2,18	0,01439
TOTAL	424(69,74%)	184(30,26%)			

Il ressort une différence significative au seuil de signification de 5%, entre les proportions des sujets utilisateurs des services curatifs chez les sujets ayant une taille de ménage supérieure à 6. Les ménages de plus de six ont 2 fois plus utilisé les services de soins de santé curatifs.

Tableau XXII. Répartition des chefs de ménages selon la catégorie socio démographique et l'utilisation des services

Catégorie sociodémographique	UTILISATION DES SERVICES de santé curatif				
	Oui	Non	OR	IC 95%	P
EATP	3(21,43%)	11(78,57%)	1		
Moyen	235(72,31%)	90(27,69%)	9,57	2,61-35,11	0,00004
PLA	184(76,40%)	73(28,40%)	9,24	2,51-34,08	0,00008
Riche	2(20%)	8(80%)	0,92	0,12-6,83	0,93229
Très pauvre	0(0%)	2(100%)	0	-----	0,46
TOTAL	424(69,74%)	184(30,26%)			

Il ressort une différence significative au seuil de 5% entre les proportions des sujets utilisateurs des services curatifs chez les sujets de la classe des éléments assistés très pauvres et l'utilisation des services les sujets de la classe moyenne ont utilisé 10 fois les services de santé que ceux de la classe des pauvres.

II. ASSOCIATIONS NON SIGNIFICATIVES

Tableau XXIII. Répartition des chefs de ménages selon le sexe et la présence d'un malade dans le ménage

		Un membre de famille a été malade durant ce dernier mois				
		Oui	Non	OR	IC 95%	P
SEXE CHEF MENAGE	F	92(68,15%)	43(31,85%)	1,13	0,77-1,67	0,533
	M	516(65,40%)	274(34,60%)	1		
Total		608(65,8%)	316(34,2%)			

Aucune association significative n'a été observée entre le sexe des chefs de ménages et la présence (ou non) d'un malade au cours du dernier mois précédent notre étude.

Tableau XXIV. Répartition des chefs de ménages selon le sexe des chefs de ménage et l'utilisation des services

		Utilisation des services de santé curatif				
		Oui	Non	OR	IC 95%	P
Sexe du chef de ménage	F	63(68,48%)	29(31,52%)	0,93	0,59-1,51	0,775
	M	361(69,96%)	155(30,04%)	1		
Total		424(69,74%)	184(30,26%)			

Au seuil de signification de 5%, aucune association significative n'a été observée entre le sexe des chefs de ménages et l'utilisation des services de soins en cas de maladie au dernier mois précédent notre étude (p= 0,775).

Tableau XXV. Répartition des chefs de ménages selon le sexe et la connaissance du RECO

Connaissance du RECO					
SEXE CHEF MENAGE	OUI	NON	OR	IC 95%	P
F	34(53,97%)	29(46,03%)	1		
M	220(60,94%)	141(39,06%)	1,33	0,78-2,28	0,297
TOTAL	254(59,91%)	170(40,09%)			

Aucune liaison significative n'a été décelée entre le sexe des chefs de ménage et la connaissance des Relais Communautaires. En d'autres termes, le sexe n'avait aucun impact sur la connaissance des RECO.

Tableau XXVI. Répartition des chefs de ménages selon état civil et l'utilisation des services

Etat civil	Utilisation des services de santé curatif			
	Oui	Non	X² ddl 3	P
Célibataire	21(58,33%)	15(41,67%)		
Divorcé	24 (85,71%)	4(14,29%)		
Marié	355(70,44%)	149(29,56%)		
Veuf (ve)	24(60,00%)	16(40,00%)		
TOTAL	424(69,74%)	184(30,26%)	7,5189	0,0571

Aucune liaison significative n'a été décelée entre l'état civil des ménages et l'utilisation des services curatifs mais nous avons constaté une grande portion des mariés et des divorcés qui ont utilisé les services respectivement (70,44% et 85,71%).

1. ETUDE DU PROFIL DES SUJETS FACE A L'UTILISATION DES SERVICES CURATIFS PAR L'ANALYSE FACTORIELLE DE CORRESPONDANCE

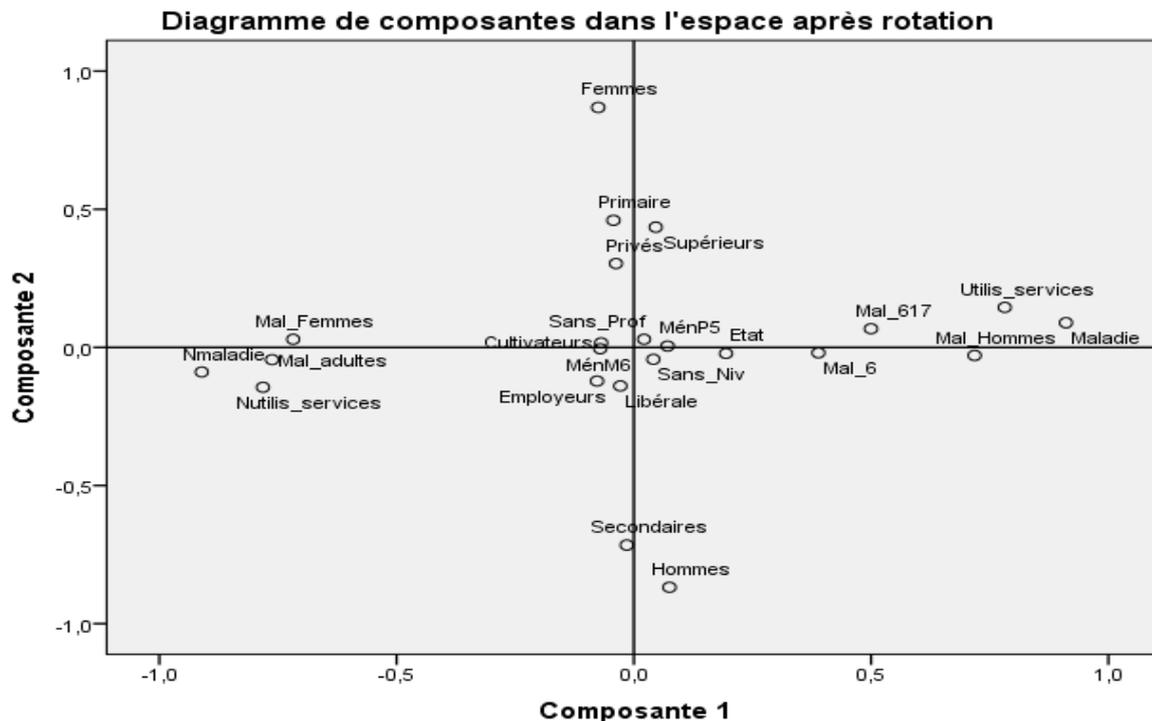
A. Caractéristiques socio démographiques et utilisation des services des soins

