

**Faculté des sciences économiques,  
sociales, politiques et de communication  
École des sciences politiques et sociales (PSAD)**

**LA NON-UTILISATION DE SERVICES DE SANTE  
EN RD CONGO**

**UNE ANALYSE DE L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE  
SANTE DE 2013-2014**

Auteur : Ntotolo Mabilia Roger

Promoteur : Professeur Bruno Masquelier

Lectrice : Professeure Catherine Gourbin

Année Académique : 2018-2019

## DÉCLARATION DÉONTOLOGIQUE

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.

Je déclare avoir pris connaissance et adhéré au Code de déontologie pour les étudiant(e)s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave.

## AVANT-PROPOS

*Qu'il me soit permis à travers ces quelques mots d'exprimer ma profonde gratitude envers tous ceux qui ont de loin ou de près ont contribué à ma formation à l'Université Catholique de Louvain et à l'élaboration de ce mémoire.*

*J'adresse ma gratitude :*

- *Au Professeur Bruno Masquelier pour avoir accepté d'endosser la responsabilité de promoteur et pour les précieuses orientations dans la réalisation de ce travail.*
- *Au corps professoral du département de Démographie de l'Université Catholique de Louvain pour l'encadrement tout au long de cette formation. À mes collègues pour les différents échanges et discussions constructives qui nous ont permis d'avancer pendant ces deux années de master.*
- *À mon feu père Pasteur Mabiala Nkongo Jackson, d'heureuses mémoires.*
- *À ma chère épouse Nzuzi Gisèle et mes deux fils Othniel Mabiala et Raise Batomanitu pour leur amour et affection envers moi et pour tant de patience durant ces deux longues années de mon absence.*
- *À ma tendre mère Masiala Charlotte pour son amour maternel indéfectible et le soutien moral qu'elle m'a toujours apporté.*
- *Au Dr Phanzu Delphin et toute l'équipe du Service étudiant de l'IMT Anvers pour m'avoir accordé l'opportunité de suivre cette formation.*
- *À la famille du Pasteur Mundeke, la famille du Pasteur Mpasi et autres pour l'accompagnement moral et spirituel durant tout mon séjour à Louvain-la-Neuve*

## Table des matières

DÉCLARATION DÉONTOLOGIQUE .....	2
AVANT-PROPOS .....	3
Liste des abréviations .....	5
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	6
Chapitre I : MISE EN CONTEXTE.....	8
Chapitre II : REVUE DE LITTÉRATURE ET CADRE THÉORIQUE.....	10
<b>1. Organisation du Système de santé en RD Congo</b> .....	10
<b>2. Littérature existante sur l'utilisation des services de santé en RD Congo</b> .....	11
<b>3. Proposition d'un schéma causal</b> .....	14
Les facteurs liés à l'offre : .....	15
Les facteurs de la demande ou facteurs communautaires : .....	18
<b>4. Hypothèses de recherche</b> .....	20
Chapitre III : MÉTHODOLOGIE ET SOURCE DE DONNÉES .....	22
<b>3.1. Source des données</b> : .....	22
<b>3.2. Méthodes</b> .....	24
<b>3.2.1. Analyse descriptive</b> : .....	24
<b>3.2.2. La régression logistique</b> .....	25
<b>3.3 Description de l'échantillon</b> .....	26
<b>3.3.1 Caractéristiques de l'échantillon</b> .....	26
<b>3.3.2. Prise en charge de la fièvre et de diarrhée</b> .....	27
Chapitre IV : ANALYSE DU NON-TRAITEMENT DES ENFANTS MALADES EN CAS DE DIARRHÉE OU DE FIÈVRE.....	30
<b>4.1. Prise en charge de la diarrhée</b> .....	30
<b>4.1.1 Analyse descriptive</b> .....	30
<b>4.2 Prise en charge de la fièvre</b> .....	36
Chapitre V : VISITES PRÉNATALES ET ASSISTANCE A L'ACCOUCHEMENT DES FEMMES ENCEINTES .....	43
<b>5.2 Assistance à l'accouchement</b> .....	49
<b>5.2.3. Conclusion partielle</b> .....	51
6. CONCLUSION GENERALE .....	52
7. BIBLIOGRAPHIE .....	54
8. ANNEXES .....	60

## **Liste des abréviations**

CAP : Connaissances Attitudes et Pratiques

CMU : couverture maladie universelle

CNCD : Centre national de coopération au développement

EDS : Enquête démographique et de Santé

GBD : Global Burden Disease

HGR : Hôpital Général de Référence

INS : Institut national de statistiques

MICS: Multiple Indicator Cluster Survey

MCHIP: Maternal and Child Health Integrated Program

MNP : ministère national du Plan

MNSP : ministère national de Santé PubliqueMS : Organisation mondiale de Santé

OECD : Organisation de coopération et de développement économiques

PNDS : Protocoles nationaux de diagnostic et de soins

UNADFI : Union Nationale des Associations de Défense des Familles et de l'individu victime de sectes

USAID: United States Agency for International Development

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

La santé de populations fait partie des piliers qui garantissent le développement d'une nation. Le maintien d'une bonne santé de la population dépend de l'utilisation de services de santé mise en place par les politiques. Accéder donc aux soins est un droit fondamental pour tout être humain (CNCD, 2016 ; Munyamahoro, M., Ntaganira, J., 2012 ; Mushagalusa S.P, 2005).

Cependant, de grandes disparités en matière de santé à l'échelle mondiale sont apparentes entre pays et au sein des pays. La majeure partie du fardeau mondial des maladies et les causes principales de ces disparités en matière de santé, présentes au sein de tous les pays, découlent des conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (OMS, 2019 ; OMS, 2011). Parmi ces conditions, la pauvreté est un obstacle majeur à une bonne santé.

Dans les pays en développement comme partout ailleurs, il a été démontré que les populations pauvres, accédant difficilement aux soins de santé, tombent plus malades et meurent plus jeunes que les personnes qui occupent une position sociale plus privilégiée. D'où le retard qu'accusent les pays pauvres par rapport à la transition sanitaire en particulier et la transition démographique en général (OMS, 2019 ; Berthélemy J.-C., Seban J., 2009 ; Vimard P., Fassassi R., 2011).

Avec la mise en place des stratégies de lutte contre ces inégalités en matière de santé, des progrès ont été notés sur l'ensemble des pays notamment dans les régions développées, mais dans certaines zones pauvres comme en Afrique subsaharienne, ces progrès restent lents (Tabutin D. & Masquelier B., 2017). L'une des raisons de ces progrès plus lents réside dans l'accès aux soins de santé de base (OMS, 2011), et la qualité des soins.

Ces conditions peuvent entraîner de la part de ces populations pauvres deux formes d'adaptation : soit vivre avec la maladie et ne pas solliciter de traitement ou pratiquer l'automédication, soit recourir à d'autres formes de soins de santé moins coûteux, mais pas toujours de bonne qualité. Il s'agit par exemple du recours aux prestataires privés informels, en particulier aux guérisseurs traditionnels et aux revendeurs de médicaments non agréés (Jacquemot P., 2012 ; Wagstaff A., 2002).

Cet ensemble des thérapies appelé : « pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique », est ainsi défini par l'OMS comme un ensemble de pratique de santé non intégré dans le système de santé dominant d'un pays (UNADFI, 2014).

Cette présente étude s'inscrit dans cet effort d'approfondir les connaissances sur les facteurs qui influencent la non-utilisation des services de santé. L'étude se focalise sur les enfants de 0-

5ans et sur les femmes qui ont eu leur dernière grossesse dans les cinq années ayant précédé la dernière enquête démographique et de santé en RD Congo.

Le mémoire est subdivisé en cinq chapitres en plus de l'introduction et de la conclusion. Le premier chapitre reprend quelques éléments du contexte qui permettent de contextualiser l'étude. Ensuite, il présente succinctement les objectifs de l'étude. Le deuxième chapitre de l'étude fait un état de la question par une revue de la littérature sur les études existantes qui abordent une question de recherche similaire en Afrique Subsaharienne et particulièrement en RD Congo. Ce chapitre aborde par ailleurs les facteurs relatifs à l'offre et à la demande des soins de santé. Sur base de ces différents éléments de la littérature, le deuxième chapitre se termine par l'élaboration des hypothèses de l'étude.

Le troisième chapitre présente la source de données utilisée pour cette étude, la méthodologie et se termine par une section qui décrit l'échantillon de l'étude. Le quatrième chapitre présente et interprète les résultats sur le non-traitement des enfants. Et enfin, le cinquième chapitre analyse le manque de consultation prénatale et d'assistance à l'accouchement des femmes qui ont accouché dans les cinq dernières années précédant l'enquête.

## Chapitre I : MISE EN CONTEXTE

La République Démocratique du Congo (RD Congo) a une population estimée à près de 81 millions en 2017 selon les projections des Nations Unies (OMS, 2018a). L'importance de cette population fait de la RD Congo, le quatrième pays le plus peuplé de l'Afrique.

La croissance de la population en RD Congo est soutenue par une forte fécondité depuis plus de cinquante ans. En se référant aux statistiques sur l'enquête par sondage de 1955, on observe que la population a plus que quintuplé en 60 ans. Elle est passée de près de 14 millions en 1955 à 81 millions en 2017. Cette croissance spectaculaire de la population congolaise s'explique principalement par un taux de croissance annuelle moyen qui tourne autour de 3% depuis plus de 30 ans. L'accélération de la croissance démographique de la RD Congo est à son tour la conséquence d'une fécondité élevée de plus de 6 enfants par femme en moyenne (EDS, 2013-2014).

Le niveau de fécondité élevé se maintient dans un contexte où la mortalité infanto-juvénile demeure importante suite à un profil épidémiologique dominé par les infections bactériennes et parasitaires. La gestion de ces maladies endémiques se trouve au centre des politiques sanitaires mises en place pour lutter contre cette mortalité infanto-juvénile (104 ‰) qui est l'une des plus élevées de l'Afrique (OMS, 2018a). À la mortalité des enfants s'ajoute une mortalité maternelle importante qui persiste depuis près de deux décennies (MICS II, 2001 ; EDS, 2007 ; EDS, 2013-2014).

La lutte de ces deux types de mortalité passe par une amélioration des facteurs d'accessibilité aux services de santé. Cependant, la sous-utilisation des centres de santé en cas d'un épisode morbide chez l'enfant et le manque de consultation prénatale encore présent dans certains endroits amenuisent les efforts visant la baisse de la mortalité (Stasse S., 2015). En RD Congo, en 2005, le taux moyen d'utilisation des services de santé a été estimé à moins d'une consultation par personne tous les 6 ans (mesuré sur environ 54 % de la population). Encore récemment, le rapport annuel du ministère de la Santé évoque une sous-utilisation du système de santé formel, soit par manque des services de santé, soit par la mauvaise qualité quand ils existent, ou par manque de moyens financiers pour y accéder (Stasse S., 2015, MNSP/RDC, 2006). Il convient de signaler que ce système est en constance dégradation depuis près de trois décennies (OMS, 2018a). Aux différents éléments qui viennent d'être évoqués s'ajoute la pénurie de personnel en santé. Dans un tel environnement s'observe une sous-utilisation des services de santé et une inefficacité des politiques sanitaires mises en place pour répondre aux besoins de santé des populations (Mushagalusa S.P, 2002 ; Richard, J-L., 1990).

À ce problème relatif à l'organisation du système de santé en RD Congo et à la situation socioéconomique de la population s'ajoutent des comportements et des pratiques qui impliquent des facteurs de différentes sphères allant du socioculturels au contextuel. C'est le cas de l'automédication, du refus de se soigner dans le système formel, du refus des maris à laisser leurs conjointes être consultés par professionnel de santé de sexe masculin, etc. (MNSP, 2006). Dans ce contexte, les femmes enceintes et les enfants de 0-5ans apparaissent comme les populations les plus vulnérables. Ces sous-catégories de population exigent une attention et un suivi efficace pour une prise en charge rapide en cas de maladies ou de complication de santé chez les femmes enceintes.

Dans un pays à faible revenu, considéré comme un sous-continent avec une population si importante, la lutte contre la mortalité infanto-juvénile et la mortalité maternelle nécessite une attention particulière sur ces éléments. Les données existantes donnent les tendances sur l'accessibilité aux centres de santé sans toutefois creuser la question des réactions tardives des parents lors d'un épisode morbide, de l'automédication ou carrément du non-traitement des enfants malades et des femmes enceintes (ESPK &DHS Program 2019).

Lorsque les statistiques existent, elles n'ont pas toujours un caractère national. Elles se réfèrent généralement à un centre de santé ou à une aire de santé pour une maladie spécifique. Il est rare de trouver une étude quantitative abordant les déterminants de l'automédication ou du choix de non-traitement des enfants en cas d'un épisode morbide (EDS, 2007). Cette pauvreté de recherche sur ce phénomène explique l'intérêt de cette étude à analyser les déterminants de la non-utilisation des services de santé en RD Congo.

Dans notre étude, les différentes analyses seront faites à l'échelle individuelle, à partir des données de l'Enquête démographique et de santé de 2013-2014. Cette approche sur cette question se focalise sur l'analyse du comportement et des pratiques des femmes en analysant quatre indicateurs, à savoir la prise en charge de la fièvre, la prise en charge de la diarrhée, les consultations prénatales et l'assistance à l'accouchement.

## Chapitre II : REVUE DE LITTÉRATURE ET CADRE THÉORIQUE

L'Organisation mondiale de santé à travers sa politique de « couverture sanitaire universelle » encourage ses États membres à développer leurs systèmes de financement de la santé pour garantir à tous l'utilisation des services de santé et la protection contre les difficultés financières associées à leur paiement (OMS, 2018a ; Nauleau, M. et al. 2013).

Malgré la mise en place de la politique de la couverture universelle en matière de santé, les populations les plus démunies n'ont toujours pas accès aux soins de santé.

C'est le cas de la plupart des pays de la région Africaine de l'OMS (excepté Sao Tomé et Príncipe, l'île Maurice et les Seychelles) qui n'est pas en mesure de fournir les infrastructures, le personnel et les produits nécessaires à l'ensemble de la population pour ces services (OMS, 2018b). La notion de non-recours éclaire donc les limites de cette Couverture universelle (CMU) (Revil H, 2014).

Face à cette situation, les individus font usage à d'autres services pour combler ce qui fait défaut au niveau des soins de santé moderne. L'OMS estime que cette pratique reste très répandue dans les pays en développement, de plus en plus courante dans les pays développés (Marcellini, A., et al., 2000 ; UNADFI, 2014 ; Gueguen J., 2017).

En République Démocratique du Congo (RDC), deux tiers de patients ne recourent pas au système de santé formel pour obtenir des soins, soit parce que les services ne sont pas disponibles ou sont de mauvaise qualité quand ils existent, soit parce qu'ils n'ont pas de moyens financiers pour y accéder (MNSP-RDC, 2014).

### **1. Organisation du Système de santé en RD Congo**

Le système de santé national en RD Congo est structuré à 3 niveaux (MNSP-RDC, 2011) :

Un niveau central qui définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui-conseil et le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces.

Un niveau intermédiaire ou provincial qui assure un rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, des politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre au niveau périphérique.

Un niveau périphérique ou zone de santé qui est le niveau d'opérationnalisation des soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire.

La description du système de santé ne se limitera qu'au niveau périphérique, car c'est le niveau opérationnel concerné dans le cadre de cette étude

L'organisation du système de santé au niveau périphérique tient encore compte de l'ancienne subdivision du pays en 11 provinces (26 actuellement), elles-mêmes subdivisées en districts administratifs, à leur tour répartis en zones de santé (districts de santé) (Stasse S. et coll., 2015). Il s'agit d'une entité géographique bien délimitée (150 km<sup>2</sup>) contenue dans les limites d'un territoire/ou commune administrative, comprenant une population d'au moins 100 000 habitants avec des services de santé à 2 échelons interdépendants (centres de santé au 1er échelon et un Hôpital Général de Référence (HGR) au 2e échelon), sous la supervision d'une Équipe-cadre pilotée par un Médecin chef de zone (MNSP-RDC, 2011).

Le district de santé est subdivisé en Aires de santé, entité géographique délimitée, composée d'un ensemble de villages en milieu rural et/ou de rues en milieu urbain selon les critères d'affinités sociodémographiques dont la taille de la population desservie est de 10 000 habitants. Chaque Aire de santé est couverte par un Centre de Santé (MNSP-RDC, 2011).

Les infrastructures de santé peuvent être la propriété de l'État ou d'acteurs privés à but non lucratif ayant conclu un accord contractuel avec l'État, où sont clarifiés les droits et devoirs des deux parties, mais ils conservent une grande autonomie en termes de gestion (Stasse S. et coll., 2015).

## **2. Littérature existante sur l'utilisation des services de santé en RD Congo**

C'est depuis 1999 que la RD Congo s'est inscrite à la politique d'Alma Ata, après analyse de la situation du secteur de la santé, dans le but d'améliorer la qualité des services des soins de santé ainsi que l'utilisation de ces services de santé par l'ensemble de la population congolaise (MNSP, 2010). La situation ne semble pas s'être suffisamment améliorée au cours des années récentes.

Plusieurs études ont été initiées pour évaluer l'utilisation des services de santé par la population en RD Congo (Rodriguez J. & Wachsberger, J-M., 2016 ; Namegabe N. E., 2013 ; Mushagalusa S.P, 2005 ; Cilundika M. P. et al., 2015 ; Mbutiwi et al., 2013). La plupart d'entre elles ont traité la question à une échelle locale plutôt que nationale.

Certaines études ont abordé la question sur le plan intrahospitalier en évoquant certains indicateurs comme le taux d'occupation des lits ou encore les taux de couverture vaccinale dans les campagnes de vaccination. Ces études, pour la plupart d'entre elles, émanent des statistiques de surveillance du système de santé congolais (MNSP-RD Congo, 2004 ; MNSP-RD Congo, 2006 ; ESPK&DHS Program ICF, 2019).

En 2003, l'école de santé publique révèle à travers une étude que parmi les membres d'une même famille tombés malades dans la ville de Kinshasa, seulement 30% ont consultés un centre

de santé au cours de la maladie. Parmi le reste de la population concernée (70 %), 40% ont pratiqué l'automédication, 21% n'ont reçu aucun traitement et 9% ont consulté un guérisseur traditionnel (MNSP/RDC, 2006).

Au niveau périphérique, il existe quelques statistiques un peu plus alarmantes, telles que celles rapportées par le Bureau central de Zone de Santé de Boga, Ituri en Province orientale, faisant état d'une faible utilisation des services de santé par la population (moins de 30 %) et selon les résultats de l'enquête CAP réalisée dans la même zone de santé, la situation sanitaire pousse la population à chercher des solutions alternatives : négligence, pharmacies de commerçants, automédication, tradipraticiens, chambres de prière (Vienna Evaluation Unit, MSF, 2018).

Cette situation incite certaines femmes à accoucher chez elle sans assistance médicale ou à se déplacer vers Gety, Ouganda (où la PEC est gratuite pour les accouchements) et le Nord Kivu, prenant le risque de traverser des zones de combats pour accéder aux soins de santé (Vienna Evaluation Unit, MSF, 2018).

Dans une autre étude menée par Namegabe N. E., (2013) au niveau des ménages dans la ville de Goma en RD Congo, deux groupes de facteurs influant sur le choix des soins ont été observés : d'une part les facteurs démographiques (l'âge, le sexe, le milieu ou le quartier d'appartenance) sans différence statistiquement significative et d'autre part les facteurs socio-économiques (niveau d'éducation, et la source de revenu) (Namegabe N. E., 2013).

Le niveau d'instruction est repris dans différentes études comme un facteur qui joue sur l'interprétation de la maladie et sur la prise de risque et les pratiques en cas de maladie. Ce qui ressort de ces études (Yaba et al. 2014 ; Akoto et al., 1989 ; Cantrelle et al., 1986) est l'effet parfois inverse du niveau d'éducation des femmes dans le traitement des enfants. Dans certains cas les femmes les plus instruites affichent un pouvoir prescripteur élevé sur le traitement des enfants. Dans d'autres cas par contre, le niveau d'instruction élevé les pousse à consulter régulièrement un professionnel de santé en cas de maladie d'un enfant.

Plusieurs autres auteurs ont abordé cette question en analysant l'automédication, qui est l'une des formes de non-utilisation des services de santé (Rodriguez J. & Wachsberger, J-M., 2016 ; Chiribagula B.V. et al., 2015 ; Tshomba O.A. et al, 2013)

Selon une étude publiée en 2016 par Rodriguez J & Wachsberger, J-M., sur l'automédication en RD Congo, il a été observé que les individus dont l'âge se situe entre 5 et 50 ans préfèrent s'abstenir de soins et pratiquent de l'automédication que les moins de 5 ans et les plus de 50 ans : l'âge a donc été évoqué comme facteur déterminant l'arbitrage du recours ou non aux soins. (Rodriguez J. & Wachsberger, J-M., 2016).

En outre, le niveau d'éducation élevé jouait un rôle dans le choix d'aller consulter, notamment celui des femmes au foyer. D'autres déterminants ont aussi été retenus dans cette étude tels que : une distance raisonnable entre infrastructure sanitaire et utilisateurs, la gravité de l'affection faisant privilégier la consultation que l'automédication (Rodriguez J. & Wachsberger, J-M., 2016).

Ainsi donc, pour de maladies comme la diarrhée et la fièvre ou d'autres affections intercurrentes, l'automédication serait plus pratiquée (Rodriguez J. & Wachsberger, J-M., 2016).

Cette même observation a été faite par Mushagalusa S.P., en 2005 dans la zone de santé de Kadutu au Sud-Kivu RD Congo où les patients soit attendaient, soit recouraient à d'autres pratiques des soins alternatifs et ne se faisaient soigner qu'en cas d'aggravation de la maladie après avoir épuisé toutes les ressources à ces pratiques alternatives de soins. (Mushagalusa SP, 2005).

Mbutiwi et coll. (2013) notent l'importance de l'automédication dans la ville de Kinshasa. Bien qu'ils étudient ce comportement pour le cas du paludisme, ces résultats peuvent supposer une pratique importante de l'automédication dans les villes. Selon l'auteur, la disponibilité des produits pharmaceutiques à chaque coin de rue et les prescriptions habituelles des mêmes produits pharmaceutiques lors des épisodes morbides conduisent les parents à une anticipation plutôt qu'à se rendre dans un centre hospitalier. Manzambi K.J. (2009) a abouti à cette même conclusion en mettant en avant cette fois-ci le cout des soins de santé et la rareté du personnel médical.

Tshomba O. A. et coll., 2013 ont également traité la question de l'automédication en se focalisant sur les anti-malariens auprès des chefs de ménage à Tshopo dans la province de Kisangani (RD Congo) et ont observé une corrélation entre cette pratique et deux facteurs socioéconomiques, à savoir : le revenu mensuel du chef de ménage et la taille du ménage. Aucun lien significatif n'a été établi avec les autres facteurs tels que : l'âge, la religion, l'éducation, l'occupation, etc. (Tshomba O.A. et al, 2013).

Cilundika et coll. (2015), par contre, ont observé que la faible utilisation des services curatifs au sein au des ménages dans la zone de santé de Pweto (province du Katanga), était corrélée avec le statut d'occupation du chef de ménage (Cilundika et al., 2015).

Dans l'étude de Chiribagula B.V. et coll., 2015, réalisée auprès des étudiants de l'Université de Lubumbashi, il a été observé une prévalence de 99% de la pratique d'automédication dans ce milieu estudiantin contre seulement 1% qui ont affirmé ne pas user de cette pratique à cause de la non-maitrise des dosages. Environ 45% de ces étudiants étaient inscrits en sciences de la

santé tandis le reste l'était dans d'autres disciplines (54%). 22% ont confirmé avoir débuté cette pratique entre 0-5ans, 35% à l'adolescence et 21% à partir de 18 ans (Chiribagula B.V. et coll.2015).

Dans certaines catégories de soins tels que les consultations prénatales, l'utilisation des services de santé peut se manifester sous forme de recours tardif. L'efficacité de ce type de soin dépend du moment où il est initié c'est-à-dire au premier trimestre de la grossesse (Mafuta EM & Kayembe PK, 2013).

C'est la question à laquelle Mafuta EM & Kayembe PK tentent de répondre en interrogeant 465 gestantes dans 6 zones de santé réparties dans les provinces de l'Équateur et celle du Katanga. Il ressort de cette étude une fréquentation tardive des services de santé à près de 60% par les gestantes (Mafuta EM & Kayembe PK, 2011).

Les contraintes financières et l'absence des problèmes de grossesse sont les raisons évoquées de ce recours tardif aux soins prénatals. Les déterminants le milieu de vie, le niveau d'étude, la religion, la parité, la gestité, l'âge, la taille du ménage, l'occupation, et la perception du tarif appliqué. Elle est réduite par l'instruction et l'emploi rémunéré (Mafuta EM & Kayembe PK, 2011).

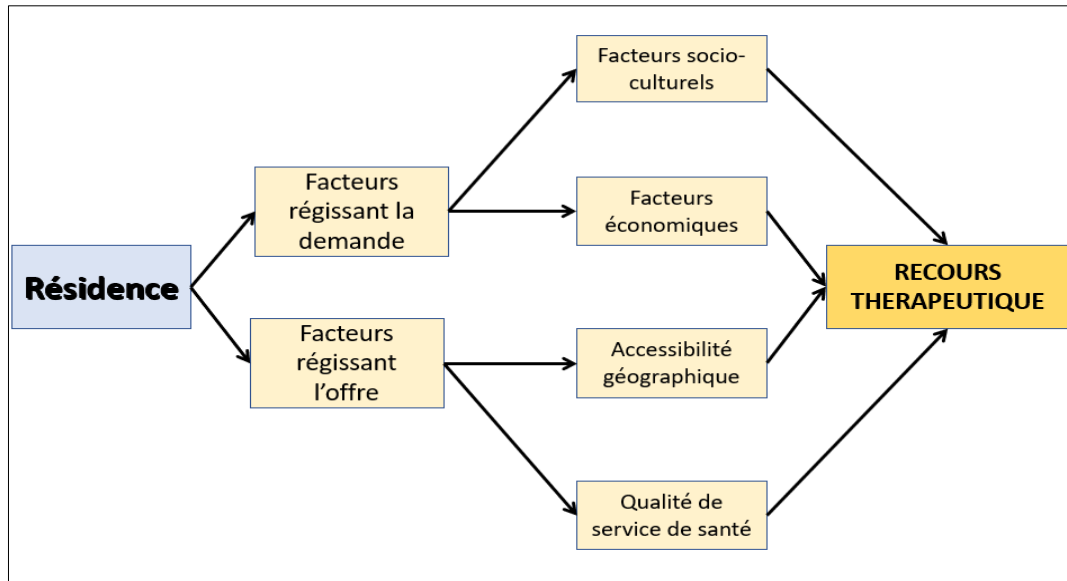
### **3. Proposition d'un schéma causal**

Plusieurs cadres conceptuels ont été proposés dans la littérature (Coulibaly et al., 2008 ; Wagstaff A., 2002 ; Brügger S., Sottas B., Jaquier A., 2015). Le modèle présenté dans ce travail est celui développé par Coulibaly I et al (2008) avec quelques modifications, car il semble bien adapté au contexte des pays en développement.

Le recours thérapeutique est l'un des facteurs importants qui déterminent l'issue face à la maladie. Il repose sur un ensemble des conditions dénommées « déterminants sociaux de la santé ». Ce concept est utilisé pour englober les déterminants sociaux, économiques, politiques, culturels et environnementaux de la santé (OMS, 2019 ; Munyamahoro, M., Ntaganira, J., 2012).

Les déterminants de la santé peuvent se définir comme l'ensemble des « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations (OMS, 1999) ».

Schéma n°1 : Déterminants sociaux du recours thérapeutique



Adapté selon la théorie évoquée par Coulibaly et coll., 2008.

Ce modèle permet de scinder ces déterminants sociaux en deux grands groupes : d'une part, les déterminants en rapport avec l'offre des services de santé au sein de la population (facteurs de l'offre) et d'autre part les déterminants en rapport avec la demande ou facteurs communautaires (Coulibaly I., Keita B., Kuepie M., 2008 ; Brügger S., Sottas B., Jaquier A., 2015).

Les facteurs liés à l'offre :

#### ***Accessibilité géographique :***

L'existence d'une offre sanitaire, son accessibilité en termes des finances et sa qualité ne garantissent pas son utilisation. Il faut qu'elle soit aussi physiquement accessible pour répondre aux besoins et aux attentes de ses usagers potentiels (Diaz Olvera L. et al, 2011).

L'accessibilité géographique est l'un des obstacles non financiers à la santé. Elle s'évalue par la proportion de la population qui vit dans un rayon donné d'un service de santé, car une offre de services de soins doit être disponible à une distance raisonnable pour les personnes qui en ont besoin (Richard, J-L. 1990 ; Chambaud L., 2018).

Dans le souci d'accroître et rendre disponible l'offre de service de santé de premier échelon au profit des populations, l'OMS a fixé cette distance de parcours entre service de santé et

population à moins de 5 km ou à moins de 10 km pour les régions d'accès difficile (Berthélemy J.-C., Seban J., 2009 ; Haddad S., Nougara A., Ridde V., 2004).

En Afrique subsaharienne, l'usage des services de santé, comme celui d'autres infrastructures de développement (écoles par exemple), est inversement proportionnel à la distance à parcourir (Allaire J., 2008).

En zone rurale africaine, à ce problème de distance à parcourir pour atteindre une infrastructure sanitaire (parfois plusieurs dizaines de kilomètres avec civière comme mode de transport) s'ajoute le faible nombre de centres de santé déjà mal équipés et si bien que l'acheminement d'urgence des patients vers ces services de santé devient un enjeu considérable (Allaire J., 2008).

Avec une population inégalement répartie sur le territoire national (57% en milieu rural contre 43% en milieu urbain), l'accessibilité géographique en RD Congo demeure un défi permanent. Le Plan national de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015 fait état de seulement 35% de la population vivant dans un rayon de moins de 5 km d'une structure sanitaire (USAID MCHIP, 2012; ESPK & DHS Program ICF, 2018).

Les infrastructures routières étant rares dans de nombreuses régions de la RDC, la plupart des gens n'ont pas de moyens de transport pour se rendre à un centre de santé (Médecins sans Frontières, 2014).

De ce qui précède, nous émettons l'hypothèse d'un non-traitement plus important en milieu rural suite à la présomption d'une accessibilité géographique difficile et du nombre peu élevé des prestataires de santé. Il convient toutefois de signaler que cette étude ne pourra évaluer que le risque de non-traitement en termes d'intensité. Les données en notre possession ne permettent pas une évaluation du temps de parcours ou de la distance séparant le domicile au centre de santé le plus proche.

### ***Qualité de l'offre :***

La qualité est définie comme l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins explicites et implicites des consommateurs (Phanuel D., 2002).

Elle englobe les attitudes et des comportements du personnel vis-à-vis des patients, les informations mises en disposition à ces patients. Bref, la compétence technique du personnel et

la qualité de l'accueil réservé aux patients (Coulibaly I., Keita B., Kuepie M., 2008 ; Phanael D., 2002).

Ainsi, pour qu'un service de santé soit satisfaisant pour ses utilisateurs, la qualité de soins serait l'un des éléments cruciaux dont il faudra tenir compte pour son organisation efficace dans un contexte de compétitivité entre différents services offerts à la population, sachant que cette compétitivité outrepasserait actuellement le cadre médical (Beroud C, Egli Y, Perret A., 1998 ; Van der Heyden J., 2008).

Waddington & Enyimayew (1989), ainsi que d'autres auteurs encore comme Mwabu (1986) ont évoqué la renommée (résultant des aspects évoqués ci-haut) comme élément capital par lequel un service de santé sera plus sollicité ou moins sollicité (Coulibaly I. et coll., 2008).

Dans les pays en développement, il faut noter qu'en matière d'accueil des patients, les médecines traditionnelle et populaire disposent d'une longueur d'avance sur la médecine moderne par la proximité culturelle entre les patients et traitants, et aussi du fait d'un véritable souci de mise en confiance du patient par les guérisseurs traditionnels (Dunlop D.W, 1975 ; Bhardwaj, S.M. 1975).

Il n'y a donc pas de médecine sans confiance, mais il faut reconnaître que ce n'est pas parce que les patients sont satisfaits qu'ils ont nécessairement des soins de qualité (Phanael D., 2002). Cet aspect relatif à la « qualité des soins » est aussi affecté d'une part, par la carence des personnels qualifiés à cause des migrations internes (du milieu rural vers le milieu urbain), internationales (fuite de l'élite intellectuelle jusqu'à 50% pour certains pays à faible revenu) et d'autre part par le sous-investissement dans la formation des personnels de santé, déversant chaque année sur le marché de l'emploi un personnel peu qualifié (OMS, 2015 ; MNSP/RDC, 2006).

En RD Congo, force est de constater qu'au motif de rapprocher les soins de la population, on assiste à une prolifération de structures intermédiaires pas toujours nécessaires et dispensant des soins de santé de qualité douteuse (MNSP/RDC, 2006).

Dans certaines régions du pays, les infrastructures de santé du pays sont souvent déficientes, manquent fréquemment de médicaments et ont toutes les peines à trouver du personnel qualifié (Médecins sans Frontières, 2014).

Face à cette situation, il peut arriver que l'on fasse recours aux « relais communautaires » dont la qualification et le niveau technique sont insuffisants pour constituer une alternative au personnel de santé qualifié (MNSP/RDC, 2006).

Compte tenu du manque d'information concernant les facteurs régissant l'offre dans notre base des données (EDS-II RD Congo 2013-2014), nous ne saurons traiter cet aspect. Nous nous limiterons donc à l'analyse des facteurs régissant la demande dans ce mémoire.