1. Description du premier axe principal

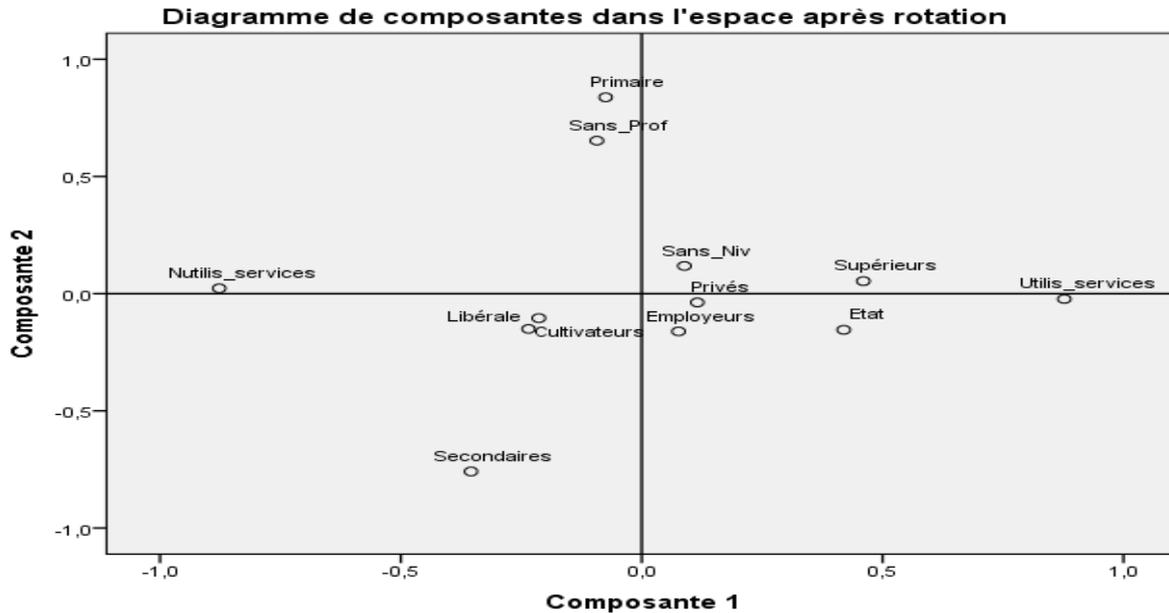
Une analyse des contrastes des signes indique que le premier axe est entièrement caractérisé par le sexe et le niveau d'études. Il isole les hommes ayant réalisé des études secondaires des femmes et des autres strates du niveau d'éducation.

2. Description du deuxième axe principal

L'analyse des contrastes des signes indique que le deuxième axe est totalement caractérisé par l'utilisation des services de soins et la présence de la maladie dans l'échantillon. Il renseigne que les femmes malades et les personnes adultes malades se sont rapprochées, par leurs attitudes face à l'utilisation des services de soins, aux personnes non malades qui n'ont pas utilisé les services de soins. Il renseigne, également, que les services de soins de santé ont plus été utilisés par les hommes malades et les personnes malades, d'âge inférieur à 17 ans.



B. Caractéristiques socio-démographiques des sujets malades et utilisation des services des soins



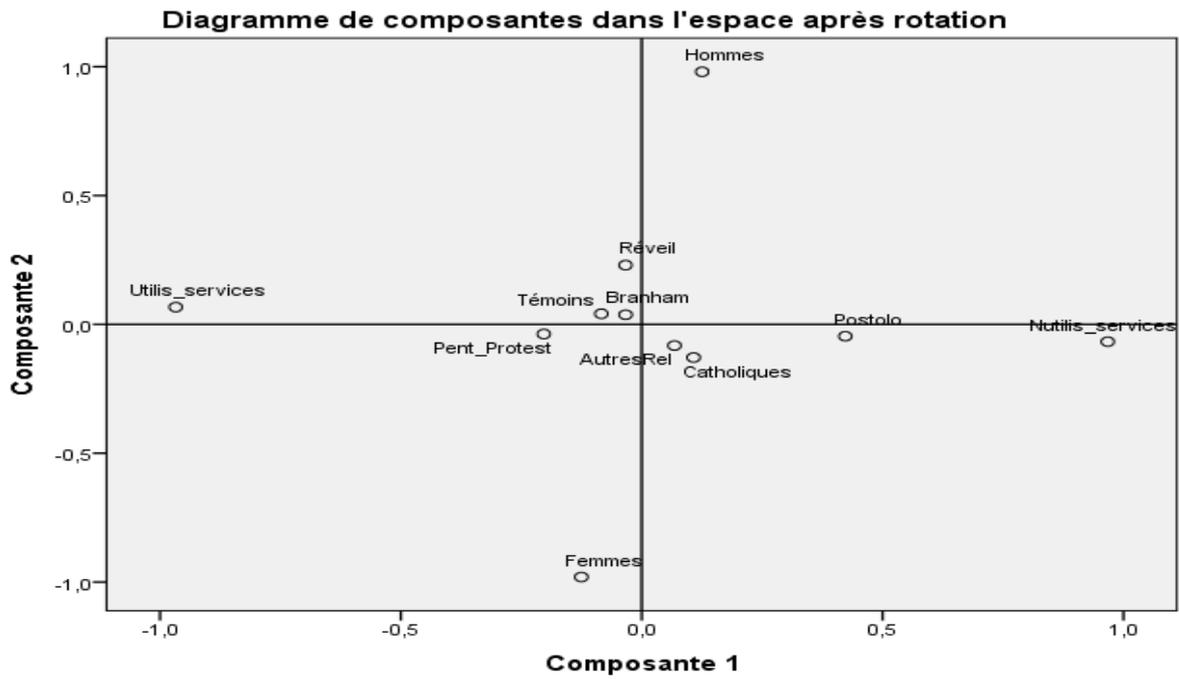
1. Description du premier axe principal

Une analyse des contrastes des signes indique que le premier axe est entièrement caractérisé par la profession et le niveau d'études. Il isole les personnes ayant réalisé des études secondaires, les cultivateurs, les employeurs, les fonctionnaires de l'Etat, les personnes exerçant des professions libérales d'une part, et d'autre part, les sujets sans niveau d'instruction, celles ayant réalisé des études primaires, les sujets sans profession et ceux ayant fait des études supérieures.

2. Description du deuxième axe principal

L'analyse des contrastes des signes indique que le deuxième axe est totalement caractérisé par l'utilisation des services de soins. Il renseigne que les personnes malades n'ayant pas utilisé les services de soins sont, en majeure partie, les personnes exerçant les carrières libérales, les cultivateurs, les personnes sans profession, et celles ayant un niveau d'études maximal secondaire. Par contre, les personnes ayant le plus utilisé les services de soins ont réalisé un niveau d'études universitaire, relèvent exerçaient des activités privées étaient des employeurs, des personnes sans niveau ou des fonctionnaires de l'Etat.

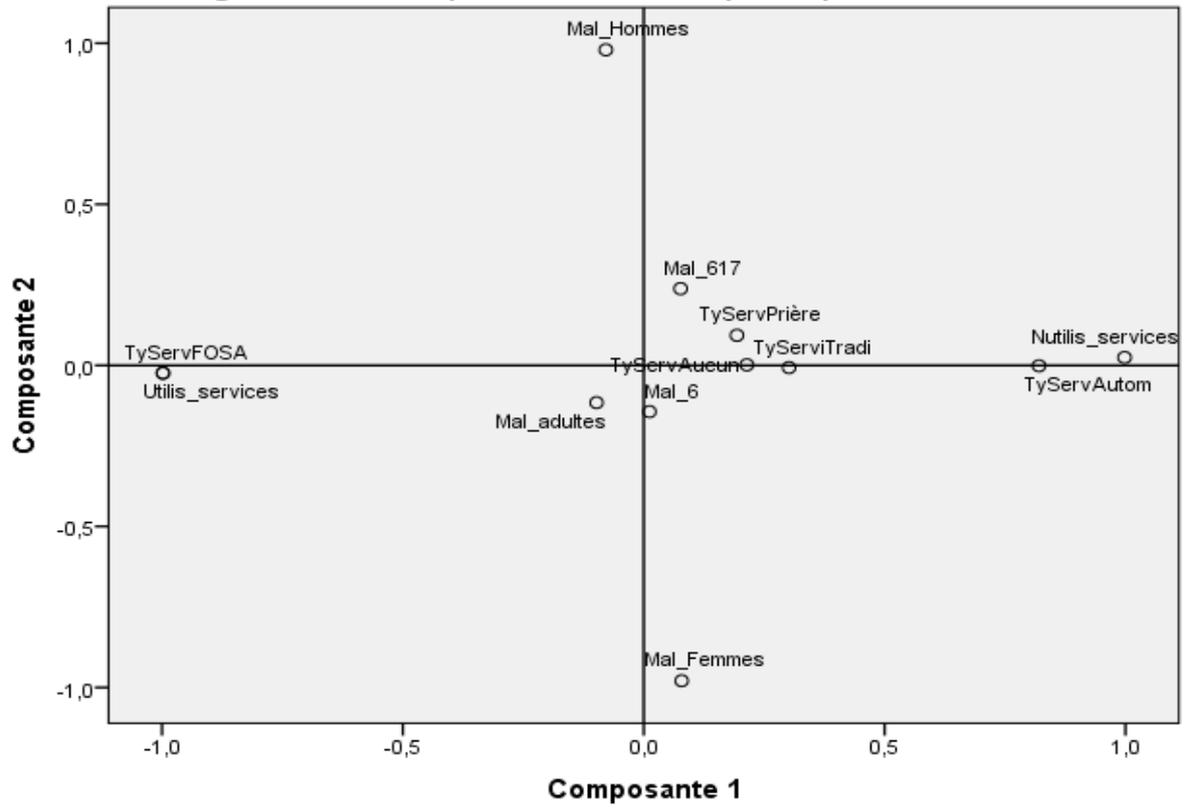
En rapport avec la religion pratiquée par les sujets malades, le deuxième axe principal du plan factoriel ci-dessous indique que toutes les religions accusaient des faibles qualités de représentation. Néanmoins les sujets appelés Postolo ont accusé une qualité de représentation appréciable, et se sont rapprochés de sujets non utilisateurs des services des soins.