Les facteurs de la demande ou facteurs communautaires :

Ce groupe englobe les déterminants sociaux économiques, politiques, culturels et environnementaux de la santé. Les plus importants sont ceux qui génèrent une stratification au sein d'une société résultant de l'ensemble des différences sociales associées aux inégalités de richesse, de pouvoir, de prestige, de savoir (OMS, 2019 ; MNSP/RDC, 2006).

Ces déterminants structurels constituent la cause profonde des inégalités en matière de santé, car ils ont des répercussions sur les positions sociales des individus. Les disparités imputables à ces mécanismes déterminent le statut et le niveau de santé des individus à travers leur impact sur des déterminants intermédiaires tels que les conditions de vie, les conditions psychosociales, des facteurs comportementaux et/ou biologiques ainsi que le système sanitaire à proprement parler (OMS, 2019).

#### ***Facteurs socioculturels :***

Dans le cadre de cette étude, deux facteurs socioculturels vont être analysés : les croyances et le niveau d'instruction (éducation).

La maladie est considérée comme un fait lié aux cultures, aux croyances, aux représentations. De ce fait, elle est soumise à l'interprétation sociologique des communautés (Kwilu L.H., 2015).

Ces représentations culturelles sont issues d'un ensemble des normes, des valeurs, des savoirs et des pratiques populaires en lien avec la santé, régissant les manières de faire, de dire et de penser la santé, la maladie ou encore le soin (Médecins du monde, 2012).

De nos jours, des institutions d'éducation en santé commencent à intégrer des modules de formation en « compétences culturelles » ; « approche de prise en charge centrée sur le patient » (en plus de l'approche clinico- biologique) dans les programmes de formation (Mayhew M., 2019 ; Collège des médecins de famille du Canada, 2014).

Toutes ces connaissances profanes qui sont issues de représentations culturelles et sociales constituent les déterminants socioculturels qui expliquent les différents choix thérapeutiques des individus qui deviennent malades au sein d'une population (Boissonnat-Pelsy, H. & Sibue-DeCaigny, C., 2006 ; Sidbéwendin D. O. I et coll., 2016).

En RD Congo, selon les croyances de certaines communautés, les décès et les maladies sont rarement des « causes naturelles » uniquement. Un manque de respect aux ancêtres ou un parent décédé peut susciter le mécontentement de ces derniers et peut avoir des répercussions sur l'état de santé d'une personne (Bedford J., 2018)

Ces croyances culturelles font partie des facteurs qui peuvent entraver l'utilisation des services de santé, favorisant des comportements dommageables qui contribuent à la mauvaise santé de la population (Brunner B. et coll., 2018).

Les études empiriques réalisées dans beaucoup de pays développés ou en développement établissent une corrélation positive entre l'éducation de la mère et la santé de son enfant, ainsi que la sienne propre (Diagne A., 2007).

Dans le cadre de ce travail, la religion et le niveau d'éducation des mères seront analysés, mais aussi le niveau d'éducation des maris ou partenaires compte tenu de leur quasi-monopole décisionnel relatif à la santé des membres de leur famille, à l'utilisation des services de santé, à la mobilisation des ressources financières (Cotting M., 2015).

#### ***Facteurs économiques (Accessibilité financière) :***

Il existe une corrélation entre les revenus économiques et l'accès à la santé. Plus élevés sont ces revenus, plus fréquente sera l'utilisation des services de santé moderne. Dans le cas contraire, il y a plutôt tendance à réduire au strict minimum l'accès aux structures sanitaires conventionnelles (Wagstaff A., 2002 ; Coulibaly I. et al., 2008).

Selon les estimations de la Banque mondiale, l'Afrique subsaharienne est la région qui abrite plus de la moitié de la population qui vit dans l'extrême pauvreté au monde (413 millions d'individus vivant avec moins de 1,90 dollar par jour en 2015) (Banque mondiale, 2018a).

En Afrique subsaharienne, où il existe généralement une faible politique de protection contre les risques financiers, des millions d'Africains sont obligés de puiser dans les revenus de leur ménage pour payer les services de santé (paiements directs de santé) (Banque mondiale & OMS, 2017).

La RD Congo fait partie des trois pays les plus peuplés d'Afrique subsaharienne (Nigéria, Éthiopie et République démocratique du Congo) qui comptent le plus grand nombre de personnes vivant dans cette extrême pauvreté, pourtant sa population contribue pour près de 70% au financement des charges récurrentes du fonctionnement des certains districts sanitaires et cette situation semble ne s'être que peu améliorée au cours des dernières années (Banque mondiale, 2018b ; MNSP/RDC, 2006).

Dans cette optique, nous nous intéresserons aussi à l'analyse des quintiles de niveau de vie de la population pour répondre à notre question de recherche. Il convient toutefois de signaler que les quintiles de la population ne s'appliquent pas adéquatement à notre population. En effet, les enfants dont plusieurs peuvent appartenir à un même ménage ne permettent pas de considérer cette variable comme le reflet des quintiles de niveau de vie.

#### **4. Hypothèses de recherche**

*Hypothèse 1 : les enfants souffrant de la diarrhée ou de la fièvre en milieu rural ont un risque plus important de connaître un non-traitement lors d'un épisode morbide.*

Cette première hypothèse d'un non-traitement plus important en milieu rural se base sur la présomption d'une accessibilité géographique difficile et du nombre peu élevé des prestataires de santé. Il convient toutefois de signaler que cette étude ne pourra évaluer que le risque de non-traitement en termes d'intensité. Les données en notre possession ne permettent pas une évaluation du temps de parcours ou de la distance séparant le domicile au centre de santé le plus proche. Cette hypothèse est également adaptée pour le cas des femmes en consultation prénatale. On s'attend à observer un risque plus élevé de manque de recours à la consultation prénatale chez les femmes qui vivent en milieu rural.

Quant aux provinces on s'attend à un non-traitement plus important en dehors de la province de Kinshasa. En effet, excepté la ville province de Kinshasa, les autres sont supposées avoir une offre moins importante de service de soin de santé.

Hypothèse 2 :

*En considérant les facteurs de demande, la revue de la littérature nous a conduits à émettre trois hypothèses étroitement liées aux caractéristiques sociodémographiques des individus tout en considérant les aspects socioculturels.*

Hypothèse 2.1 : les enfants issus des familles pauvres présentent un plus de risque de non-traitement que ceux des familles riches lors d'un épisode morbide.

Cette hypothèse s'appuie sur l'accessibilité financière qui met en avant la capacité des individus à supporter le coût de traitement.

Hypothèse 2.2 : *les enfants dont les mères sont âgées (45 ans et plus) ont plus de risque de non-traitement que ceux des mères jeunes.*

L'hypothèse tente d'intégrer les aspects socioculturels en ce sens que les femmes des générations anciennes sont généralement ancrées dans les pratiques traditionnelles au lieu de recourir au centre de santé. Deuxièmement, la littérature soulève l'expérience acquise lors des

traitements des premiers enfants de la fratrie. Par cette expérience, elles acquièrent plus de maîtrise. De ce fait, là où la jeune maman panique et court dans un centre hospitalier, la mère plus âgée peut garder son calme tenter quelque chose de palliatif en amont de tout traitement. Il aurait été intéressant d'avoir des informations sur la durée entre les premiers symptômes et le début du traitement pour des analyses plus approfondies. Cependant les données ne permettent pas une telle analyse des évènements.

*Hypothèse 2.3 : les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction élevé ont moins de risque de non-traitement que ceux des femmes moins instruites.*

Sur cette dernière hypothèse, les auteurs (Rodriguez J. & Wachsberger, J-M., 2016 ; Yaba et al. 2014) laissent entrevoir un effet inverse du niveau d'instruction. Néanmoins, nous pensons que le niveau d'instruction par son influence sur le jugement et sur les conséquences d'une négligence de traitement pousse les femmes à se rendre dans un centre hospitalier plutôt que de ne donner aucun traitement à son enfant.

Il convient de noter que ces mêmes hypothèses s'adaptent pour l'analyse des consultations prénatales et de l'accouchement assisté.

## Chapitre III : MÉTHODOLOGIE ET SOURCE DE DONNÉES

Ce chapitre est consacré à la présentation des données mobilisées. Il comporte trois sections : la présentation de la source des données, les principaux éléments méthodologiques et la description de l'échantillon.

### **3.1. Source des données :**

Ayant souscrit aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la RD Congo a adopté 2005, la politique de lutte contre la pauvreté en initiant le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) (EDS RDC 2007).

Deux Enquêtes démographiques et de santé (EDS) ont été réalisées en RD Congo, en 2007 et en 2014 avec comme objectif : se doter d'une banque de données susceptibles de fournir des indicateurs fiables et à jour pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des programmes et politiques sectoriels du pays (EDS RDC 2007).

La seconde enquête (EDS II RDC, 2013-2014) qui est concernée dans cette étude, a été initiée pour évaluer à mi-parcours les programmes et projets de développement (PNDS 2001-2015 du Ministère de la Santé publique et DSCR 2, 2011-2015) mis en place en réponse aux problèmes identifiés à la précédente enquête (EDS RDC 2007) et pour actualiser les principaux indicateurs démographiques et sanitaires de base (EDS II, 2013-2014).

Dans une enquête démographique et de santé, trois questionnaires standards sont utilisés afin de recueillir les informations nécessaires (ménage, hommes et femmes). Pour répondre à notre question de recherche, le questionnaire femme qui a été exploité, et plus particulièrement les questions portant sur les deux aspects suivants :

Les renseignements sur les enfants qui sont rattachés au questionnaire de femmes pour permettre d'étudier l'utilisation de services de santé par rapport à la santé des enfants.

Les renseignements sur l'utilisation de services de santé par les femmes en rapport avec la santé maternelle.

S'agissant de la santé maternelle, nous nous sommes intéressés pour la diarrhée et la fièvre à trois questions dans la section 5 du questionnaire femme (Vaccination des enfants, santé et nutrition) qui sont : (Nom) a-t-il eu la diarrhée (fièvre) au cours de deux dernières semaines ? La modalité oui a été codée « 1 » et la modalité non a été codée « 0 » pour cette question.

Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée (fièvre) ?

Où êtes-vous allé rechercher conseil ou un traitement ?

À propos de ces deux questions, en un premier temps, nous avons recodé les réponses en 4 modalités à savoir : le code « 0 » était attribué à tous les enfants de 0-5ans ayant souffert de diarrhée ou de fièvre dont les mères n'ont recouru à aucun personnel de santé ; le code « 1 » à ceux dont les mères ont consulté un personnel de santé travaillant dans une institution sanitaire publique (Médecin, infirmier ou sage-femme) ; le code « 2 » à ceux qui ont été soignés par un personnel de santé œuvrant dans une institution privée et enfin le code « 3 » à ceux qui ont recouru à un personnel non médical. Cette modalité a englobé, les guérisseurs traditionnels, l'automédication, la fréquentation des boutiques ou des officines pharmaceutiques et autres non spécifiés.

En un second temps, nous avons recodé de nouveau les réponses en deux modalités entre autres : le code « 0 » que nous avons attribué aux enfants qui ont été soignés par un personnel de santé médical ou non médical et le code « 1 » pour ceux qui n'ont reçu aucun traitement dans le but de rendre possible l'analyse de régression logistique

Pour la santé maternelle, nous nous sommes référés à la section 4 du questionnaire femme (Grossesse et soins postnatals), plus précisément, les questions en rapport avec la consultation prénatale. Les deux questions d'intérêt dans notre étude pour le suivi de la grossesse étaient : Avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ? Pour cette question, la modalité « oui » a été codée « 0 » et la modalité « non », « 1 » Qui avez-vous consulté (quelqu'un d'autre) ?

Où avez-vous reçu les soins prénatals ?

À propos de ces deux questions, en un premier temps, nous avons recodé les réponses en 4 modalités à savoir : la modalité « 0 » pour toutes les femmes qui n'ont aucun personnel de santé ; la modalité « 1 » pour celles qui ont consulté un personnel de santé travaillant dans une institution sanitaire publique (Médecin, infirmier ou sage-femme) ; la modalité « 2 » pour celles qui ont consulté un personnel de santé travaillant dans une institution privée et enfin la modalité « 3 » pour celles qui ont recouru à un personnel non médical. Cette modalité a englobé les matrones de village, les guérisseurs traditionnels et autres non spécifiés.

En un second temps, nous avons recodé de nouveau les réponses en deux modalités entre autres : le code « 0 » pour toutes celles qui ont consulté un personnel de santé médical ou non médical et le code « 1 » pour toutes celles qui n'ont fréquenté aucun personnel de santé dans le but de rendre possible l'analyse de régression logistique

Dans ce même axe de la santé maternelle, nous avons également ciblé l'assistance à l'accouchement. Deux autres questions ont été sélectionnées dans la même section du questionnaire femme. Il s'agit de :

Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ?

Où avez-vous accouché ?

Le recodage des modalités a suivi la même logique que les questions précédentes.

Limites des données utilisées

Comme limites à ces données, on peut citer :

Le manque de certaines informations telles que la distance entre infrastructures sanitaires et utilisateurs et les données intrahospitalières dans une enquête démographique et de santé constitue une limite pour des analyses poussées en ce qui concerne les déterminants régissant l'offre.

Le problème de sous-notification de certains aspects liés aux pratiques non conventionnelles à visée sanitaire (alors que l'OMS estime que ces pratiques sont largement utilisées par les populations dans les pays en développement) qui ne nous permet pas de présenter correctement les proportions de la population qui est concernée par ces pratiques.

Bien que la fièvre et la diarrhée soient parmi les maladies courantes en soins curatifs chez les enfants, il existe encore d'autres aspects de soins qui seraient intéressants en termes de non-utilisation de services de santé. La même limite vaut pour les deux entités de soins prises en compte dans l'analyse de la santé maternelle dans cette étude.

## **3.2. Méthodes**

Les méthodes d'analyses envisagées dans ce travail ont été réalisées en deux temps :

### **3.2.1. Analyse descriptive :**

Dans cette analyse descriptive, il sera question de décrire les différents échantillons sélectionnés dans ce mémoire ; d'explorer les choix thérapeutiques en cas de maladie chez l'enfant et de grossesse chez les mères ; d'établir les fréquences d'utilisation de chaque orientation thérapeutique par la population toujours selon les axes de santé choisis. Pour ce faire, des tris à plat, des tris croisés et le test de khi<sup>2</sup> seront exploités afin d'établir le degré d'association entre les différentes des différentes variables explicatives et la variable d'intérêt.

Les échantillons sélectionnés dans cette étude (les femmes, les enfants de moins de 5 ans et les maris ou partenaires) seront pondérés par le poids d'échantillonnage.

### 3.2.2. La régression logistique

La régression logistique sera utilisée pour construire un modèle permettant de relier la variable d'intérêt (Y) aux variables explicatives (X1, X2, X3...Xn) (El Sanharawi M, Naudet F., 2013). La non-utilisation des services de santé sera le phénomène étudié. La variable d'intérêt (Y) est donc dichotomique (utilisation ou non-utilisation des services de santé). Il s'agit donc d'un modèle de régression avec variable binaire :

Y=0 : non-occurrence du phénomène Y c'est-à-dire « utilisation des services de santé médical ou non médical.

Y=1 : occurrence du phénomène Y c'est-à-dire « non-utilisation des services de santé médical ou non médical.

X= Variables explicatives

Il est question dans ce travail d'estimer la probabilité que la population n'utilise pas un service de santé médical ou non médical en cas de nécessité (Neji S. & Jigorel A.H., 2013 ; Rakotomala R., 2017).

L'étude se focalise sur deux axes à savoir la santé des enfants et le suivi des femmes enceintes. Pour rappel, dans l'axe « santé de l'enfant », nous analysons les cas de diarrhée et de fièvre, tandis que pour l'axe « santé maternelle », les visites prénatales et l'assistance à l'accouchement sont étudiées. Les résultats sont présentés selon trois modèles entre autres : un premier modèle qui prend en compte les deux milieux (urbain et rural) et deux autres modèles qui prennent en compte le milieu urbain et le milieu rural séparément. La variable dépendante dichotomique est codée « 1 » au cas où l'individu n'a recouru à aucun service de santé médical ou non médical et « 0 » dans le cas contraire.

Les variables explicatives susceptibles d'avoir un lien avec la variable dépendante sont : le sexe de l'enfant, la résidence, la province, la religion, l'éducation des mères, l'éducation des maris ou des partenaires et le niveau de vie. L'âge de la mère constitue une variable de contrôle et n'est pris en compte que dans la section relative à la prise en charge des fièvres et diarrhées chez les enfants et pour les visites prénatales dans l'axe de santé maternelle.

### 3.3 Description de l'échantillon

#### 3.3.1 Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon de notre étude se réfère à l'effectif de tous les enfants soit 17 017 enfants âgés de 0-5 ans révolu ainsi que celui des femmes, soit 11 065 femmes âgées de 15-49 ans révolus qui ont eu leur dernière grossesse dans les 5 années qui ont précédé l'enquête.