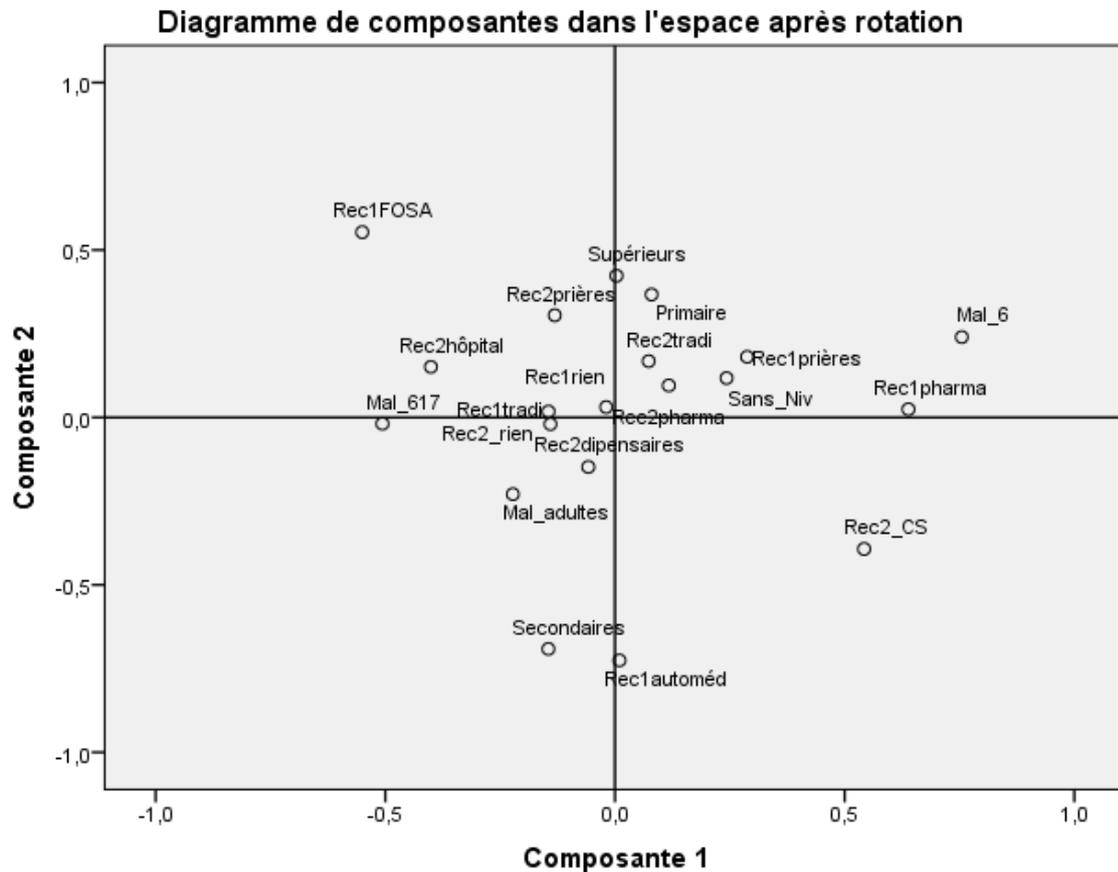
C. Caractéristiques socio démographiques des sujets malades types de services consultés

Les deux premiers axes totalisent 49% de l'inertie totale. Il ressort du plan factoriel (F1, F2) que les personnes malades qui n'ont pas utilisé les services de soins avaient principalement recouru à l'auto médication. Celles qui ont recouru à l'utilisation des services de santé s'adressaient principalement aux FOSA.

Diagramme de composantes dans l'espace après rotation



D. Caractéristiques socio démographiques des sujets malades et recours en cas de maladie



1. Premier axe factoriel

Il montre qu'en cas de maladie, les sujets ayant réalisé des études secondaires recourent, à titre principal, à l'automédication. Les malades adultes recourent, à titre secondaire, aux centres de santé ou aux dispensaires privés.

Les sujets malades de moins de 6 ans, les sujets sans niveau d'instruction et ceux ayant réalisé l'école primaire ne recourent, en premier lieu, à aucune structure des soins ou ils recourent aux églises pour la prière, avant de recourir, en deuxième lieu, aux tradi-praticiens ou à l'hôpital.

Les sujets malades de niveau d'instruction supérieur recourent, en première instance, aux FOSA.

2. Deuxième axe factoriel

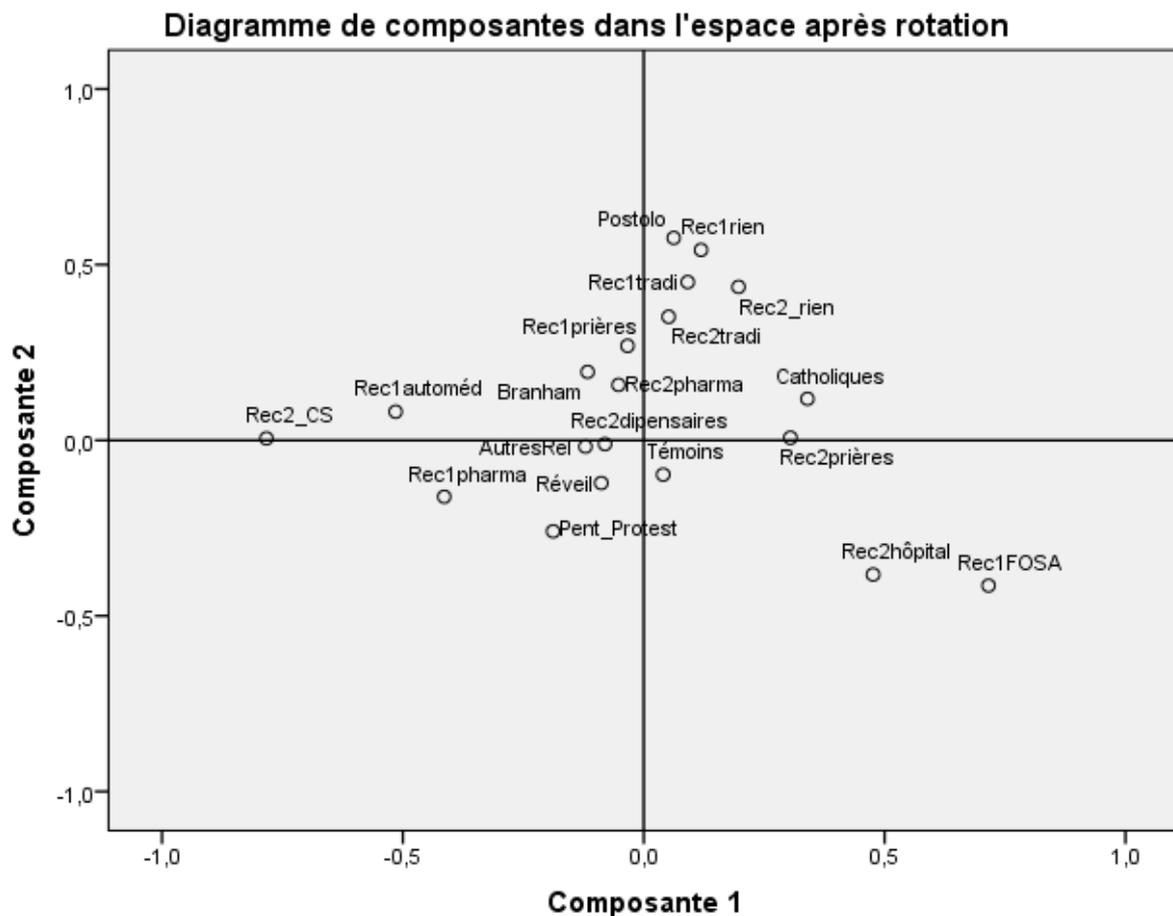
Il indique, par les contrastes des signes, que les tradi-praticiens et les FOSA constituaient les premiers recours pour les sujets malades dont l'âge était supérieur à 6 ans tandis que l'hôpital constituait leur deuxième recours.

Par contre, pour les malades de moins de 6 ans, la pharmacie constituait le premier recours, le deuxième recours étant le Centre de Santé.

3. Plan factoriel (F1, F2)

Il indique que pour les sujets sans niveau et ceux ayant réalisé les études primaires, le premier recours en cas de maladie est l'église (prières), alors que le deuxième recours était le tradi-praticien.

E. Caractéristiques socio démographiques des sujets malades et recours en cas de maladie (II)



Le plan factoriel (F1, F2) montre, par son premier axe, que les sujets Postolo ne recouraient à rien ou avaient, pour premier recours en cas de maladie, les tradi-praticiens ou la prière. En deuxième recours, ils s'adressaient essentiellement aux tradi-praticiens.

Les pentecôtistes et les protestants s'adressaient, en premier recours aux FOSA et, en deuxième recours à l'hôpital.

Ce plan factoriel indique également que les sujets qui recourent, en premier lieu à l'automédication et à la pharmacie finissent par recourir, en deuxième instance, aux Centres de Santé.

C. Analyse multivariée par régression logistique

Tableau XXVII. : Déterminants de l'utilisation des services de soins de santé curatifs

Caractéristiques	OR ajusté	IC à 95%		Coef.	S. E.	P-Value
		Inférieur	Supérieur	(β)		
Etat de la maladie (Pas Grave/ Grave)	<u>0,5699</u>	<u>0,3689</u>	<u>0,8805</u>	- 0,5622	0,2219	<u>0,0113</u>
Etat civil (Divorcé/Célibataire)	<u>6,6474</u>	<u>1,5767</u>	<u>28,0259</u>	1,8942	0,7342	<u>0,0099</u>
Etat civil (Marié/Célibataire)	2,0575	0,9533	4,4406	0,7215	0,3925	0,0660
Etat civil (Veuf (ve)/Célibataire)	1,8388	0,6681	5,0610	0,6091	0,5166	0,2384
Occupation (Employeur/Cultivateur)	0,8600	0,3781	1,9562	-0,1508	0,4193	0,7191
Occupation (Fonctionnaire de l'Etat/Cultivateur)	1,0214	0,4548	2,2941	0,0212	0,4128	0,9591
Occupation (Libérale/Cultivateur)	0,9945	0,5384	1,8370	-0,0055	0,3131	0,9861
Occupation (Pasteur/Cultivateur)	302952, 9825	0,0000	>1.0E12	12,6213	414,2252	0,9757
Occupation (Salarié du Privé/Cultivateur)	0,4750	0,2221	1,0158	-0,7445	0,3878	0,0549
Occupation (Sans Occupation/Cultivateur)	<u>0,3989</u>	<u>0,1793</u>	<u>0,8877</u>	-0,9190	0,4081	<u>0,0243</u>
Connaissance du Reco (Oui/NON)	<u>1,5170</u>	<u>1,0298</u>	<u>2,2347</u>	0,4167	0,1976	<u>0,0350</u>
Niveau d'étude (Sans niveau/Primaire)	0,4511	0,1437	1,4155	-0,7961	0,5835	0,1724
Niveau d'étude (Secondaire/Primaire)	0,8940	0,5562	1,4368	-0,1121	0,2421	0,6434
Niveau d'étude (Supérieur/Primaire)	<u>2,6923</u>	<u>1,3341</u>	<u>5,4335</u>	0,9904	0,3583	<u>0,0057</u>
CONSTANT	*	*	*	0,4757	0,5446	0,3825

Il ressort des résultats de l'analyse multivariée par la régression logistique, l'ajustement sur toutes les variables que l'utilisation des services curatifs est influencé par les facteurs suivants :

- L'état de la maladie (OR=0,5699; IC95%= 0,3689– 0,8805; p=0,0113) ;
- L'état civil (OR=6,6474; IC95%= 1,5767– 28,0259; p=0,0099) ;
- L'occupation (OR=0,3989; IC95%= 0,1793– 0,8877; p=0,0243) ;
- La connaissance du relais communautaire (OR=1,5170-; IC95%= 1,0298-2,2347; p=0,0350) ;
- Le niveau d'étude (OR=2,6923; IC95%= 1,3341-5,4335; p=0,0057) ;

CHAPITRE IV. DISCUSSIONS

Pour ce chapitre nous allons établir la comparaison entre nos résultats et ceux des autres études réalisées sous d'autres cieux. Il s'agit spécifiquement des résultats des analyses descriptives, bivariée et analyse multivariée, ces résultats seront en fonctions des facteurs sociodémographiques, économiques et culturels.

5.1 Résultats des analyses descriptives

Notre étude a porté au total sur 924 ménages de la ZS de Kisanga, dans la ville de Lubumbashi.

Concernant les caractéristiques principales des ménages enquêtés ; Notre échantillon comptait 135 femmes et 789 hommes, soit respectivement 14,6% 85,4%. Sur l'ensemble des ménages enquêtés 85,4% des ménages sont dirigés par les hommes et le reste (soit 14,6%) par les femmes. Ce résultat est proche de celui de Mushagalusa qui a trouvé que 89% des ménages sont dirigés par les hommes et 11% par les femmes dans la ZS de Kadutu (Mushagalusa, 2005). et de ceux trouvés par Kakule dans son Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages de la Zone de Santé d'Uvira(Kakule, 2012).

Cette situation est loin supérieure de celle trouvée par Cilundika dans son étude sur les facteurs déterminants la faible utilisation par les ménages du service curatifs dans la ZS de Pweto où les ménages enquêtés étaient constitués de 64,4% des hommes et 35,4% par les femmes(Cilundika et al., 2013) et pour Gomes et ses Collaborateurs les ménages enquêtés étaient caractérisé par un équilibre relatifs entre les effectifs des hommes et des femmes.

Par rapport à l'âge, les résultats ont montré que l'âge minimal des chefs de ménage était de 19 ans tandis que l'âge maximal était égal à 77 ans. Par rapport à leur âge, la moyenne d'âges des chefs de ménage était de 39 ± 10 ans. Ces résultats sont proches de l'étude de Kakule selon laquelle où le responsable le moins âgé avait 20 ans tandis que le plus âgé 80ans (Kakule, 2012).