Ce tableau présente la distribution de notre échantillon constitué des deux populations d'intérêt dans cette étude. On observe une importante part des populations résidant en milieu rural (près de 70% en milieu rural contre 30% en milieu urbain pour chaque sous-population).

Cette situation est proche des données de 1984 (ces données indiquaient environ 70 % de la population congolaise résidant en milieu rural, contre près de 30 % en milieu urbain). Mais avec l'exode rural et les multiples mouvements de populations occasionnés par les conflits armés de ces dernières années, la proportion de la population vivant en milieu urbain se situe actuellement à 43 % contre 57% vivant en milieu rural (EPSK & DHS Program ICF, 2018).

Tableau 1. Répartition des enfants de 0-5ans et des femmes (15-49 ans) selon la résidence

<i>Milieu de résidence</i>	Enfants		Femmes	
	N	%	N	%
Urbain	5 257	30,89%	3 504	31,67%
Rural	11 760	69,11%	7 561	68,33%
Total	17 017	100,00%	11 605	100,00%

Le tableau ci-dessous présente la distribution de femmes de 15-49ans révolus et enfants de 0-5ans selon les provinces de la RD Congo. Cette distribution tient compte de l'ancien découpage de la RD Congo en 11 provinces. Les proportions les plus élevées pour les deux sous-populations varient entre 10-17%. Elles sont observées dans cinq provinces entre autres les provinces du Bandundu, Équateur, Katanga et Kasai Oriental (la proportion maximale : Bandundu). Les proportions les plus faibles sont observées dans les provinces du Bas-Congo et du Maniema.

Tableau 2. Répartition de l'échantillon par province

<i>Province</i>	Enfants		Femmes	
	Kinshasa	1 228	7,22%	888
Bandundu	2 816	16,55%	1862	16,83%
Bas-Congo	762	4,48%	545	4,93%
Équateur	2381	13,99%	1561	14,11%
Kasaï-Occidental	1264	7,43%	787	7,11%
Kasaï-Oriental	1827	10,74%	1153	10,42%
Katanga	1838	10,80%	1154	10,43%
Maniema	551	3,24%	381	3,44%
Nord-Kivu	1410	8,29%	843	7,62%
Prov. Orientale	1533	9,01%	1052	9,51%
Sud-Kivu	1407	8,27%	839	7,58%
Total	17 017	100,00%	11 065	100,00%

### 3.3.2. Prise en charge de la fièvre et de diarrhée

Dans le cadre de ce travail, le recours aux soins de santé en cas de fièvre ou de diarrhée chez les enfants a été retenu pour analyser la non-utilisation de services de santé étant donné leurs grandes parts dans le fardeau de la mortalité infanto-juvénile en RD Congo (IHME, 2014).

Le tableau ci-dessous montre la répartition des 17 017 enfants dont les mères ont été interrogées sur leur état de santé dans les deux semaines ayant précédé l'enquête. On observe une quasi-égalité entre les deux sexes.

Tableau 3. Proportion des enfants selon le sexe

Sexe de l'enfant	N	%
Masculin	8 442	49,61
Féminin	8 574	50,39
Total	17 017	100,00

Ce tableau présente la fréquence des enfants qui ont souffert de fièvre et de diarrhée deux semaines avant l'enquête. 7.865 enfants de 0-5ans révolus sont tombés malade pendant ces deux semaines avant l'enquête, parmi lesquels 5 013 cas de fièvre et 2852 cas de diarrhée ont

été signalés. On note donc une proportion de 29,45% des cas de fièvre et de 16,75% des cas de diarrhées sur les 17 017 enfants de 0-5ans.

Tableau 4. Fréquence de fièvre et diarrhée chez les enfants de 0-5ans

Maladies	N	%
Fièvre	5 013	63,73
Diarrhée	2 852	36,26
Total	7 865	100,00

Les maladies diarrhéiques et fébriles, comme signalées plus haut, font partie des maladies les plus courantes qui contribuent au taux élevé de mortalité infanto-juvénile dans les pays en voie de développement (USAID, MCHIP, 2012). L'idéal en cas de maladie, serait une fréquentation importante des institutions sanitaires faisant partie du système de santé du pays, entre autres les hôpitaux ou centres de santé privé ou public.

### 3.3.3. Soins prénatals et accouchement

Les soins prénatals et l'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié font partie des soins de santé primaires de santé maternelle. Les soins prénatals permettent la surveillance de l'évolution de la grossesse et de l'état de santé maternelle. L'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié fait aussi partie des indicateurs de contrôle de la mortalité maternelle et de mortalité infantile. Seul le prestataire le plus qualifié est pris en compte au cas où plus d'un prestataire de soins prénatals a été déclaré. (Rapport EDS-RDC II, 2014).

Toutefois, il convient de préciser dans cette section que les résultats par province seront présentés selon deux modalités : le recours à un personnel de santé (médical ou non médical) et le non-recours à un personnel à cause de très faibles effectifs observés dans le secteur des services non médical (pratique non-conventionnelle à visée thérapeutique).

Cette table de fréquence montre la répartition des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête selon leurs groupes d'âge au moment de l'enquête. On peut observer que la tranche d'âge entre 25-29 ans révolus représente la plus grande proportion de cet échantillon (soit 27%) suivie de celles de 20-24 ans (22,5%) et 30-34 ans (19%). Cette observation n'est que le reflet du calendrier de la fécondité en RDC.

Tableau 5. Répartition des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, selon leur âge à l'enquête

Groupe d'âge	N	%
15-19	852	7,70%
20-24	2 488	22,49%
25-29	2 989	27,02%
30-34	2 112	19,09%
35-39	1 589	14,36%
40-44	792	7,16%
45-49	241	2,18%
Total	11 065	100%

En ce qui concerne les visites prénatales et l'assistance à l'accouchement, 11 065 femmes ont été interrogées sur leur récente grossesse dans les 5 dernières années.

Ce tableau fait état d'une analyse comparative entre le recours à un type de personnel de santé pour les visites prénatales et l'assistance à l'accouchement. On note un écart de 9,21% entre la proportion de femmes qui n'ont été à aucune visite prénatale (10,20%) et celles qui ont accouché sans être assistées par un personnel (0,99%). 10% de femmes ne sont pas allées en visite prénatale. Par contre, on remarque une situation inverse pour le recours à un personnel non médical (1,19% pour les visites prénatales et 16,58% pour l'assistance à l'accouchement).

Tableau 7. Répartition des Visites prénatales (grossesse la plus récente au cours des 5 dernières années) et l'Assistance à l'accouchement selon le type de prestataires de santé.

Recours selon le type de personnel	Visite prénatale		Assistance à l'accouchement	
	N	%	N	%
Aucun personnel	1 128	10,20	110	0,99
Personnel médical	9 805	88,61	9 182	83,98
Personnel non médical	132	1,19	1 773	16,02
Total	11 065	100,00	11 065	100,00

## Chapitre IV : ANALYSE DU NON-TRAITEMENT DES ENFANTS MALADES EN CAS DE DIARRHÉE OU DE FIÈVRE

### 4.1. Prise en charge de la diarrhée

#### 4.1.1 Analyse descriptive

Pour rappel, la diarrhée a frappé 16,75% des 17 017 enfants de 0-5ans soit un enfant sur 6 sur les deux semaines qui ont précédé l'enquête. Ce niveau en terme absolu sur l'ensemble de la population montre que la diarrhée reste une maladie à prendre au sérieux à cause de ses conséquences.

Malgré l'accent sur la diarrhée dans la lutte de la mortalité infantile, les premiers résultats montrent un traitement relativement faible dans le secteur hospitalier officiel où seulement un enfant sur deux y est conduit lors d'un épisode morbide.

L'utilisation des services de santé non médicaux (fréquentation des officines pharmaceutiques sans ordonnance médicale, fréquentation des boutiques et recours aux guérisseurs traditionnels, etc.)<sup>1</sup> ne dépasse pas le seuil des 5%. Néanmoins, l'un des résultats marquants reste la proportion importante des enfants qui ne reçoivent aucun traitement en cas de maladie : soit près de 44%.

Tableau 7. Distribution des recours des services de santé pour les cas de diarrhée

<i>Secteur de traitement</i>	Cas de diarrhée	
	N	%
Aucun traitement	1 254	43,97
Publique	785	27,52
Privé	708	24,84
Non médical	104	3,66
Total	2 852	100

Fait plus au moins étonnant, on note que les enfants vivant en milieu urbain ont beaucoup plus tendance à ne pas recourir aux services de santé que ceux qui vivent en milieu rural. Le non-recours au traitement en cas de diarrhée est de 48% en milieu urbain alors qu'il est de 42% en milieu rural. En terme absolu, cet écart représente une population importante des enfants de moins de 5 ans.

<sup>1</sup> Pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique selon la définition proposée par l'OMS.

En approfondissant cette analyse par province, on observe trois provinces dont les proportions de non-utilisation des services de santé dépassent les 50% pour ces cas de diarrhée, entre autres : les provinces du Katanga, Kasai-Oriental et du Bandundu. C'est dans la province du Maniema pourtant très peu développé où on observe la plus faible proportion de non-recours au service de santé.

Tableau 8. Recours aux services de santé en cas de diarrhée par résidence et par province.

<i>Variables</i>	Secteur de traitement pour la diarrhée		
<i>Milieu de résidence</i>	Traitement	Aucun traitement	Total
Urbain	505 (52,00%)	466 (47,99%)	971 (100%)
Rural	1.093 (58,10%)	788 (41,89%)	1.881 (100%)
Total	1.598 (56,03%)	1.254 (43,97%)	2.852 (100%)
Pearson chi2(3) = 95,343 4 Pr = 0,000			
<i>Province</i>			
Kinshasa	135 (58,44%)	96 (41,55%)	231(100%)
Bandundu	188 (49,86%)	189 (50,13%)	377 (100%)
Bas-Congo	60 (63,82%)	35 (37,23%)	94 (100%)
Equateur	203 (53,99%)	173 (46,01%)	376 (100%)
Kasai-Occidental	188 (61,64%)	117 (38,36%)	305 (100%)
Kasai-Oriental	177 (48,76%)	186 (51,24%)	363 (100%)
Katanga	156 (44,83%)	192 (55,17%)	348 (100%)
Maniema	41 (80,39%)	10 (19,61%)	51 (100%)
Nord-Kivu	121 (62,69%)	72 (37,31%)	193 (100%)
Sud-Kivu	106 (51,71%)	98 (47,80%)	205 (100%)
Province orientale	223 (72,40%)	85 (27,60%)	308 (100%)
Total	1.598 (56,03%)	1.254 (43,97%)	2.852 (100%)
Pearson chi2(10) = 91,858 0 Pr = 0,000			

En matière de santé, l'éducation des femmes a souvent un large effet sur la survie des enfants. Elle renforce la capacité des femmes à créer des familles en bonne santé, à participer à la population active et à contribuer à l'économie nationale. Par ailleurs, Rodriguez et coll. (2016) a relevé son effet quelquefois inverse dans le recours au centre de santé. Elle constitue le déterminant le plus important de la santé de l'enfant (OMS, 2001).

Ce qui apparait à priori en observant les résultats est la différence relativement faible des écarts en fonction du niveau d'instruction des femmes. Quel que soit le niveau d'éducation des femmes, on observe que les proportions de fréquentations de services de pour les enfants qui ont souffert de diarrhée dans les deux semaines ayant précédées l'enquête dépassent les 50%. Néanmoins, on note que ce sont les femmes avec un niveau d'éducation élevé qui recourt le

moins au traitement dans une structure de santé en cas de diarrhée d'un enfant. Quant au niveau d'éducation du conjoint de sexe masculin, on note une proportion relativement faible de non-traitement dans le groupe des enfants nés des pères sans éducation (35,32%). Ces premiers résultats semblent aller dans le sens d'un effet contraire de l'éducation dans le traitement des enfants en cas de diarrhée. Les enfants des parents non instruits semblent être ceux pour lesquels le recours au traitement est le plus important. Mais cette conclusion reste une présomption à ce stade des analyses. Les modèles nous permettront de conclure définitivement sur l'effet de l'éducation qui est l'une des principales hypothèses de cette étude.

Tableau 9. Recours aux services de santé en cas de diarrhée selon l'éducation de femmes et des maris/partenaires.

<i>Variables</i>	Recours		
<i>Éducation de femmes</i>	Traitement	Aucun traitement	Total
Sans éducation	274 (56,84%)	208 (43,15%)	482 (100%)
Primaire	729 (57,22%)	545 (42,77%)	1.274 (100%)
Secondaire et plus	595 (54,23%)	501 (45,67%)	1.097 (100%)
Total	1.598 (56,03%)	1.254 (43,96%)	2.852 (100%)
Pearson chi2(3) = 12,551 5 Pr = 0,006			
<i>Éducation des maris</i>			
Sans éducation	130 (64,67%)	71 (35,32%)	201 (100%)
Primaire	292 (53,57%)	253 (46,42%)	545 (100%)
Secondaire et plus	1.077 (56,83%)	818 (43,16%)	1.895 (100%)
NSP	98 (46,44%)	112 (53,80%)	211 (100%)
Total	1.598 (56,03%)	1.254 (43,96%)	2.852 (100%)
Pearson chi2(3) = 11,559 7 Pr = 0,009			

Toutes les études réalisées dans le cadre de l'offre des services de soin de santé relèvent l'importance des aspects financiers dans la fréquentation des centres de santé. Les individus pauvres auraient du mal à accéder au centre de santé suite au cout des soins. Dans notre étude, l'approche est faite par la variable sur le niveau de vie qui diffère de l'approche du quintile le plus pauvre pour la simple raison que ce sont les enfants qui sont pris en compte dans nos analyses.

À ce propos, aucune tendance n'apparaît à ce stade sur le non-traitement en cas de diarrhée des enfants. Néanmoins, on note une proportion de près de 7% des enfants des familles très pauvres fréquentant les services non médicaux de santé et un seul enfant de famille très riche ayant fréquenté un service non médical.

En revanche et un peu paradoxalement, les proportions les plus élevées de non-fréquentations de services de santé sont observées chez les enfants des familles très riches (50,87%) et les enfants de famille très pauvre (45,40%) et pauvre (44,33%). On note également que ces enfants de familles très riches fréquentent plus les services privés que les services publics de santé. La même observation est faite pour les enfants de famille riche. Tandis que les enfants de classes moyennes et pauvres fréquentent le plus souvent les services publics de santé.

Partant des classes sociales de très pauvres aux plus riches, on note une décroissance des proportions : plus élevé est le niveau de vie, moins l'on ne recourt à aucun service de santé. La même observation est faite pour les recours aux services de santé non-médical : plus élevé est le niveau de vie, moins l'on recourt aux services de santé non-médical. On observe également un plus grand recours aux services publics de santé pour les enfants des familles d'un niveau de vie très pauvre à un niveau de vie moyen. Les enfants de famille riche font plutôt recours aux services privés de santé. Cette dernière situation peut s'expliquer par le coût élevé des services privé de santé par rapport aux services publics.

Tableau 10. Utilisation des services de santé pour la diarrhée selon le niveau de vie

Niveau de vie	Recours à un Service de santé				
	Aucun recours	Publique	Privé	Non médical	Total
Très pauvre	286 (45,40%)	172 (27,30%)	129 (20,48%)	44 (6,83%)	631 (100%)
Pauvre	258 (44,33%)	187 (32,13%)	107 (18,38%)	30 (5,15%)	582 (100%)
Moyen	198 (39,52%)	175 (34,93%)	113 (22,55%)	15 (2,99%)	501 (100%)
Riche	249 (40,10%)	170 (27,54%)	185 (29,79%)	16 (2,89%)	619 (100%)
Très Riche	264 (50,87%)	80 (15,41%)	174 (33,53%)	1 (0,19%)	519 (100%)
Total	1.255 (43,99%)	785 (27,51%)	708 (24,82%)	105 (3,65%)	2.852 (100%)

Pearson  $\chi^2(12) = 100,8528$  Pr = 0,000

#### 4.1.2 Analyse multivariée du non-traitement des enfants en cas de diarrhée

Pour rappel, nous avons émis quatre hypothèses principales en nous basant sur les facteurs de l'offre et de la demande des soins de santé. Par rapport à l'offre des soins de santé qui découlent davantage des facteurs structurels nous avons émis l'hypothèse d'une importance du non-traitement en milieu rural et dans les provinces (en comparant à la capitale) à en partant du fait d'une offre plus faible dans ces lieux. En considérant les facteurs de demande, la revue de la littérature nous a conduits à émettre trois hypothèses étroitement liées aux caractéristiques sociodémographiques des individus. On s'y attend à un non-recours au traitement plus important des pauvres par manque de moyens financiers dans la première hypothèse. Dans la

deuxième sur la demande on s'attend à un effet significatif de l'âge où les femmes plus âgées auront un sens positif de non-traitement suite à la présomption d'une plus grande expérience et d'un attachement relativement plus important aux pratiques traditionnelles. Et la dernière hypothèse se réfère au niveau d'instruction où nous émettons l'hypothèse d'un non-traitement plus important auprès des femmes avec un niveau d'instruction faible.