En rapport avec le niveau d'études, plus de la moitié des chefs de ménage ont réalisé les études secondaires (55,8%).Ceux qui ayant fait les études primaires ou supérieures représentaient, à fréquences quasi égales, au total 41,5%. Ces résultats se rapprochent de ceux trouvés par Kakule : 54,3% des répondants avaient atteint ou terminé le niveau secondaire et 25,8% le niveau primaire(Kakule, 2012).

Contrairement à l'étude de Gomes selon laquelle la population présentait une forte proportion des sujets célibataires (46,6%) et mariés (43,7%), le statut matrimonial des chefs de ménages de notre étude indique que 82,1% de ces sujets étaient mariés. Ces résultats se rapprochent de ceux de l'étude d'Izandengera qui avait trouvé 73% des mariés, 10% des célibataires, 10% des divorcés(es) et 7% des veufs(ves).

Au sein de notre échantillon des ménages, 65,8% des chefs de ménage ont affirmé avoir constaté au moins un cas de maladie parmi les membres de leurs ménages au cours du mois précédant notre enquête. Au total 424 chefs de ménage (Soit 69,7%) ont affirmé avoir recouru aux services de santé en cas de maladie.

5.2 Résultats des analyses bi variées et multivariées

En analyse bivariée de toutes les variables retenues dans l'étude, seul l'état de la maladie était statistiquement associé à l'utilisation des services curatifs avec les OR IC à 95% de 5,7[3,87-8,43], pour les chefs de ménages avec un cas de maladie grave comparativement à ceux ayant un cas pas ou moins grave ($P=0,00001$) ; et la connaissance du relais communautaire associée à l'utilisation des services (OR =1,67 IC[1,18-2,36]) ; Les sujets sans connaissance des RECO sont plus exposés à la non utilisation des services que celles ayant cette connaissance ($P= 0,00396$). ; Le niveau d'études des enquêtés est un déterminant important de l'utilisation des services curatifs. Nos résultats indiquent que plus le niveau est élevé plus les services de santé sont utilisées. Ces résultats se rapprochent de ceux du rapport de l'ONUSIDA (ONUSIDA et al., 2008) et de l'étude de Izandengera dans la Zone de Santé de Karisimbi qui a trouvé que le niveau primaire et secondaire soit 44,5% et 75,3% n'avaient pas utilisé les services de soins. La présente étude a révélé une association significative entre l'état civil et l'utilisation des services

L'âge moyen des personnes ayant recouru aux structures de soins était de 13 ± 12 ans. Leur âge maximal était de 63 ans et l'âge le plus fréquent (Mode) était de 3 ans.

Par rapport à l'occupation, parmi les sujets ayant utilisé les services curatifs, la profession la plus fréquente chez les parents était la profession libérale (44,34% des cas). Les fonctionnaires (13,44%), les salariés du secteur privé (13,21%) et les cultivateurs (12,26%) sont également des professions réalisant, chacune, une fréquence des sujets supérieure à 12%. Dans l'étude de Cilundika on observe aussi une grande proportion des libéraux (soit 46,3%)

En ce qui concerne la connaissance d'un relais communautaire, notre étude a révélé que les ménages ayant la connaissance d'un reco ont plus utilisé les services de santé que les ménages n'ayant pas la connaissance des Reco. Ces résultats sont proches de ceux trouvés par Cilundika : 43,91% des sujets ont affirmé n'avoir aucune connaissance sur ce sujet, ni encore moins, de leurs rôles dans le système des soins de santé.

Concernant l'incitation pour fréquenter les CS, environ 7% des sujets malades ont affirmé la permanence assurée par les RECO pour inciter les malades à fréquenter les CS. Par contre, 36,80% des sujets ont affirmé l'inexistence de cette incitation.

En outre 210 cas sur 424 (soit 96,70%) ont affirmé n'avoir jamais élu les RECO et 83,25% des sujets (353 sujets sur 424) ont affirmé n'avoir jamais été au CS le plus proche de leurs domiciles. Ces résultats sont un peu proches de ceux trouvés par Kakule (Kakule, 2012) et Amini (Amini, 2011).

Les ménages ayant plus de 6 personnes ont plus utilisé les services (soit 38,98%) que ceux ayant moins de 6 personnes (30,76%) ces résultats se rapprochent de ceux trouvés par Cilundika (Cilundika et al., 2013). Cette situation est aussi comparable au résultat de Karisimbi (Izandengera, 2011).

Par rapport à la catégorie socio démographique, notre étude a révélé que l'utilisation des services curatifs a été influencée par la catégorie sociodémographique plus le niveau était faible plus la catégorie sociodémographique n'utilise pas les services. Ces résultats sont proches de ceux trouvés par Kakule (Kakule, 2012).

S'agissant de l'itinéraire thérapeutique, l'automédication représente le premier recours thérapeutiques en ordre d'importance. Ce phénomène a été décrit dans plusieurs études sur la demande des soins en Afrique, notamment au Burkina Faso où des proportions de recours à l'automédication sont supérieures à 50% et aussi au Cameroun). Ces résultats se rapprochent de ceux trouvés par Kakule : 51% des ménages n'ont pas recouru aux formations sanitaires dans la zone de santé de Kadutu. La prise de décision thérapeutique est précédée par la reconnaissance des symptômes et l'évaluation de la gravité par le malade et ses familiers. Quant au deuxième recours, notre étude révèle que 79,23% des ménages ayant connu un problème de santé ont, en deuxième intention recouru aux formations sanitaires, ces résultats sont proches de ceux trouvés par Gomes (E. Gomes do Espirito Santo, B. Flourey & M. Cisse 1998), (Vinard, 1994) et Kakule (Kakule, 2012).

Les données relatives au domaine financier indiquent que le salaire ou revenu moyen par ménage était de 199623 ± 147317 CDF. La moitié de l'échantillon était constituée par des ménages de revenu mensuel inférieur à 150000 CDF.

En cas de maladie, le coût moyen directement lié aux soins est égal à 39594 ± 38935 CDF. Il se dégage, qu'en cas de maladie d'une seule personne dans un ménage, ce dernier dépensera le 1/6 de son revenu pour la faire soigner. La moitié de notre échantillon est constituée par des malades qui ont engagé des coûts de soins compris entre 28000 CDF (Médiane) et 250000 CDF. Mais la plupart des sujets ont dépensé environ 10000 CDF. La raison principale de la prise en charge des soins médicaux par des tierces personnes était le manque d'argent (pauvreté) ou les coûts trop élevés des soins de Santé. Une personne sur deux était concernée par ces deux arguments (115 cas sur 228, soit 50,40%).

Au sein de notre échantillon, une proportion assez importante des sujets ayant recouru à l'endettement au sein de structures dispensant des soins a été observée (13,88%). De même, certains des malades (environ 6%) ont dû recourir à la vente de leurs biens ou à l'indigence pour le financement de leurs soins de Santé (4,34% des cas).

En rapport avec les autres dépenses, le coût moyen était de 116311 ± 100589 CDF, leur coût maximal étant de 430000 CDF. Nous notons à ce niveau, qu'au-delà des coûts directs de soins précités, les coûts indirects liés à la maladie représentent plus de la moitié du salaire moyen des ménages.

L'analyse de la perception sur ces coûts indique que le montant moyen jugé acceptable pour les soins par adultes a été de 11363 ± 7888 CDF (donc à peu près 1/17 du revenu moyen par ménage), le montant maximal étant 70000 CDF. En rapport avec les enfants, leur montant moyen jugé acceptable pour leurs soins a été 7172 ± 5733 FC, pour un maximum des coûts de soins de santé de 65000 CDF.

Dans notre échantillon 228 malades ont affirmé leur incapacité à payer les soins médicaux. Ceux-ci étaient supportés par des structures ou des tierces personnes.

CONCLUSION

L'objectif général de cette étude est d'identifier les principaux déterminants qui influencent l'utilisation des services de santé et l'itinéraire thérapeutique de la population de Lubumbashi afin d'initier des pistes de solution permettant d'accroître leur utilisation par les ménages en vue de contribuer d'ici 2030 à l'atteinte des ODD dont le 3ème qui a accès à la santé : « donner aux individus les moyens de mener une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges » que grâce à la recherche et à l'utilisation de cette recherche pour orienter les politiques de santé.

Pour y arriver, nous nous sommes assigné les objectifs spécifiques suivants :

- Déterminer des caractéristiques sociodémographiques et économiques des ménages qui influencent l'utilisation des services de santé dans la ZS ;
- Déterminer le taux d'utilisation des services curatifs ;
- Identifier l'itinéraire thérapeutique de la population de la ZS de Kisanga ;
- Déterminer le niveau d'implication de la population dans la gestion des soins de Santé primaires et son influence sur l'utilisation des services de santé

Nous avons tiré un échantillon de 924 ménages qui ont fait partie de cette étude à qui nous avons soumis un questionnaire.

Après avoir enquêté, dépouillé et analysé les données, nous avons abouti aux résultats suivants :

- le taux d'utilisation des services curatifs dans la zone de santé de Kisanga a été de 69,7%

Statistiquement l'utilisation des services curatifs est influencée positivement par des facteurs socio démographiques, économique et culturels ci-après :

- L'état de la maladie (grave) (OR=0,5699; IC95%= 0,3689– 0,8805; p=0,0113) ;
- L'état civil (OR=6,6474; IC95%= 1,5767– 28,0259; p=0,0099) ;
- L'occupation (OR=0,3989; IC95%= 0,1793– 0,8877; p=0,0243) ;
- La connaissance du relais communautaire (OR=1,5170-; IC95%= 1,0298-2,2347; p=0,0350) ;
- Le niveau d'études (supérieur) (OR=2,6923; IC95%= 1,3341-5,4335; p=0,0057) ;

RECOMMANDATIONS

Au vu de ces résultats nous formulons les recommandations ci-après :

- De promouvoir, d'améliorer et de préserver l'accès aux soins par l'instauration d'un système de santé publique axé sur les plus pauvres et la mise en place des mécanismes équitables et durables de financement du secteur de la santé
- De stimuler la demande des services de santé en informant et sensibilisant la population sur les services offerts par les structures de santé. Faire participer les CODESA pour faire comprendre aux ménages la nécessité de recourir à un service de santé dès que la maladie se présente et ne pas seulement attendre que l'état de santé s'aggrave. Et faire comprendre l'importance de recourir aux soins quel que soit l'âge du malade
- De réduire les dépenses de santé à charge des patients et faciliter l'instauration d'une tarification transparente pouvant stimuler le recours aux soins par les ménages les plus défavorisés. La participation financière des patients devra être conçue en tenant compte de conditions socio-économiques de ménages de manière à ne pas créer une barrière à l'utilisation des services de santé
- De contractualiser avec les structures privées répondant aux normes qui existent dans la zone de santé
- De poursuivre les recherches sur l'étude de cout de soins et le mode de tarification à initier dans la Zone de Santé de Kisanga afin de faciliter l'accès et la consommation des services de soins

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AMINI B.J., (2011) La problématique de l'automédication dans l'Aire de Santé CBCA/Nyamugo/ZS Urbaine de Kadutu, UOB, 2010-2011.
- Averil C., Marriott A., (2013) COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE.
- Banque Mondiale, (2005) Rapport d'Etat Santé et Pauvreté en RDC : Analyse et Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté.
- Ben Monga Bondo (2016) Notes de cours de biostatistique.
- Brealey L, Marten M, Connella T, (2013) couverture universelle en matière de santé : un engagement à combler les écarts de santé.
- Cabinet national d'expertise en sciences sociales (CNESS-Bozari), 2003. Evaluation auprès des bénéficiaires du projet II Santé Niger.
- Chenge F., (2013) De la nécessité d'adapter le modèle de district au contexte urbain : Exemple de la ville de Lubumbashi en RD Congo. Stud. Health Serv. Organ. Policy.
- Cilundika P., Muse E., Kikunda G., Mwela C., Katanga S., Mukomena E., Mashini G., Luboya O.(2013) Facteurs déterminants la faible utilisation par le ménage du service curatif dans la zone de santé de Pweto, Province du Katanga, République Démocratique du Congo en 2013.
- Denis P. (2013) Organisation des systèmes et services de santé dans les pays en développement.
- Develay A., (1991) Utilisation des soins de santé en milieu urbain au Burkina Faso: résultat d'une enquête par interrogatoire de ménages dans la ville de Ouagadougou.
- E. Gomes do Espirito Santo¹ B. Flourey² & M. Cisse³, (1998) Déterminants du recours aux soins dans la ville de Cotonou (Benin).
- Encarta (2009) Dictionnaire.
- FMI, (2008) Haiti: Interim Poverty Reduction Strategy Paper.
- Izandengera A., (2011) Facteurs déterminants la faible utilisation des soins curatifs dans la zone de santé de Karisimbi.
- Kabyla, I., Mashini N., Kabamba N., Kimba K., (2016) Notes de cours d'économie à la santé.
- Kakule M., (2012) Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages de la zone de santé d'Uvira, province du Sud- Kivu en RDC.
- Lori S. Ashford, Davidson R., Abdo S., (2007) Comment créer des programmes démographiques et de santé susceptibles d'atteindre les plus démunis.
- Luboya N., (2016) Notes de cours d'organisation des services de santé.

Luboya N., Mashini N., (2016) Notes de cours systèmes et politiques de santé.

Luboya Numbi (2016) Notes de cours d'introduction à la santé Publique.

Mashini Ngongo (2016) Notes de cours comptabilité sanitaire.

Minisanté Burundi (2004) Cadre Stratégique de Croissance et de Lutte contre la Pauvreté.

MSP/ RDC (2014) Deuxième enquête démographique et de santé.

MSP/RDC (2006) Recueil des normes sur l'organisation et le fonctionnement d'une zone de santé.

MSP/RDC (2006) Stratégie de Renforcement du Système de Santé.

Mushagalusa P., (2005) Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé dans la zone de santé de Kadutu, province du Sud Kivu - RD Congo.

Oakey P., (2003) L'enseignement communautaire pour le développement sanitaire.

OMS (2005) Rapport sur la santé dans le monde.

ONU SIDA, UNICEF, Banque Mondiale, OMS, (2008) Conférence internationale sur la santé communautaire dans la Région africaine.

Pharmaciens Sans Frontières, (2004) Généralités sur: Santé et Maladie, Soins de Santé Primaires, Initiative de Bamako (IB), Module I.

Pierre BONNET (2002). Le concept d'accessibilité dans le système de santé. Dossier DEA GEOS. Univ. Montp. 3.

Pierre Melquiot (2007) L'accès aux soins de santé en recul en Chine.

PNUD(2010) Rapport sur le développement humain La vraie richesse des nations : Les chemins du développement humain.

Sanders D.,(2013) COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE.

Université de Kinshasa ESP (2003) Enquête CAP-ménage sur la situation sanitaire des zones de santé appuyées par la Banque Mondiale à travers le BCECO dans le cadre du PMURR.

Vinard P., (1994) Enquête sur le recours aux soins de santé en République Démocratique Populaire du Laos. L'initiative de Bamako, Rapport technique N°27 UNICEF.

Zone de santé de Kisanga (2015). Plan d'action opérationnelle de la Zone de santé de Kisanga.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE AUPRES DES MENAGES

NB : Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-même ou votre conjoint.