Les résultats de ces différents facteurs pour le cas du traitement de la diarrhée montrent une certaine relation entre le lieu de résidence en termes de province et l'âge des mères des enfants de 0 à 5 ans. En termes du milieu urbain et rural, il n'est pas possible de conclure. Néanmoins, on observe clairement que le non-recours au traitement est plus important en dehors de la ville province de Kinshasa (modalité de référence dans notre modèle).

Quant à l'hypothèse sur l'âge, on note pour la variable âge de la mère, une plus grande propension à ne pas conduire leurs enfants souffrant de diarrhée vers les services de santé chez les femmes plus âgées (45-49 ans). Cette variable âge met probablement en évidence la différence de comportement intergénérationnel face aux maladies en général et à la diarrhée en particulier. Les éléments de la littérature de plusieurs études montrent que les générations les plus âgées dans les milieux traditionnels affirment un ancrage plus important dans les pratiques traditionnelles. L'application des usages traditionnels en cas de maladie explique en grande partie la forte inertie dans ce groupe d'âge. Par ailleurs, l'expérience acquise est également mise en avant dans ce comportement. Les enfants généralement de rang supérieur bénéficient de l'expérience acquise avec les autres enfants. D'où la présomption d'une plus grande maîtrise auprès des femmes âgées en cas de maladie.

Le niveau d'instruction des hommes et des femmes ne montre pas de relation statistiquement significative dans le non-traitement de la diarrhée, ce qui va à l'encontre de l'hypothèse sur l'impact du niveau d'instruction.

Par rapport aux variables de contrôle, il convient de noter l'existence d'un lien de faible amplitude entre cette variable et la non-utilisation de services de santé. Les mères de religion chrétienne semblent ne pas vouloir solliciter les services de santé (près de deux fois plus que les autres religions mises ensemble) pour le traitement de leur enfant souffrant de diarrhée.

Tableau 11. Régression logistique de la Prise en charge de la diarrhée

<i>Variables</i>	Effet brut	Modèle (effet net)
<b><i>Sexe de l'enfant</i></b>		
Masculin (référence)	1 000	
Féminin	1 057	1 045
<b><i>Milieu de résidence</i></b>		
Urbain (référence)	1 000	
Rural	0,779*	1 012
<b><i>Province</i></b>		
Kinshasa (référence)	1 000	
Bandundu	1 403	2 409**
Bas-Congo	0,810	4 055***
Équateur	1 193	2 690***
Kasaï Occidental	0,875	1 421
Kasaï Oriental	1 469*	1 884*
Katanga	1 721*	2 148***
Maniema	0,344**	2,713***
Nord Kivu	0,832	1 866*
Province orientale	1 307	2 106**
Sud Kivu	0,532*	1 073
<b><i>Religion</i></b>		
Christianisme référence	1 000	
Autres	0,698*	0,645*
<b><i>Âge de la mère</i></b>		
45 et plus référence	1 000	
Moins de 25 ans	1 050	0,417*
25-34 ans	0,942	0,475
35-44 ans	1 215	0,618
<b><i>Éducation des mères</i></b>		
Sans éducation référence	1 000	
Primaire	0,983	0,868
Secondaire et plus	1 108	0,861
<b><i>Éducation des hommes</i></b>		
Sans éducation référence	1 000	
Primaire	1 583*	1 207
Secondaire et plus	1 391	1 076
NSP	2 091*	1 127
<b><i>Niveau de vie</i></b>		
Très pauvre référence	1 ,000	
Pauvre	0,962	0,886
Moyen	0,790	1 137
Riche	0,810	0,903
Très riche	1 250	1 506

Légende \*\*\* :  $p < 0,01$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \* :  $p < 0,1$   $N = 2852$

Sources des données : EDS-II, 2014

## 4.2 Prise en charge de la fièvre

### 4.2.1 Analyse descriptive

Près d'un enfant sur trois a souffert de la fièvre, soit 5 013 enfants ont souffert de fièvre les deux semaines qui ont précédé l'enquête. L'occurrence de la fièvre est plus importante que la diarrhée, et les conséquences également dans un pays où les infections bactériennes et le paludisme sont parmi les principales raisons de la mortalité infanto-juvénile. En dépit de ce risque élevé de mortalité, il demeure une proportion importante d'enfants qui n'ont suivi aucun traitement lors de cet épisode morbide. On observe dans le tableau n°12 que 42,43% n'ont eu aucun traitement.

Tableau 12. Recours aux services de santé en cas de fièvre.

Recours	Cas de fièvre	
	N	%
Aucun traitement	2 217	42,43
Service public de santé	1 365	27,23
Service privé de santé	1 357	27,06
Service non médical	164	3,28
Total	5 013	100

Le milieu de résidence ne semble pas avoir une influence sur le comportement des parents en cas de fièvre. Les proportions sont quasiment les mêmes en milieu urbain comme en milieu rural. Toutefois, en se référant aux provinces, la ville province de Kinshasa et la province du Nord Kivu sont celles où les niveaux de non-traitement sont les plus bas. Si pour Kinshasa cela paraît logique dans le Nord-Kivu, un tel niveau paraît surprenant avec la succession des crises politiques et de conflits armés qui sévissent dans cette contrée. Néanmoins, cette particularité de la province du Nord Kivu apparaît dans plusieurs rapports. Et l'une des explications est notamment la présence d'une multitude d'organismes internationaux et d'associations œuvrant dans le domaine de la santé pour venir en aide aux populations sinistrées. Le tableau n°13 nous présente ces résultats.

Tableau 13. Cas de fièvre chez les enfants selon les différents recours de soins par résidence et par province

<i>Variables</i>	Secteur de traitement pour la fièvre		
<i>Milieu de résidence</i>	Traitement	Aucun traitement	Total
Urbain	907 (57,47%)	671 (42,52%)	1.578 (100%)
Rural	1.978 (57,60%)	1.456 (42,40%)	3.434 (100%)
Total	2.885 (57,55%)	2.127 (42,42%)	5.013 (100%)
Pearson chi2(1) = 0,0029 Pr = 0,957			
<i>Province</i>			
Kinshasa	176 (73,94%)	62 (26,05%)	238 (100%)
Bandundu	354 (54,96%)	290 (45,03%)	644 (100%)
Bas-Congo	148 (56,48%)	113 (43,12%)	262 (100%)
Equateur	436 (56,44%)	331(43,15%)	767 (100%)
Kasaï-Occidental	285 (59,37%)	195 (40,62%)	480 (100%)
Kasaï-Oriental	366 (52,73%)	328 (47,26%)	694 (100%)
Katanga	295 (49,83%)	297 (50,16%)	592 (100%)
Maniema	79 (60,30%)	52 (39,69%)	131 (100%)
Nord-Kivu	218 (69,20%)	97 (30,79%)	315 (100%)
Sud-Kivu	180 (50,00%)	180 (50,00%)	360 (100%)
Province orientale	348 (65,66%)	181 (34,15%)	530 (100%)
Total	2.886 (57,57%)	2.127 (42,42%)	5.013 (100%)
Pearson chi2(10) = 53,391 2 Pr = 0,000			

Quant au niveau d’instruction, il semble y avoir une possible relation avec le non-traitement. Le tableau n° 14 montre que les enfants des parents les plus instruits connaissent moins d’épisodes de fièvre sans traitement. Néanmoins pour en être sûr, il est important de confronter ces résultats descriptifs à ceux de l’analyse multivariée où cette variable est contrôlée par plusieurs autres variables.

Tableau 14. Recours ou non aux services de santé pour les cas de fièvre selon l'éducation des parents

<i>Éducation des femmes.</i>	Recours		
	Traitement	Aucun traitement	Total
Sans éducation	479 (54,56%)	399(45,44%)	878 (100%)
Primaire	1.230 (56,11%)	962 (43,89%)	2.192 (100%)
Secondaire et plus	1 177(60,61%)	765 (39,39%)	1.942 (100%)
Total	2.886 (57,57%)	2 127(42,43%)	5.013 (100%)
Pearson chi2(3) = 12,551 5 Pr = 0,006			
<i>Éducation des maris</i>			
Sans éducation	172 (53,25%)	150 (46,44%)	323 (100%)
Primaire	522 (52,73%)	468 (47,27%)	990 (100%)
Secondaire et plus	2.001 (59,31%)	1.372 (40,66%)	3.374 (100%)
NSP	190 (58,28%)	136 (41,72%)	326 (100%)
Total	2.886 (57,57%)	2.127 (42,43%)	5.013 (100%)
Pearson chi2(3) = 11,559 7 Pr = 0,009			

Le niveau de vie ne présente pas une tendance nette pour sous-entendre un effet de cette variable sur le non-traitement de la fièvre. Les très riches affichent un écart assez visible avec le reste des classes sociales. Ils sont ceux qui affichent le niveau le plus faible de non-traitement des enfants en cas de fièvre. C'est également cette classe qui affiche une forte fréquentation du secteur privé. Ce qui est également intéressant à constater à ce stade est l'importance des non-recours au traitement dans la classe des plus pauvres. Pratiquement un enfant sur deux n'a suivi aucun traitement lors de l'épisode de fièvre. La prise en compte d'autres variables permettra d'évaluer l'intensité de cette relation dans notre modèle.

Tableau 15. Utilisation des services de santé pour la fièvre selon le niveau de vie

<i>Niveau de vie</i>	Recours à un service de santé				Total
	Aucun recours	Publique	Privé	Non médical	
Très pauvre	523 (46,70%)	309 (27,59%)	223 (19,91%)	66 (5,80%)	1.121 (100%)
Pauvre	430 (40,76%)	356 (33,84%)	235 (22,27%)	33 (3,13%)	1.054 (100%)
Moyen	450 (43,95%)	277 (26,95%)	257 (25,10%)	41 (4,00%)	1.025 (100%)
Riche	453 (42,26%)	288 (26,87%)	309 (28,82%)	22 (2,05%)	1.072 (100%)
Très Riche	271 (36,57%)	135 (18,22%)	331 (44,67%)	4 (0,54%)	741 (100%)
Total	2.127 (42,44%)	1.365 (27,23%)	1.355 (27,01%)	166 (3,29%)	5.013 (100%)

Pearson chi2(12) = 170,261 4 Pr = 0,000

## 4.2 Analyse multivariée du non-traitement des enfants en cas de fièvre

Dans l'interprétation des résultats, les hypothèses restent les mêmes. De ce fait, une attention particulière est mise sur le milieu de résidence, sur l'âge des mères, sur le niveau de vie et sur le niveau d'instruction des mères.

La prise en compte du milieu de résidence pour les épisodes morbides de fièvre montre un effet statistiquement significatif du milieu de résidence. En considérant premièrement le milieu urbain et rural, on note que le non-traitement est plus fréquent en milieu rural. Un résultat qui paraît contradictoire à première vue, n'allant pas dans le sens attendu dans notre hypothèse. Néanmoins, quelques pistes d'explication basées sur la revue de la littérature peuvent expliquer un tel résultat, notamment, la facilité de trouver un produit pharmaceutique en milieu urbain. En milieu rural congolais, il est important de souligner que dans la plupart des contrées, le centre de santé fait également office de pharmacie. Il existe ainsi une forme de contrainte tacite qui oblige les parents à se rendre en milieu hospitalier pour avoir un produit pharmaceutique pour l'enfant. Par ailleurs, il peut aussi y avoir une attitude de précaution plus importante en milieu rural. En effet si les centres de santé sont généralement à proximité en milieu urbain, ce n'est pas souvent le cas en milieu rural congolais. Les malades doivent parfois parcourir des longues distances avant de trouver un centre hospitalier, et encore bien plus si le cas s'aggrave tout en exigeant un transfert vers l'hôpital de référence de l'aire de santé. Une autre explication se réfère au coût des soins de santé qui est relativement bas en milieu rural. De ce qui précède, il est donc fort possible que le sens de la relation dans notre modèle logistique puisse expliquer un fait réel de la situation du non-traitement des enfants de 0 à 5 ans selon le milieu de résidence urbain ou rural en République Démocratique du Congo.

En considérant les provinces et en se référant à la ville de Kinshasa, on observe comme pour le cas de la diarrhée un non-recours au traitement plus élevé dans les autres provinces, excepté les trois provinces de l'Est de la RD Congo où il ne ressort pas de différence statistiquement significative avec la ville province de Kinshasa.

En dehors de ces variables en lien avec le milieu de résidence, le niveau d'instruction du père semble avoir un effet sur la fréquentation des centres hospitaliers. En effet, les enfants avec un père instruit ont moins d'épisodes de non-traitement que ceux dont le père a un niveau d'instruction faible.

Pour le reste des variables, dont le niveau de vie et l'âge de la mère, on n'observe pas de relation statistiquement significative dans le modèle. L'effet brut du niveau de vie montre un non-

traitement faible pour les très riches. Cependant l'absence de relation dans son effet net ne permet pas de confirmer la présomption de cette relation significative observée dans l'effet brut.

Tableau 16. Régression logistique de la non-utilisation des services de santé en cas de fièvre

<i>Variables</i>	<i>Effet brut</i>	<i>Modèle 1 (effet net)</i>
<b><i>Sexe de l'enfant</i></b>		
Masculin (référence)	1 000	
Féminin	0,971	0,964
<b><i>Milieu de résidence</i></b>		
Urbain (référence)	1 000	
Rural	0,995	0,735**
<b><i>Province</i></b>		
Kinshasa (référence)	1 000	
Bandundu	2 324***	2 218***
Bas-Congo	2 175**	2 043**
Équateur	2 155***	1 908***
Kasaï Occidental	1 941**	1 655**
Kasaï Oriental	2 542***	2 324***
Katanga	2 854***	2 549***
Maniema	1,861*	1,583
Nord Kivu	1,26	1 036
Province orientale	2 834***	2 520***
Sud Kivu	1 475*	1 315
<b><i>Religion</i></b>		
Autres	1 019	1 011
<b><i>Âge de la mère</i></b>		
45 et plus	1 000	
Moins de 25 ans	0,390	0,978
25-34	0,442	0,882
35-44	0,572	0,910
<b><i>Éducation des mères</i></b>		
Primaire	0,937	0,924
Secondaire et plus	0,779*	0,716
<b><i>Éducation des hommes</i></b>		
Primaire	1 028	0,950
Secondaire et plus	0,786	0,716*
NSP	0,819	0,755
<b><i>Niveau de vie</i></b>		
Très pauvre	1 000	
Pauvre	0,786*	0,814
Moyen	0,893	0,971
Riche	0,834	0,877
Très riche	0,658**	0,731

Légende \*\*\* :  $p < 0,01$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \* :  $p < 0,1$  N= 5 013

Sources des données : EDS-II, 2014

#### 4.4 Conclusion partielle

L'analyse du non-traitement des enfants lors d'un épisode morbide de diarrhée ou de fièvre fait apparaître globalement différences sur les déterminants du non-traitement des enfants de 0 à 5 ans en présence de l'une de ces deux maladies. De ce fait, nos hypothèses de travail ne se vérifient pas de la même manière dans un cas comme dans l'autre. Le résultat commun aux deux maladies est le lieu d'habitation en termes de province. Le non-traitement des enfants est généralement plus important en dehors de la ville de Kinshasa. Le fait de la rareté de ce genre d'étude à l'échelle nationale de la RD Congo ne donne pas une étude de référence pour une discussion objective sur ce résultat. Il a également été difficile de considérer une autre province comme province de référence n'ayant pas assez d'éléments objectifs pour une discussion des résultats. Néanmoins, il apparaît logique que les femmes aient moins de non-traitement de leurs enfants à Kinshasa où l'offre des soins de santé présente une forte accessibilité géographique. Quant au milieu rural, les résultats obtenus ne se présentent pas dans le sens attendu pour la fièvre, et ne sont pas statistiquement significatifs pour le cas de la diarrhée. Les résultats obtenus pour la fièvre pourraient s'expliquer par la difficulté de s'enquérir des produits pharmaceutiques en dehors des centres hospitaliers en milieu rural.

Mbutiwi et coll. (2013) et Manzambi (2009) vont dans ce sens dans leur étude sur l'automédication dans les villes. Selon ces auteurs, la disponibilité des produits pharmaceutiques à chaque coin de rue et les prescriptions habituelles des mêmes produits pharmaceutiques lors des épisodes morbides conduisent les parents à une anticipation plutôt qu'à se rendre dans un centre hospitalier en ville. Il ne nous est donc pas possible de confirmer l'hypothèse selon laquelle le non-traitement est plus fréquent en milieu rural.

Sur les hypothèses ayant trait aux caractéristiques sociodémographiques, ces derniers semblent ne semblent pas être très déterminant dans l'explication du non-traitement de la diarrhée et de la fièvre. Les résultats sont faiblement significatifs dans les deux cas. Pour les cas de la diarrhée, les femmes les plus âgées apparaissent comme celles qui ne recourent pas fréquemment à un traitement lorsque les enfants traversent un épisode morbide de diarrhée. Avec un peu de recul, ce résultat permet de confirmer l'hypothèse émise sur l'influence positive de l'âge sur le recours au non-traitement dans le cas de la diarrhée. Cependant, il ne se vérifie pas pour les cas de la fièvre où il n'est pas significatif.