N° Identification :

Date d'enquête	le...../..... /2016	Enquêteur	
Zone de santé		Aire de santé	
Quartier		Qualité de personne interviewée	<ul style="list-style-type: none"> • Chef du Ménage <input type="checkbox"/> • Conjoint du CM <input type="checkbox"/> • Autre (à spécifier)
Avenue			

1. Nombre de personnes qui vive dans le foyer (taille du ménage)	
2. Sexe du chef de ménage :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
3. Age du chef de ménage : Ans
4. Niveau d'études de l'enquêté	<ul style="list-style-type: none"> • Sans instruction <input type="checkbox"/> • Primaire <input type="checkbox"/> • Secondaire <input type="checkbox"/> • Supérieur <input type="checkbox"/>
5. Occupation du chef de ménage	<ul style="list-style-type: none"> • Liberal <input type="checkbox"/> • Employeur <input type="checkbox"/> • Fonctionnaire de l'Etat <input type="checkbox"/> • Sans occupation <input type="checkbox"/> • Salarié du privé <input type="checkbox"/> • Autre (à spécifier).....
6. Etat matrimoniale du chef de ménage	<ul style="list-style-type: none"> • Marié <input type="checkbox"/> • Célibataire <input type="checkbox"/> • Divorcé(e) <input type="checkbox"/> • Veuf (ve) <input type="checkbox"/>

7. Religion du chef de ménage	<ul style="list-style-type: none"> • Catholique <input type="checkbox"/> • Protestante <input type="checkbox"/> • Réveille <input type="checkbox"/> • Islam <input type="checkbox"/> • Autres..... <input type="checkbox"/>
<p>Est- ce qu'un membre de votre famille a été malade dans un mois ?</p> <p>(inclure les problèmes liés à la grossesse l'accouchement normal n'est pas une maladie)</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Donnez l'âge du malade le plus récent.....ans Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>	

Utilisation des services de santé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Type de services des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Auto médication <input type="checkbox"/> • Recours à la médecine traditionnelle <input type="checkbox"/> • Groupe de prière <input type="checkbox"/> • Consultation dans une FOSA <input type="checkbox"/> • Aucun <input type="checkbox"/>
Quand vous tombez malade quel est votre 1 ^{er} recours pour la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Auto médication <input type="checkbox"/> • Recours à la médecine traditionnelle <input type="checkbox"/> • Groupe de prière <input type="checkbox"/> • Pharmacie <input type="checkbox"/> • Consultation dans une FOSA <input type="checkbox"/> • Aucun <input type="checkbox"/>
Si pas d'amélioration votre 2 ^{eme} recours (A compléter)
Raison du choix de lieu de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Soigne bien <input type="checkbox"/> • moindre cout <input type="checkbox"/> • La maladie ne se soigne que là <input type="checkbox"/> • Proche du ménage <input type="checkbox"/> • Gratuité de soins <input type="checkbox"/> • Contrat avec entreprise <input type="checkbox"/> • Maladie grave <input type="checkbox"/> • Maladie pas grave <input type="checkbox"/> • Autres..... <input type="checkbox"/>
Etat de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Grave <input type="checkbox"/> • Pas grave <input type="checkbox"/>
RECOURS AUX SOINS	

Pour le dernier épisode maladie de votre ménage	
La personne malade a-t-elle consulté quelqu'un pour cette maladie ?	<ul style="list-style-type: none"> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Où est-t-elle allée consulter en premier lieu ?	Au centre de santé étatique (CS) <input type="checkbox"/> Dans un poste de santé (PS) <input type="checkbox"/> A l'hôpital <input type="checkbox"/> Chez un guérisseur <input type="checkbox"/> Dans un groupe de prière <input type="checkbox"/> Dans un dispensaire privé <input type="checkbox"/> Pharmacie/pharmacien ambulant <input type="checkbox"/> Autre Précisez
Pourquoi avez-vous voulu recourir en premier lieu dans une Pharmacie/pharmacien ambulant	Pas d'argent <input type="checkbox"/> Prix abordable <input type="checkbox"/> Maladie pas grave <input type="checkbox"/> Très proche de l'habitation <input type="checkbox"/>
Pourquoi ne s'est-elle pas rendue aux soins	Consultation trop chère <input type="checkbox"/> Médicaments trop chers <input type="checkbox"/> Absence de personnel soignant dans la structure <input type="checkbox"/> Manque de confiance dans le personnel soignant <input type="checkbox"/> Pas d'argent <input type="checkbox"/> La structure se trouve loin de chez moi <input type="checkbox"/> Pas gravement malade <input type="checkbox"/> Autres. Précisez :
Comment le malade a-t-il payé au CS ?	<ul style="list-style-type: none"> A payé la totalité de la facture, en sortant du CS <input type="checkbox"/> En vendant un bien pour obtenir l'argent nécessaire <input type="checkbox"/> En contractant une dette dans la structure <input type="checkbox"/> En s'endettant chez un voisin/ la famille <input type="checkbox"/> Pas de paiement car indigent reconnu par le CS <input type="checkbox"/> Autres. Spécifiez :
En cas de maladie, avez-vous l'habitude de vous faire soigner au Centre de Santé le plus proche de chez vous ?	<ul style="list-style-type: none"> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si un membre de votre famille souffre de la malaria	<ul style="list-style-type: none"> Pour un adulte.....fc

par exemple, Quel est le montant que vous jugeriez acceptable de payer pour une consultation curative y compris les médicaments dans un centre de santé? (coût global)	<ul style="list-style-type: none"> • Pour un enfant.....Fc
PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	<ul style="list-style-type: none"> •
Connaissance du RECO (personne Qui sensibilise en matière de santé)	<ul style="list-style-type: none"> • Oui <input type="checkbox"/> • Non <input type="checkbox"/>
Connaissez-vous le rôle d'un Relais Communautaire ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui <input type="checkbox"/> • Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que les Relais Communautaires vous incitent à aller au Centre de Santé ?	<ul style="list-style-type: none"> • Jamais <input type="checkbox"/> • Parfois <input type="checkbox"/> • toujours <input type="checkbox"/>
Y a-t-il un Relais Communautaire qui passe vous informer des informations du Centre de Santé ?	<ul style="list-style-type: none"> • Jamais <input type="checkbox"/> • Parfois <input type="checkbox"/> • toujours <input type="checkbox"/>
A-t-il été élu/choisie par vous ou par La communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Oui <input type="checkbox"/> • Non <input type="checkbox"/>
Depuis combien de temps avez-vous élu les nouveaux Relais Communautaires dans l'Aire de Santé ?	<ul style="list-style-type: none"> • (1 à 6 mois) <input type="checkbox"/> • (7 mois à 1 ans) <input type="checkbox"/> • Plus d'un an <input type="checkbox"/> • Ne sait pas <input type="checkbox"/> • Jamais <input type="checkbox"/>
Etes-vous déjà arrivé au Centre de Santé le plus proche de chez vous pour s'informer de l'évolution des activités de l'Aire de Santé ?	<ul style="list-style-type: none"> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Cout de soinsFc

8. Qui paye les soins Médicaux pour votre ménage ?

- Les parents Dons Eglise Etat
- Employeur (privé) Association Mutualité de Santé
- Autres (à spécifier).....

9. Comment obtenez-vous l'argent pour payer les soins ?

(plusieurs réponses possibles, cochez toutes les réponses et entourer la réponse principale)

- Prendre sur les économies de la maison
- Vendre un bétail
- Vendre une partie de la récolte
- Travail extra pour quelqu'un d'autre comme main d'œuvre
- Réduire les dépenses
- Emprunter à quelqu'un
- Dette au centre de santé
- Les soins sont gratuits
- Autre (à spécifier).....

10. Avez-vous des suggestions pour l'amélioration de cette Formation

- Diminuer les prix

sanitaire ?	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des indigents <input type="checkbox"/> • Augmenter le personnel qualifié <input type="checkbox"/> • Améliorer l'accueil ou <input type="checkbox"/> • Diminuer la durée d'attente <input type="checkbox"/> • Disponibiliser l'ambulance <input type="checkbox"/> • Plus les médicaments <input type="checkbox"/> • Plus d'équipements <input type="checkbox"/> • Plus d'infrastructures <input type="checkbox"/>
--------------------	---

<p>Dans quelle catégorie sociodémographique et économique classez-vous votre ménage ?</p> <p>(Une seule réponse)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Élément assisté très pauvre <input type="checkbox"/> • Pauvre légèrement aisée <input type="checkbox"/> • Moyen <input type="checkbox"/> • Riche <input type="checkbox"/>
<p>11. Quelle sorte de maison habitez-vous ?</p> <p>(A observer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hutte <input type="checkbox"/> • Maison adobe <input type="checkbox"/> • Maison semi durable <input type="checkbox"/> • Maison en matériaux durables <input type="checkbox"/>
<p>12. Concernant votre maison êtes-vous :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Propriétaire <input type="checkbox"/> • locataire <input type="checkbox"/> • Logé par l'employeur <input type="checkbox"/> • logé par la famille <input type="checkbox"/> • Autres (à spécifier).....
<p>13. Etes-vous abonnées à la mutuelle de santé ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Facteurs Economique

14. Combien d'argent le ménage dépense-t-il ? (A calculer ensembles)

Dépenses	Jour	Mois	TOTAL (FC)
Dépense lié aux soins médicaux			
Autres dépenses			

15. Combien d'argent le ménage gagne-t-il ? (A calculer ensemble)

Recettes	Par jour (FC)	Par mois (FC)
Salaire/revenu commerce		
ESTIMATION TOTALE DE RECETTES :		

Nous vous remercions de nous avoir accordé le temps de répondre à ces questions

Tableau XXVIII. : Choix de l'échantillon des ménages selon la proportion de la population par aire de santé

Aires de santé	Taille population	proportion	MENAGE A ENQUETER
MUTUALE	24960	0,10	96
JAMAA YETU	26564	0,11	103
MAMA WA HURUMA	23493	0,10	91
MIMBULU	20450	0,09	79
MAENDELEO	13303	0,06	51
TRIANGLE	17922	0,07	69
KILIMASIMBA	25257	0,11	98
SOMIKA	20536	0,09	79
KIMILOLO	25616	0,11	99
KIBOKO	20646	0,09	80
KASUMGAMI	20543	0,09	79
TOTAL	239290	1	924

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS	III
LISTE DES ABREVIATIONS	IV
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	V
RÉSUMÉ.....	VII
INTRODUCTION.....	1
Etat de la question	1
Problématique.....	4
Choix et intérêt du sujet.....	5
Objectifs	6
▪ OBJECTIF GENERAL DU TRAVAIL	6
▪ OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	6
Subdivision du Travail	6
CHAPITRE I. GENERALITES SUR L'UTILISATION DES SERVICES	7
I.1 DEFINITION DES CONCEPTS.....	7
I.2 ORGANISATION DU SYSTEME SANITAIRE EN RDC.....	9
I.2.1 La politique Nationale de santé en RDC.....	9
1. Le niveau national	10
2. Le niveau intermédiaire.....	10
1. Le niveau périphérique.....	10
2.1 Les sources de financement du secteur de la santé en RDC	11
2.3.1 Les caractéristiques et les éléments des services de santé.....	12
A. Les caractéristiques	12
1. <i>Service décentralisé</i>	12
2. <i>Service permanent</i>	12
3. <i>Le service polyvalent</i>	12
B. Les éléments	13
1. <i>La sommation des états de santé</i>	13
2. <i>La prise des décisions rentables pour l'ensemble</i>	13
3. <i>L'influence des effets communautaires</i>	13
2.3.2. Relation et intégration des services de santé	14
1. Relation entre services de santé.....	14

<i>a. Les relations de collaboration</i>	14
<i>b. Les relations de concertation</i>	14
<i>c. Les relations de redevabilité</i>	14
2.3.3 Les déterminants de l'utilisation des services de santé	14
1. Facteurs prédisposant	15
2. Facteurs de capacité.....	15
3. Les facteurs déclenchants	15
2.4. LA DEMANDE, LE BESOIN ET L'OFFRE DES SERVICES	16
2.5 NOTIONS SUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES.....	18
a) Définition	18
b) Les composantes des soins de santé :.....	20
2.5.1 TYPES DES SOINS.....	22
1. Les soins curatifs	22
2. Les soins préventifs	22
3. Les soins promotionnels :.....	22
L'accès et l'accessibilité aux soins.....	22
2.6. NOTIONS SUR LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	24
2.6.1 Définition.....	25
2.6.2 LE COMITE DE DEVELOPPEMENT DE L'AIRES DE SANTE.....	25
1. Objectifs du CODESA	25
2. Canaux de CODESA	26
3. Modalités de mise en place du CODESA.....	26
4. Conditions de motivation des membres du CODESA (RECO)	26
5. Avantages de la participation communautaire	27
CHAPITRE II. MATERIEL ET METHODES	28
II.1. CADRE D'ETUDE	28
<i>II.1.1 Situation géographique</i>	28
<i>II.1.2 Situation démographique</i>	28
<i>II.1.3 Situation socio-économique et culturelle</i>	29
<i>II.1.4 Situation sanitaire</i>	29
II.2. TYPE D'ETUDE	29
II.3. CADRE CONCEPTUEL	30
II.4. POPULATION D'ETUDE	31

DESCRIPTION DE LA POPULATION :	31
CRITERES D'EXCLUSION :	31
II.5. ECHANTILLONNAGE	31
II.6. METHODE ET TECHNIQUES D'ECHANTILLONNAGE :	32
II.7. VARIABLES ETUDIEES :	32
<i>Liste des variables</i>	32
II.8. PROCEDURES ET MATERIELS DE COLLECTE DE DONNEES :	32
<i>Collecte des données</i>	32
1. Demande des autorisations de collecte des données :	32
2. Technique utilisée :	33
3. Collecte des données proprement dite :	33
II.9. METHODES D'ANALYSES STATISTIQUES	33
Analyse des données	33
Analyses univariées	33
Analyses bivariées	33
Analyses multivariées	33
II.10. CONSIDERATIONS ETHIQUES	34
II.11. DIFFICULTES RENCONTREES	34
CHAPITRE III. RESULTATS	35
A. Analyses Univariées	35
a) Caractéristiques des ménages enquêtés	35
b) Caractéristiques des sujets n'ayant pas utilisé les services de soins	38
c) Caractéristiques des sujets ayant utilisé les services de soins de santé	39
B. ANALYSE BIVARIEE	45
I. ASSOCIATIONS SIGNIFICATIVES	45
II. ASSOCIATIONS NON SIGNIFICATIVES	50
1. ETUDE DU PROFIL DES SUJETS FACE A L'UTILISATION DES SERVICES CURATIFS PAR L'ANALYSE FACTORIELLE DE CORRESPONDANCE	52
A. Caractéristiques socio démographiques et utilisation des services des soins	52
1. Description du premier axe principal	52
2. Description du deuxième axe principal	52
B. Caractéristiques socio-démographiques des sujets malades et utilisation des services des soins	53
1. Description du premier axe principal	53

2. Description du deuxième axe principal	53
C. Caractéristiques socio démographiques des sujets malades types de services consultés ..	54
D. Caractéristiques socio démographiques des sujets malades et recours en cas de maladie	56
1. Premier axe factoriel	56
2. Deuxième axe factoriel.....	57
3. Plan factoriel (F1, F2)	57
E. Caractéristiques socio démographiques des sujets malades et recours en cas de maladie (II)	57
C. Analyse multivariée par régression logistique	59
CHAPITRE IV. DISCUSSIONS	61
5.1 Résultats des analyses descriptives	61
5.2 Résultats des analyses bi variées et multivariées	62
CONCLUSION	65
RECOMMANDATIONS	66
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	67
ANNEXES	69
QUESTIONNAIRE D'ENQUETE AUPRES DES MENAGES	69
TABLE DES MATIERES.....	75