Une autre hypothèse de base concerne le niveau d'instruction. Une fois encore, il ne ressort pas une nette influence du niveau d'instruction sur le non-traitement des enfants. Dans les deux modèles, aucune influence ne ressort lorsqu'on considère le niveau d'instruction des mères. Par

contre pour celui des pères, les résultats montrent un non-traitement faible chez les pères les plus instruits pour le cas de la fièvre. Le niveau de vie ne donne aucun résultat significatif. Il faut noter que ce niveau de vie ne correspond pas au quintile selon le revenu. D'abord la population des enfants ne respecte pas les proportions des quintiles. Par ailleurs, l'indicateur présenté est composite. Il représente donc toute une série de facteurs pris en compte dans l'élaboration de cet indicateur.

Au final, les facteurs liés à l'offre des services de soin de santé semblent être plus déterminants dans l'explication du recours ou non à un traitement en cas de diarrhée ou de fièvre chez les enfants de 0 à 5 ans.

Nos analyses auraient été assez complètes avec des informations sur la durée entre le début de la maladie et le recours à un traitement. Par ailleurs, une étude qualitative sur la perception de ces deux maladies est également nécessaire. Savoir à partir de quel moment la diarrhée ou la fièvre est considérée comme une maladie. Cela est d'autant plus vrai pour la diarrhée qui est souvent perçue comme une indigestion alimentaire plutôt qu'une infection nécessitant des produits appropriés.

# Chapitre V : VISITES PRÉNATALES ET ASSISTANCE A L'ACCOUCHEMENT DES FEMMES ENCEINTES

## 5.1 Visites prénatales

Depuis trois décennies, la consultation prénatale est considérée comme le facteur le plus important de la lutte contre la mortalité infantile, et globalement le niveau de consultation est à un niveau jugé acceptable (MICS, 2000 ; EDS II 2013-2014). Néanmoins, dans les objectifs de développement durable (ODD), une des cibles est d'atteindre une fréquentation prénatale de plus de 95% dans l'ensemble de la RD Congo de de comprendre davantage les facteurs qui expliquent la non-fréquentation à la CPN qui persiste malgré toute une série d'action menée (PNUD, 2014).

### 5.1.1 Analyse descriptive

Globalement, les résultats montrent une fréquentation importante à la CPN de quasiment 9 femmes enceintes sur 10. Cependant dans un pays à forte fécondité dont la population des femmes de 15 à 49 ans est importante, il est important d'accroître davantage cette fréquentation. Le niveau de cet indicateur, cache cependant de fortes disparités lorsque sont pris en compte d'autres facteurs dont le milieu de résidence, le niveau d'instruction, le niveau de vie, etc.

En rapport au milieu de résidence, il apparaît par exemple un écart considérable de non-fréquentation à la CPN par les femmes enceintes. Une femme sur huit ne se rend pas à la CPN en milieu rural alors que cette proportion est de 1 femme sur 20 en milieu urbain. En tenant compte des provinces, cette forte disparité apparaît également. Entre la ville province de Kinshasa par exemple et la province du Katanga, on est respectivement à un niveau de 2% et de 20%. Un écart de 18 points qui fait ressortir les réalités contextuelles de la RD Congo. En dehors de Kinshasa, ce sont les provinces du Bas-Congo et la province orientale qui présentent des proportions de non-fréquentations inférieures à 5%. Excepté la province du Maniema (7%), le reste des provinces sont à plus de 10% de non-fréquentation à la CPN. Le test de Khi deux confirme cette présomption de l'existence d'une relation entre la non-fréquentation et le milieu de résidence.

Tableau 17. Visites prénatales et Assistance à l'accouchement selon le type de résidence

<i>Milieu de résidence</i>	Secteur de Visites prénatales		
	Aucun recours	Recours à un Personnel de santé	Total
Urbain	188 (5,36%)	3.317 (94,64%)	3.505 (100%)
Rural	940 (12,43%)	6.620 (87,57%)	7.560 (100%)
Total	1.128 (10,19%)	9.937 (89,81%)	11.065 (100%)
Pearson chi2(2) = 224,738 7 Pr = 0,000			
<i>Province</i>			
Kinshasa	22 (2,48%)	866 (97,52%)	888 (100%)
Bandundu	162 (14,36%)	1.670 (91,16%)	1.862 (100%)
Bas-Congo	26 (2,30%)	519 (95,23%)	545 (100%)
Equateur	200 (12,80%)	1.362 (87,20%)	1.562 (100%)
Kasaï-Occidental	86 (10,94%)	700 (89,06%)	787 (100%)
Kasaï-Oriental	200 (17,35%)	953 (82,65%)	1.153 (100%)
Katanga	233 (20,19%)	921 (79,81%)	1.154 (100%)
Maniema	27 (7,09%)	354 (92,91%)	381 (100%)
Nord-Kivu	22 (2,61%)	821 (97,39%)	843 (100%)
Sud-Kivu	118 (11,23%)	933 (88,77%)	610 (100%)
Province orientale	31 (3,69%)	808 (96,31%)	839 (100%)
Total	1.128 (10,19%)	9.937 (89,81%)	11.065 (100%)
Pearson chi2(10) = 510,969 7 Pr = 0,000			

Le niveau d'instruction montre également une nette différence du niveau de non-fréquentation selon que le niveau d'instruction des femmes ou des hommes est élevé. On observe une tendance presque linéaire allant de 16% de non-fréquentation pour les femmes sans instruction à 4% pour les plus instruites. De même chez les partenaires de sexe masculin, on observe une non-fréquentation faible des femmes dont le conjoint a un niveau d'instruction élevée.

Tableau 18. Visites prénatales selon le niveau d'éducation des femmes et des maris/partenaires

<i>Variables</i>	Visites prénatales		
<b><i>Niveau d'instruction de femmes</i></b>	Aucun recours à un personnel	Recours à un Personnel médical ou non	Total
Sans éducation	323 (16,23%)	1667 (83,77%)	1990 (100%)
Primaire	598 (12,75%)	4091 (86,71%)	4689 (100%)
Second et plus	207 (4,72%)	4179 (94,74%)	4386 (100%)
Total	1128 (10,19%)	9937 (89,80%)	11 065 (100%)
Pearson chi2(4) = 363,498 1 Pr = 0,000			
<b><i>Niveau d'instruction des hommes</i></b>	Aucun recours à un personnel	Recours à un Personnel médical ou non	Total
Sans éducat	117 (14,58%)	671 (85,15%)	788 (100%)
Primaire	333 (14,87%)	1907 (85,13%)	2240 (100%)
Second et plus	594 (8,34%)	6529 (91,66%)	7123 (100%)
NSP	85 (9,28%)	831 (90,72%)	916 (100%)
Total	1128 (10,19%)	9937 (89,81%)	11 065 (100%)
Pearson chi2(6) = 161,385 1 Pr = 0,000			

Quant à l'appartenance à une religion, il n'apparaît pas une grande différence entre les chrétiennes et les autres religions (kimbanguistes, Islam, animisme, etc.). Le niveau de non-fréquentation passe de 10% pour les chrétiennes à 11,5% pour les femmes non chrétiennes.

Tableau 19. Visites prénatales selon la religion (croyances)

<i>Croyance</i>	Visites prénatales			
	Aucun personnel	Personnel méd	Personnel non-méd	Total
Christianisme	1.023 (9,92%)	9.163 (88,88%)	123 (1,19%)	10 309 (100%)
Autres religions	105 (11,46%)	643 (87,46%)	8 (1,08%)	756 (100%)
Total	1.128 (10,19%)	9.806 (88,62%)	131 (1,18%)	11 065 (100%)

Pearson chi2(4) = 54,216 4 Pr = 0,000

Cet écart est encore plus important lorsqu'on analyse la non-fréquentation selon le niveau de vie des ménages. Les femmes les plus pauvres sont celles qui fréquentent le moins la CPN. Elles ont un niveau de non-fréquentation de 22%, près d'une femme sur 4 alors qu'il est de 4% pour les femmes des ménages les plus riches. On remarque également une tendance quasi linéaire de la non-fréquentation selon le niveau de vie, et le test de Khi deux conforte cette forte présomption de l'existence d'une relation entre le niveau de vie et la consultation prénatale.

Tableau 20. Recours à un personnel de santé pour les Visites prénatales selon le niveau de vie

Niveau de vie	Visite prénatale			
	Aucun personnel	Personnel médical	Personnel non médical	Total
Très pauvre	660 (22,18%)	2.253 (75,73%)	62 (2,08%)	2.975 (100%)
Pauvre	358 (14,29%)	2.105 (84,00%)	43 (1,72%)	2.506 (100%)
Moyen	247 (10,64%)	2.049 (88,28%)	25 (1,08%)	2.321 (100%)
Riche	127 (6,49%)	1.817 (92,85%)	13 (0,66%)	1.957 (100%)
Plus riche	56 (3,65%)	1.473 (96,02%)	5 (0,33%)	1.534 (100%)
Total	1.448 (12,82%)	9.697 (85,87%)	148 (1,31%)	11.293 (100%)

Pearson  $\chi^2(8) = 481,0144$  Pr = 0,000

### 5.1.2 Analyse multivariée

Les hypothèses précédemment évoquées relatives à l'offre et à la demande des soins de santé sont les mêmes qui nous conduisent dans les analyses des facteurs influençant la non-consultation prénatale des femmes portant une grossesse. Il convient toutefois de signaler que nous présentons 3 modèles pour les analyses sur la non-fréquentation à la CPN et dans la suite. Le premier modèle est exactement le même que celui utilisé précédemment dans l'étude du non-traitement des enfants. Dans les deux autres modèles, le milieu de résidence et le niveau de vie sont pris séparément à cause d'une présomption d'une forte colinéarité de ces deux variables lorsqu'elles sont prises ensemble dans l'analyse du manque de consultation à la CPN et dans la suite. Le modèle 2 présente donc toutes variables sans le niveau de vie ; et le modèle 3 toutes les variables à l'exception du milieu de résidence.

Au regard des résultats des différents modèles, toutes les hypothèses émises sont vérifiées à l'exception de l'hypothèse sur les âges des mères qui semble n'avoir aucun effet significatif sur le non-recours à la CPN.

Le milieu de résidence semble être un facteur significatif augmentant le risque de non-fréquentation de la CPN des femmes portant leurs grossesses. Ce résultat va dans le sens des conclusions de plusieurs études menées en RD Congo (Dunia GM, 2013 ; Cilundika et al., 2015). L'une des explications de l'importance de la non-fréquentation en CPN est consécutive à l'accessibilité culturelle en milieu rural. Dans un rapport (PNUD, 2007), il a été relevé que les conjoints ne permettent pas à leurs épouses de se rendre dans les CPN lorsque le professionnel de santé est un homme. Ils préfèrent, à la place, que leurs épouses se fassent consulter par une sage-femme dans le village plutôt que d'aller voir un spécialiste de sexe masculin. Néanmoins, les aspects liés à l'offre de soin de santé gardent toute leur importance dans l'étude des facteurs de non-fréquentation de la CPN. À ce titre, on relève la distance géographique, la disponibilité des spécialistes, etc.

Les provinces où le risque de non-consultation est le plus important sont les provinces du grand Kasai et la province du Maniema. Un résultat intéressant qui apparait est le risque de non-fréquentation moins élevé que celui de la ville de Kinshasa (modalité de référence). Il s'agit des provinces du Nord et Sud Kivu et la province du Bas-Congo où le risque semble sensiblement inférieur à celui de Kinshasa.

L'effet du niveau d'éducation se confirme dans tous les modèles. Les femmes les plus instruites sont celles qui affichent un plus faible risque de non-fréquentation de la CPN lors d'une grossesse contrairement aux moins instruites où le risque est plus important. De même, les femmes dont le conjoint est instruit ont un faible risque de non-fréquentation.

Par rapport au niveau de vie, il apparait un risque faible de non-fréquentation de la CPN lorsque la femme appartient à un ménage riche. Ayant contrôlé plusieurs autres variables, ces résultats supposent une relative accessibilité financière lorsque le foyer est riche.

Tableau 21. Régression logistique des visites prénatales

<i>Variables</i>	<i>Effet brut</i>	<i>Modèle 1 (effet net)</i>
<b><i>Sexe de l'enfant</i></b>		
Masculin (référence)	1 000	
Féminin	0,947	0,961
<b><i>Milieu de résidence</i></b>		
Urbain (référence)	1 000	
Rural	2 498***	1 838***
<b><i>Province</i></b>		
Kinshasa (référence)	1 000	
Bandundu	3 737***	1 652*
Bas-Congo	1 994*	0,455*
Équateur	5 748***	2 747***
Kasaï Occidental	4 832***	2 690***
Kasaï Oriental	8 199***	4 300***
Katanga	9 899***	4 806***
Maniema	3,011**	1,708*
Nord Kivu	1 025	0,393**
Province orientale	4 961***	1 953*
Sud Kivu	1 491	0,305**
<b><i>Religion</i></b>		
Christianisme (référence)	1 000	
Autres	1 459**	1 249*
<b><i>Âge de la mère</i></b>		
45 et plus (référence)	1 000	
Moins de 25 ans	0,489	0,572**
25-34	0,509	0,671*
35-44	0,691	0,760
<b><i>Éducation des mères</i></b>		
Sans éducation (référence)	1 000	
Primaire	0,754**	0,684***
Secondaire et plus	0,256***	0,357***
<b><i>Éducation des hommes</i></b>		
Sans éducation (référence)	1 000	
Primaire	0,999	0,855
Secondaire et plus	0,521***	0,611***
NSP	0,584**	0,713*
<b><i>Niveau de vie</i></b>		
Très pauvre (référence)	1 000	
Pauvre	0,572***	0,455
Moyen	0,420***	0,430
Riche	0,259***	0,237
Très riche	0,169***	0,171

Légende \*\*\* :  $p < 0,01$  ; \*\* :  $p < 0,05$  ; \* :  $p < 0,1$  N= 11 065

Sources des données : EDS-II, 2014

## 5.2 Assistance à l'accouchement

### 5.2.1 Analyse descriptive

Sur la santé des femmes enceintes, l'impact de l'assistance des accouchements par un personnel qualifié sur la réduction de la mortalité maternelle n'est plus à démontrer. Graham et al. (2001) précisent que la corrélation entre réduction de la mortalité maternelle et la présence d'un agent qualifié semble plus forte lorsque celui-ci est un médecin plutôt qu'une infirmière ou une sage-femme. Cet indicateur ne peut toutefois avoir de sens que si le personnel compétent dispose du matériel et de l'équipement suffisants, d'une infrastructure adéquate et d'un système adéquat de communication, de transport et d'aiguillage vers des spécialistes, si nécessaire (ESPK&DHS Program ICF, 2019).

Pour les femmes qui ont accouché dans les cinq dernières années qui ont précédé l'enquête, le tableau n°21 indique des très faibles effectifs de femmes qui n'ont pas été assistées par un personnel de santé pendant leur accouchement.

Tableau 21. Cas d'accouchement selon le personnel assistant par province

<i>Milieu de résidence</i>	Assistance à l'accouchement		
	Aucun personnel assistant	Personnel médical ou non médical assistant	Total
Urbain	17 (0,49%)	3488 (99,51%)	3.505 (100%)
Rural	92 (1,22%)	7469 (98,78%)	7561 (100%)
Total	109 (0,98%)	10 956 (99,01%)	11.065 (100%)
Pearson chi2(2) = 1.1e+03 Pr = 0,000			
<i>Province</i>			
Kinshasa	8 (0,90%)	880 (99,10%)	888 (100%)
Bandundu	15 (0,15%)	1.847 (99,19%)	1862 (100%)
Bas-Congo	2 (0,37%)	543 (99,63%)	545 (100%)
Equateur	22 (1,41%)	1.539 (98,59%)	1561 (100%)
Kasaï-Occidental	12 (1,53%)	774 (98,47%)	786 (100%)
Kasaï-Oriental	16 (1,39%)	1.137 (98,61%)	1153 (100%)
Katanga	25 (2,16%)	1.130 (97,84%)	1155 (100%)
Maniema	0 (0,00%)	381 (100%)	381 (100%)
Nord-Kivu	0 (0,00%)	843 (100%)	843 (100%)
Sud-Kivu	9 (0,86%)	1.043 (99,14%)	1052 (100%)
Province orientale	1 (0,12%)	838 (99,88%)	839 (100%)
Total	110 (100%)	10 955 (100%)	11 065 (100%)
Pearson chi2(10) = 64,035 9 Pr = 0,000			

Pour le recours à un personnel de santé ou non à un personnel de santé selon l'éducation des femmes et des hommes, on observe le non-recours à des proportions très faibles. Dans ce groupe de femmes qui n'ont recouru à aucun personnel, on observe les plus grandes proportions chez les femmes sans instructions. Comme décrit dans le cas des visites prénatales, les proportions des femmes qui n'ont pas été assistées par un personnel décroissent au fur et à mesure que ces femmes ont un niveau d'instruction plus élevé. Le niveau d'instruction dans les cas d'assistance à l'accouchement semble influencer sur le non-recours à un personnel médical ou non.

Tableau 22. Assistance ou non-assistance par un personnel de santé selon l'éducation des hommes et des femmes.

<i>Éducation de femmes</i>	Assistance à l'accouchement		
	Aucun personnel assistant	Personnel médical ou non médical assistant	Total
Sans éducation	28 (1,41%)	1962 (98,60%)	1990 (100%)
Primaire	57 (1,22%)	4632 (96,78%)	4689 (100%)
Second et plus	25 (0,57%)	4361 (99,43%)	4386 (100%)
Total	110 (0,99%)	10.955 (99,00%)	11 065 (100%)
Pearson chi2(4) = 637,641 6 Pr = 0,000			
<i>Éducation de maris/partenaires</i>	Aucun personnel assistant	Personnel médical ou non médical assistant	Total
Sans éduc	9 (1,14%)	587 (98,86%)	788 (100%)
Primaire	29 (1,30%)	1693 (98,70%)	2239 (100%)
Second et plus	67 (0,94%)	6120 (99,60%)	7123 (100%)
NSP	4 (0,44%)	783 (99,56%)	915 (100%)
Total	109 (0,98%)	9183 (99,01%)	11 065 (100%)
Pearson chi2(6) = 218,586 2 Pr = 0,000			

Le présent tableau montre l'assistance ou non à l'accouchement par un personnel de santé selon les croyances. Il n'y a aucun lien significatif établi entre la religion et le recours ou non à un personnel de santé en cas d'accouchement.

Tableau 23. Assistance ou non-assistance à l'accouchement par un personnel selon la religion

<i>Religion (Croyance)</i>	Assistance à l'accouchement		
	Personnel médical ou non médical assistant	Aucun personnel assistant	Total
Christianisme	10.205 (98,99%)	104 (1,01%)	10.309 (100%)
Autres	751 (99,34%)	5 (0,66%)	756 (100%)
Total	10.956 (99,01%)	110 (0,99%)	11.065 (100%)

Pearson chi2(1) = 0,000 1 Pr = 0,994

Par rapport au non-recours à un personnel de santé en cas d'accouchement selon les niveaux de vie, on peut observer dans le tableau n°24, encore une fois de plus les faibles observations. Néanmoins, parmi ces femmes, on remarque un lien significatif entre le fait d'être pauvre et de ne pas recourir à un personnel de santé, on observe donc, une plus grande propension pour les pauvres à ne pas recourir à un personnel de santé.

Tableau 24. Recours à un personnel de santé pour accouchement selon le niveau de vie

<i>Niveau de vie</i>	Assistance à l'accouchement		
	Aucun personnel	Personnel de santé	Total
Très pauvre	37 (1,54%)	2.363 (98,45%)	2.400 (100%)
Pauvre	30 (1,25%)	2.370 (98,75%)	2.400 (100%)
Moyen	22 (0,97%)	2.243 (77,60%)	2.265 (100%)
Riche	10 (0,48%)	2.039 (99,51%)	2.049 (100%)
Plus riche	9 (0,46%)	1.942 (99,53%)	1.951 (100%)
Total	109 (1,16%)	10.956 (77,39%)	11.065 (100%)

Pearson chi2(8) = 966,738 1 Pr = 0,000

### 5.2.3. Conclusion partielle

Visiblement, cette observation générale sur les faibles effectifs de femmes qui n'ont pas été assistée par des agents de santé lors de leur accouchement se confirme par un rapport du PNUD en RD Congo qui stipule que les accouchements assistés par un personnel qualifié sur l'ensemble du pays étaient en nette progression, se situant à 80,1% en 2013-2014 (PNUD, 2014 ; EDS II, 2013-2014).

Avec des telles effectifs, il est difficile de faire une analyse de régression logistique comme pour la visite prénatale ainsi que celles de la santé de l'enfant.

## 6. CONCLUSION GENERALE

Le non-traitement des enfants et le manque du recours à la consultation prénatale par les femmes enceintes reste une préoccupation dans la lutte contre la mortalité infanto-juvénile et la mortalité maternelle en RD Congo. Cette étude met à jour les difficultés qui demeurent à l'administration d'un traitement aux enfants de 0 à 5 ans lors des épisodes morbides de fièvre et de diarrhée. Elle montre également que le manque de consultation prénatale perdure à un niveau relativement important chez les femmes porteuses d'une grossesse les 5 années qui ont précédé la dernière enquête démographique et de santé de 2013-2014.

Pour circonscrire cette étude, 4 hypothèses ont été émises en prenant en compte des facteurs relatifs à l'offre et à la demande des services de soin de santé en RD Congo.

Pour la première hypothèse énonçant un risque important de non-traitement et de manque dans consultation prénatale en milieu rural, les résultats vont dans trois sens différents. Pour le cas de la diarrhée, les résultats non significatifs ne permettent pas de retenir notre hypothèse. Lorsqu'ils sont significatifs dans le non-traitement de la fièvre, le sens de la relation est contraire à celui attendu dans l'hypothèse. En effet, en milieu rural, il apparaît un risque inférieur de non-traitement en cas de fièvre chez les enfants de 0 à 5 ans. C'est donc en milieu urbain que le risque de non-traitement est plus important. Les limites des données utilisées ne nous ont pas permis d'approfondir les analyses pour comprendre davantage cet effet inverse observé dans notre modèle. Néanmoins, le recours à la littérature existante suggère un effet de contrainte suite à la disponibilité des produits pharmaceutiques en milieu rural qui ne se retrouvent habituellement que dans les centres de santé. Seul le résultat sur les consultations prénatales des femmes enceintes permet confirmer l'hypothèse du risque de non-traitement plus important en milieu rural. Néanmoins, il convient de signaler que la ville de Kinshasa reste généralement la province qui affiche les niveaux de non-fréquentation les plus faibles.

Pour le reste des hypothèses prenant en compte les facteurs sociodémographiques, les résultats sont mitigés. L'influence du niveau d'instruction se manifeste clairement comme un facteur qui réduit les risques de non-traitement chez les femmes enceintes. Pour le non-traitement des enfants, la faiblesse ou l'absence de significativité ne permet pas d'y relever un effet évident. Pour l'hypothèse du niveau de vie comme stimulus au traitement, seul le cas des femmes enceintes permet de confirmer l'hypothèse. Il ne se vérifie pas dans le cas du non-traitement de la diarrhée et de la fièvre chez les enfants de 0 à 5 ans. Quant à l'hypothèse appuyant un comportement différent selon l'âge des mères, il ne se vérifie que pour la diarrhée. Dans les deux autres cas, aucun résultat significatif n'apparaît.

Au final, notre étude s'inscrit comme une tentative à expliquer la fréquentation des centres de santé en procédant à une démarche inverse de celle habituellement suivie. Plutôt que de se focaliser sur les facteurs du traitement ou de la consultation prénatale, cette démarche présente l'avantage de rechercher les facteurs contraignants qui ne sont pas nécessairement l'inverse des facteurs favorisant la fréquentation des centres de santé. Par ailleurs, cette étude montre la nécessité d'une approche longitudinale sur la trajectoire suivie lors d'un épisode morbide chez l'enfant. En effet, réfléchir en termes de traitement et de non-traitement voile les mécanismes qui se mettent en place dès l'instant de l'apparition des premiers symptômes de la maladie. De plus, réfléchir en termes de traitement ne mentionne pas la durée qui s'écoule entre le début de la maladie et l'arrivée au centre hospitalier.

Notre recommandation est donc de poursuivre cette étude en encourageant l'approche longitudinale enrichie par des interviews qualitatives permettant de mieux appréhender la compréhension du concept de « non-traitement » et également ceux se rapportant aux maladies retenues. En effet, il n'est pas toujours évident de définir clairement à partir de quel moment un enfant peut être considéré comme étant malade : une maman dira que son enfant souffre de la diarrhée au moment où une autre considèrera encore comme normale la mollesse des selles de son enfant !

## 7. BIBLIOGRAPHIE

- Akoto EM, Tabutin D, (1989). Les inégalités socioculturelles devant la mort in Rodriguez J. & Wachsberger, (2016). L'automédication en République Démocratique du Congo : choix ou contrainte. *African Population Studies*, 30 (1) : 2242-2254.
- Allaire J., (2008), Vers la sortie de route ? Les transports face au défi de l'énergie et du climat, *Liaison* N°81. Indd, <http://bd1941.phpnet.org/IMG/pdf/GC26LEF81p127-131.pdf>
- Banque mondiale&OMS, (2017), La couverture santé universelle en Afrique : un cadre pour l'action, Résumé analytique, on line : [pubdocs.worldbank.org/en/366291472219573738/UHC-IN-AFRICA-FR.0](http://pubdocs.worldbank.org/en/366291472219573738/UHC-IN-AFRICA-FR.0)
- Banque mondiale, (2018a), Pauvreté : Vue d'ensemble, on line : <https://www.banquemondiale.org/fr/topic/poverty/overview>, page consultée le 10/07/2019
- Banque mondiale, (2018b), Rapport 2018 sur la pauvreté et la prospérité partagée : compléter le puzzle de la pauvreté, on line : <https://www.banquemondiale.org/fr/research/brief/poverty-and-shared-prosperity-2018-piecing-together-the-poverty-puzzle-frequently-asked-questions>, page consultée le 10/07/2019
- Bedford J., (2018). Considérations clés : comportements en matière de santé dans la province de l'Équateur, RD Congo, [https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/123456789/13826/SSHAP Considérations clés comportements en matière de santé dans la province de l'Équateur RDC.pdf?sequence=18&isAllowed=y](https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/123456789/13826/SSHAP_Considerations%20cl%C3%A9s%20comportements%20en%20mat%C3%A9re%20de%20sant%C3%A9%20dans%20la%20province%20de%20l'Equateur%20RDC.pdf?sequence=18&isAllowed=y)
- Beroud C, Egli Y, Perret A. (1998), Satisfaction des patients du CHUV en 1996-1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998 (Raisons de santé, 30).
- Berthélemy J.-C., Seban J., (2009), Dépenses de santé et équité dans l'accès aux services de santé dans les pays en développement, *De boeck supérieur* | « revue d'économie du développement » 2009/1 vol. 17 | pages 33 à 71 issn 1245-4060 isbn 2 804 102 586 <https://www.cairn.info/revue-d-economie-du-developpement-2009-1-page-33.htm>
- Boissonnat-Pelsy, H. & Sibue-DeCaigny, C. (2006). Accès aux soins des populations défavorisées : la relation soignant-soigné. *Laennec*, tome 54(2), 18-30. doi:10.3917/lae.062.0018.
- Brügger S., Sottas B., Jaquier A., (2015), « Égalité des chances dans l'accès aux soins », *PRIMARYCARE – LE JOURNAL SUISSE DES MÉDECINS DE PREMIER RECOURS* ;15(3) :47–49, EMH Media
- Brunner B., Combet V., Callahan S., Holtz J., Mangone E., Barnes J., Clarence C., Assi A., Gober S. (2018). Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo. Bethesda, MD : Abt Associates
- Cantrelle P., Diop L., Garenne M., Gueye M., Sadio A., (1986). The profile of mortality and its determinants in Senegal, 1966-1980, *Population Studies* 94: 86:116 in Rodriguez J. & Wachsberger, (2016). L'automédication en République Démocratique du Congo : choix ou contrainte. *African Population Studies*, 30 (1) : 2242-2254.

- Centre Nationale de Coopération pour le Développement (CNCD), (2016), La santé, une marchandise ? Les dangers d'une commercialisation des soins de santé, [www.protectionsociale.be](http://www.protectionsociale.be), on line : [https://www.cncd.be/IMG/pdf/dossier\\_sante\\_fr\\_web.pdf](https://www.cncd.be/IMG/pdf/dossier_sante_fr_web.pdf)
- Chambaud, L. (2018). Accès aux soins : éléments de cadrage. *Regards*, 53(1), 19-28. <https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-19.htm>.
- Cilundika M. P., Muse K. E., Kikunda K. G., Mwelwa M. C., Katanga M. S., Mukomena S. E., Mashini N. G., Luboya N. O. (2015). 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. *The Pan African Medical Journal*. 2015;21:173. doi:10.11604/pamj.2015.21.173.6554.
- Cotting M., (2015), Masculinités et santé maternelle : comment mobiliser les hommes dans la réduction de la mortalité maternelle ?, USI, CEI, CRCHUM, 2015
- Coulibaly I., Keita B., Kuepie M., (2008), « Les déterminants du recours thérapeutique au Mali : entre facteurs socioculturels, économiques et d'accessibilité géographique », *AFRILUX* N°3 Décembre 2008
- Diagne A., (2007), Investir sur le capital humain : éducation et santé, African Development Bank 2007. Published by Blackwell Publishing Ltd, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1467-8268.2007.00159.x>
- Diaz Olvera L., Plat D., Pochet P. (2011), Se déplacer pour se soigner. Pratiques et obstacles à Conakry et Douala, *Cahiers de Géographie du Québec*, Vol. 55, n°156, pp. 555-573.
- Dunia G. M. (2013). Implantation des sites de soins communautaires en République Démocratique du Congo: consécration d'un double standard dans l'accès aux soins [Implementation of community care sites in the Democratic Republic of Congo: consecration of a double standard in access to care]. *The Pan African medical journal*, 14, 158. doi:10.11604/pamj.2013.14.158.2003.
- Global Burden Disease, (2014), infant-juvenile mortality in DR Congo, Institute for Health Metrics and Evaluation GBD 2017 © 2019 University of Washington, on line: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, page consultée le 12/07/2019.
- Gueguen J., (2017). Evaluation des médecines complémentaires : quels compléments aux essais contrôlés randomisés et aux méta-analyses ? *Santé publique et épidémiologie*. Université Paris-Saclay, 2017. Français. ffnnt : 2017SACLS072ff. fftel-01647126f
- Haddad S., Nougara A., Ridde V., (2004), Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. In : *Santé, Société et Solidarité*, n°2, 2004. Inégalités sociales de santé. pp. 199-210 ; doi : <https://doi.org/10.3406/oss.2004.1012>[https://www.persee.fr/doc/oss\\_1634-8176\\_2004\\_num\\_3\\_2\\_1012](https://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2004_num_3_2_1012)
- Jacquemot, P. (2012). Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins. *Afrique contemporaine*, 243(3), 95-97. doi :10.3917/afco.243.0095.
- Kruk M. E., Gage A. D., Joseph N. T., Danaei G., Garcia-Saiso S., and Salomon J. A., (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*, 392(10160) :2203–2212, 11 2018.

- Kwilu L.H., (2015), Sociologie de la santé au Congo-Kinshasa, Etudes Africaines, Série Santé, L'Harmattan, on line : <http://www.editions-harmattan.fr/catalogue/couv/aplat/9782343084213.pdf>
- Mafuta E., (2016). Comité de santé et relais communautaires : des défis pour un meilleur rôle d'interface. Cas de la République Démocratique du Congo (RDC), Health 4 Africa, on line : <https://www.health4africa.net/2016/01/comite-de-sante-relais-communautaires-des-defis-pour-meilleur-role-dinterface-cas-de-la-republique-democratique-du-congo-rdc/> page consultée le 09/07/19
- Mafuta E. & Kayembe P.K., (2011). Déterminants de la fréquentation tardive des services de soins prénatals dans les zones de santé de l'Équateur et du Katanga en République Démocratique du Congo, Ann. Afr. Med., Vol. 4, N° 4, Sept. 2011
- Manzambi K.J., (2009). Les déterminants du comportement de recours à la polyclinique conventionnée en milieu urbain africain: Résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo, Volume 7, pp 280-308 Avril 2009, Revue Psychologie et Société Nouvelle
- Mbutiwi Ikwa Ndol F., Lepira Bombeka F., Dramaix Wilmet M., Meert P., Malengreau M., Nseka Mangani N., Muanda Tsofo F., Koné D. (2013). L'automédication chez les patients reçus aux urgences médicales des cliniques universitaires de Kinshasa. Santé publique : 25 (2) : 233-240.
- Mayhew M., (2019), L'influence de la culture sur la santé, Société canadienne de pédiatrie, <https://www.enfantsneocanadiens.ca/culture/influence>
- Médecins du monde, (2012), Accès aux soins et les déterminants socioculturels, <https://www.cultures-sante.be/centre-doc/lu-pour-vous/397-acces-aux-soins-les-determinants-socioculturels.html>
- ministère national de santé publique/RD Congo, (2006), « Stratégie de renforcement du système de santé », MNSP/RDC.
- Ministère national de santé publique/RD Congo, (2011), « Rapport narratif : profil pharmaceutique de la République Démocratique du Congo 2011 », MNSP/RDC.
- MEASURE DHS/ICF International, 2011, Enquête démographique et de santé : Manuel du chef d'équipe et de la contrôleur.
- Médecins Sans Frontières, (2014), L'urgence au quotidien : souffrance silencieuse en RD Congo, [www.msf.org](http://www.msf.org), 2014
- MNSP/RD Congo, (2014). Etude sur l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé, DEP. Kinshasa, RD Congo : sn. 2004
- MNP/RD Congo, INS, UNICEF, Enquête en grappe à multiple indicateurs, RD Congo, 2001.
- MNP/RD Congo, MNSP/RD Congo, MEASURE DHS/ICF International, 2007, Rapport de l'Enquête démographique et de Santé de la RD Congo 2007
- MNP/RD Congo, MNSP/RD Congo, MEASURE DHS/ICF International, 2014, Rapport de l'Enquête démographique et de Santé de la RD Congo 2014
- Mushagalusa S.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, Université de Kinshasa, on line :

<http://www.congoforum.be/upldocs/Etude%20des%20d%C3%A9terminants%20de%20%20utilisation%20des%20....pdf>

- Munyamahoro, M., Ntaganira, J., (2012), « Déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages du district de Rubavu, Rwanda », *Medical Journal / Revue Médicale Rwandaise* March 2012, Vol. 69
- Namegabe N. E., (2013), Facteurs influençant le choix des soins au niveau des menages dans la ville de Goma (RDC) : Cas de 369 Ménages vivant dans les sites de partenariat de la FSDC / ULPGL. 2008. fhal-00871877ff
- Nauleau, M., Destremau, B. & Lautier, B. (2013). « En chemin vers la couverture sanitaire universelle »: Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé. *Revue Tiers Monde*, 215(3), 129-148. doi:10.3917/rtm.215.0129.
- Neji S. & Jigorel A.H., (2013), La régression logistique, Université de Rennes, <https://perso.univ-rennes1.fr/valerie.monbet/ExposesM2/2013/La%20régression%20logistique.pdf>
- OMS, (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*, Division de la promotion, de la communication pour la santé, service éducation sanitaire et promotion de la santé, Genève, 1999, 25 p.[[http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf)].
- OMS, (2001), SERIE INFORMATIONS SUR LA SANTE A L'ECOLE, NMH-HPS-004.doc, [https://www.who.int/school\\_youth\\_health/resources/en/local\\_action\\_french.pdf](https://www.who.int/school_youth_health/resources/en/local_action_french.pdf)
- OMS, (2006), Rapport sur la situation dans le monde : Travailler ensemble pour la santé on line : [https://www.who.int/whr/2006/whr06\\_fr.pdf](https://www.who.int/whr/2006/whr06_fr.pdf), consulté le 06/07/2019
- OMS, (2011), Comblent le fossé : Politique en pratique sur les déterminants sociaux de la santé ; on line : [https://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-FR.pdf?ua=1](https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-FR.pdf?ua=1)
- OMS, (2015), Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030, 2015.
- OMS, (2018a), Stratégie de coopération : un aperçu, WHO/CCU/18,02/République Démocratique du Congo in Observatoire mondial de la santé, 2017, on line : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137160/ccsbrief\\_cod\\_fr.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137160/ccsbrief_cod_fr.pdf?sequence=1).
- OMS, (2018b), Etat de la santé dans la région africaine de l'OMS : Analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable état de la santé dans la région africaine de l'OMS on line : <https://afro.who.int/sites/default/files/sessions/documents/Etat%20de%20la%20sante%20Region%20africaine%20de%20l%20OMS.pdf>
- OMS, (2019), Les systèmes de santé, Centre des médias, 2019 on line : <https://www.who.int/healthsystems/topics/development/fr/>.
- Ouedraogo D., (2008), La maladie et la manière d'être en Afrique noire, Espace Ethique, Région Ile-de-France, 2008 on line : <http://www.espace-ethique.org/ressources/article/la-maladie-et-la-mani%C3%A8re-d%E2%80%99%C3%AAtre-en-afrique-noire> consulté le 11/04/2019
- Phanuel D., (2002), Confiance dans les soins et soin de la confiance : la réponse relationnelle. In: *Politiques et management public*, vol. 20, n° 4, 2002. Numéro spécial : « L'évaluation de

l'action publique : pour quand ? ». pp. 115-132. DOI : <https://doi.org/10.3406/pomap.2002.2771>.

Rakotomalala R., (2017), *Pratique de la Régression Logistique : Régression Logistique Binaire et Polytomique*, Université de Lyon, [http://eric.univ-lyon2.fr/~ricco/cours/cours/pratique\\_regression\\_logistique.pdf](http://eric.univ-lyon2.fr/~ricco/cours/cours/pratique_regression_logistique.pdf)

Revil H., (2014), *Le non-recours aux soins de santé*, [la viedesidees.fr](http://viedesidees.fr)

Richard, J-L. (1990), « Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessè (Bénin) », thèse soutenue en vue d'obtenir le titre de Docteur en Géographie de santé, Université de Neuchâtel

Rodriguez J. & Wachsberger, J-M. (2016). L'automédication en République Démocratique du Congo : choix ou contrainte. *African Population Studies*, 30 (1) : 2242-2254.

Sidbéwendin D Olivier I *et al.*, (2016) « Facteurs influençant le refus de consulter au centre de santé dans la région rurale Ouest du Burkina Faso », *Santé Publique* 2016/3 (Vol. 28), p. 391-397. DOI 10.3917/spub.163.0391

Stasse S., Vita D., Kimfuta J., Campos da Silveira V., Bossynset P., Criel B., (2015). Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting upon complexity *Glob Health Action* 2015, 8: 25480 – <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.25480>,

Tabutin, D. & Masquelier, B. (2017). Tendances et inégalités de mortalité de 1990 à 2015 dans les pays à revenu faible et intermédiaire. *Population*, vol. 72(2), 227-307. doi:10.3917/popu.1702.0227.

UNADFI, (2014) Les pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique, Centre d'accueil, d'étude et de documentation sur les mouvements sectaires, [on line] : <https://www.unadfi.org/domaines-dinfiltration/sante-et-bien-etre/pratiques-non-conventionnelles/les-pratiques-non-conventionnelles-a-visee-therapeutique/#nb1>

USAID MCHIP, (2012) Integrated Community Case Management of Childhood Illness: Documentation of Best Practices and Bottlenecks to Program Implementation in the Democratic Republic of the Congo, on line : <http://www.ccmcentral.com/files/contents/DRC%20Summary%20English.pdf>.

Van der Heyden J., (2008), *Satisfaction du patient, Enquête de santé par interview, Belgique 2008*, Institut Scientifique de Santé Publique Direction opérationnelle Santé publique et surveillance, on line : [https://www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/CROSPFR/HISFR/his08fr/r3/11\\_satisfactiondupatient\\_ps\\_report3\\_fr.pdf](https://www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/CROSPFR/HISFR/his08fr/r3/11_satisfactiondupatient_ps_report3_fr.pdf)

Vienna evaluation unit, MSF (2018), *Capitalisation des projets MSF-OCG dans le Sud Irumu, Ituri, RDC Réussites et difficultés selon les différentes approches stratégiques*, MSF, [https://evaluation.msf.org/sites/evaluation/files/attachments/capitalisation\\_report\\_drc\\_gety\\_a\\_nd\\_boga\\_final.pdf](https://evaluation.msf.org/sites/evaluation/files/attachments/capitalisation_report_drc_gety_a_nd_boga_final.pdf)

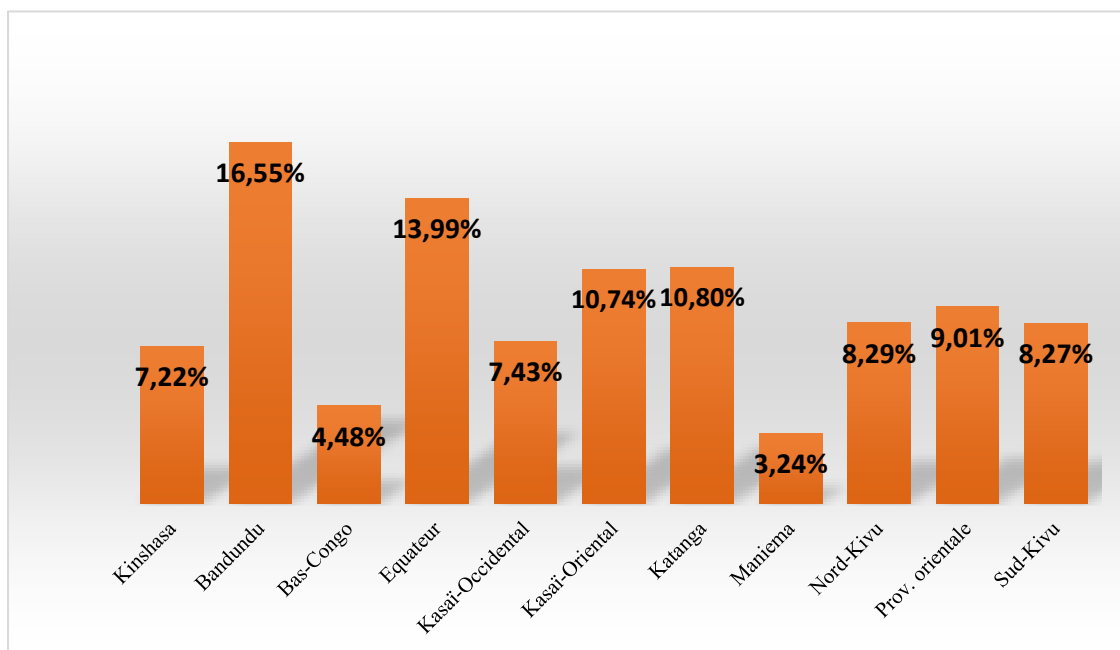
Vimard P., Fassassi R., (2011), *Démographie et développement en Afrique : éléments rétrospectifs et prospectifs, Microsimulation en démographie*, Volume 40, numéro 2, automne 2011, on line : [id.erudit.org/iderudit/1011544arhttps://doi.org/10.7202/1011544a](http://id.erudit.org/iderudit/1011544arhttps://doi.org/10.7202/1011544a)

Wagstaff A., (2002), «Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé », Bulletin of the World Health Organization, 2002, 80(2) : 97–105.

Yaba M., Mboko Ibara S.B., (2014), Diagnostic post conflictuel des recours thérapeutiques au Congo Brazzaville. Analyse et propositions, 2014.

## 8. ANNEXES

Graphique 1. Répartition des enfants de 0-5ans par province



Graphique 2 : Répartition de femmes qui ont eu leur grossesse dans les cinq dernières années ayant précédées l'enquête par province

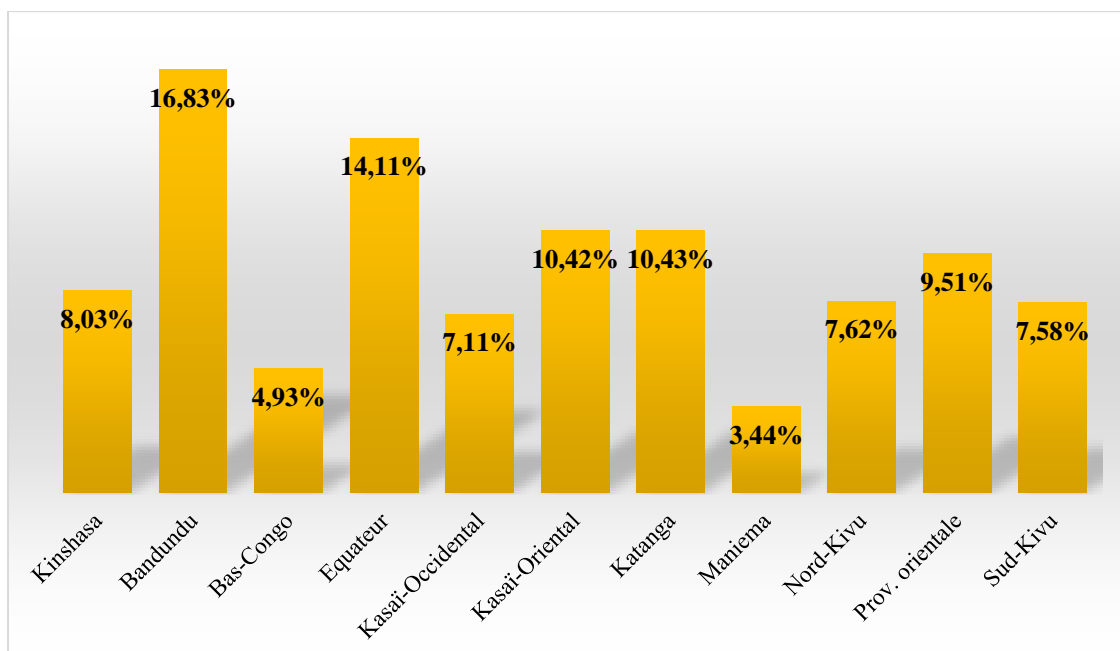


Tableau 7.1 Secteur de traitement de la diarrhée et de la fièvre selon l'âge du chef de ménage

Age du chef de ménage	Secteur de traitement pour la diarrhée					Secteur de traitement pour la fièvre				
	Aucun	Publique	Privé	Autres	Total	Aucun	Publique	Privé	Autres	Total
Moins de 25 ans	87 (42,65%)	57 (27,94%)	42 (20,59%)	18 (8,82%)	204	235 (47,96%)	116 (23,67%)	110 (22,45%)	29 (5,92%)	490
25-34	453 (43,90%)	271 (26,26%)	210 (20,35%)	98 (9,50%)	1 032	1.353 (48,97%)	604 (21,86%)	623 (22,55%)	183 (6,62%)	2 763
35-44	365 (43,92%)	212 (25,51%)	188 (22,62%)	66 (7,94%)	831	1.116 (48,42%)	520 (22,56%)	549 (23,82%)	120 (5,21%)	2 305
45-54	197 (44,67%)	100 (22,68%)	121 (27,44%)	23 (5,22%)	441	548 (46,56%)	259 (22,01%)	304 (25,83%)	66 (5,61%)	1 177
55-64	87 (43,50%)	61 (30,50%)	39 (19,50%)	13 (6,50%)	200	244 (45,19%)	150 (27,78%)	128 (23,70%)	18 (3,33%)	540
65 ans et plus	40 (36,36%)	29 (26,36%)	34 (30,91%)	7 (6,36%)	110	122 (45,19%)	54 (20,00%)	75 (27,78%)	19 (7,04%)	270
Total	1.229 (43,61%)	730 (25,90%)	634 (22,50%)	225 (7,98%)	2 818	3.618 (47,95%)	1.703 (22,57%)	1.789 (23,71%)	435 (5,77%)	7 545

Pearson chi2(15) = 25,141 0 Pr = 0,048

Pearson chi2(15) = 27,965 2 Pr = 0,022

Taille de ménage	Visite prénatale			
	Aucun	Personnel médical	Personnel non médical	Total
1-3	173 (13,63%)	1.082 (85,26%)	14 (1,10%)	1 269
4-6	629 (13,12%)	4.098 (85,46%)	68 (1,42%)	4 795
7-9	462 (12,91%)	3.065 (85,64%)	52 (1,45%)	3 579
10 et plus	184 (11,15%)	1.452 (88,00%)	14 (0,85%)	1 650
Total	1.448 (12,82%)	9.697 (85,57%)	148 (1,31%)	11 293

Pearson chi2(6) = 9,711 6 Pr = 0,137

## RÉSUMÉ

Bénéficier d'une santé optimale est un droit fondamental pour chaque être humain. La santé des populations est par ailleurs l'un des moteurs du développement d'une nation. Cette santé optimale est en principe soutenue par le recours aux infrastructures sanitaires du système de santé de chaque pays. En RD Congo, malgré les multiples stratégies mises en place par les politiques pour une relative couverture de la population en soins de santé, une tranche importante de la population n'utilise pas ces services du système de santé. Cette situation contribue au ralentissement de la transition épidémiologique dans le pays. Dans ce contexte, cette étude est consacrée à l'analyse de la non-utilisation des services de santé et ses déterminants par rapport à la prise en charge de la fièvre et de la diarrhée pour la santé de l'enfant et les consultations prénatales et l'assistance à l'accouchement pour la santé maternelle, en RD Congo, l'un des pays les plus vastes de l'Afrique subsaharienne.

*Mots-clés : Utilisation – Fréquentation – Service – Santé – Population*

## SUMMARY

Benefit from optimal health is a fundamental right for every human being. Population health is also one of the driving forces behind the development of a nation. This optimal health is in principle supported by the use of the health infrastructures of the health system of each country. In DR Congo, despite the many strategies put in place by the policies for a relative coverage of the population in health care, a significant portion of the population does not use these services of the health system. This situation contributes to slowing down the epidemiological transition in the country. In this context, this study is devoted to the analysis of the non-use of health services and its determinants in relation to the management of fever and diarrhoea for child health and antenatal care and childbirth assistance for maternal health in DR Congo, one of the largest countries in sub-Saharan Africa.

*Key words: Utilization – Attendance– Service – Health – Population*

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN  
Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication  
École des sciences politiques et sociales (PSAD)  
Place Montesquieu, 1 bte L2.08.05, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique | [www.uclouvain.be/psad](http://www.uclouvain.be/psad)