



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

## FRÉQUENTATION ET ACCESSIBILITÉ ÉCONOMIQUE AUX SOINS DE SANTÉ : ZONE DE SANTÉ DE KALOLE, PROVINCE DU SUD-KIVU EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO.

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

### FRÉQUENTATION ET ACCESSIBILITÉ ÉCONOMIQUE AUX SOINS DE SANTÉ : ZONE DE SANTÉ DE KALOLE, PROVINCE DU SUD-KIVU EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO. ☆

Kisubi Lugano <sup>a</sup>, Casinga Burhebo Salvator <sup>a</sup>, Kubali Mwisa Victor <sup>b\*</sup>

A. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu

B. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Shabunda

Received 31 October 2022; Accepted 20 December 2022

Available online 29 December 2022

#### ARTICLE INFO

Keywords:

Fréquentation

Accessibilité économique

Soins de santé

Zone de santé

kalole

RDC.

#### ABSTRACT

**Objectif** : Décrire certains aspects de fréquentation et accessibilité économique aux soins de santé dans la zone de santé de kalole.

**Matériel et méthodes** : il s'agit d'une étude portant sur des données collectées durant la période du 05 février au 30 mai 2021 et analysées grâce au test khi-carré de Pearson, Word pour la saisie de données et Excel pour la mise en forme de données et traitement de données sont analysées par Epi-info version 3.5.2. La statistique utilisée est le test de student et un seuil de signification de 0.05. Pour y parvenir, nous avons réalisé une enquête ménage auprès de 411, repartis en 12 aires de santé.

**Résultats** : La zone de santé de kalole est à la première position qui influence la faible fréquentation des services des soins. Nous avons constaté une faible utilisation des services des soins curatifs, le taux d'utilisation est de 42 %.

La situation socio-économique est généralement précaire, car les professions qu'exercent les ménages ne leur apportent pas de revenus suffisants pour accéder aux soins de santé.

Les facteurs culturels, les habitants sont peu scolarisés et ceux ayant fréquenté n'ont atteint un niveau d'étude élevée. Manque de moyen financier, de l'emploi réduirait la chance de la population de se faire soigner à l'hôpital.

**Conclusion** : Nous avons trouvé que la population est démunie de moyen, cela affecte l'inaccessibilité économique aux soins de santé. Les routes quasi-inexistantes, les coûts de soins de santé sont élevés que des tradipraticiens.

## Introduction

De millions de gens dans le monde n'ont pas accès aux soins de santé de qualité, cela aboutit aux piètres de résultats et inefficience aux services de santé. La santé est une préoccupation économique et sociale majeure dans les pays développés qui consacrent en moyenne 8% à 12 % de leur PIB. Ces dépenses ont augmenté à un rythme plus élevé que le taux de croissance de l'économie générale sur la période récente.

L'accès aux soins de qualité, risquent fort d'accroître la demande et les coûts au sein des systèmes de santé, mettant en danger leur viabilité(1).

L'OMS (1978) exige que tout le monde ait droit aux soins de santé partout où il vit. Mais ce principe ne s'applique pas toujours dans beaucoup de pays du monde, surtout dans les pays Africains. Selon l'OMS (1987), l'Initiative de Bamako postulait que le malade devrait payer une somme raisonnable pour sa santé à condition qu'il puisse trouver un service et un personnel de qualité, adapté à la demande(2). Une étude est faite sur les priorités en économie de la santé, a révélé que les gens préfèrent mourir avec leurs maladies, faute de manque des moyens financiers. Pourtant, l'économie de la santé à l'importance d'augmenter l'accès aux soins suffisants, favoriser l'équité dans l'offre des soins, protéger les revenus de la population, assurer l'efficacité macro et micro-économie, promouvoir la liberté de choix et thérapeutique des patients (3).

Cependant, la profondeur de la crise économique que connaît la République Démocratique du Congo (RDC) a hypothéqué

les chances de succès d'une telle initiative. La baisse du budget de l'Etat alloué à la santé, s'est accompagnée d'une baisse de revenu des ménages (4).

Ainsi, il existe des facteurs qui contribuent à entretenir la perception inappropriée de la santé et de la maladie. Ces facteurs sont notamment le manque des subsides de l'Etat, l'absence des mécanismes de partage des risques, l'absence de politique de paiement de la tarification forfaitaire, la faible accessibilité liée aux coutumes non favorables à la santé et amplifiée par la faiblesse de la dynamique communautaire. En plus, on peut ajouter le faible niveau d'instruction et l'analphabétisme ainsi que la distance à parcourir pour accéder aux Centres de Santé, soit au-delà de 5 km ou plus d'une heure de marche pour les communautés rurales isolée (6).

Selon le rapport du ministère national de la santé (2014), la province du Sud-Kivu est parmi les provinces où l'accessibilité aux soins de santé est facile en milieu urbain qu'en milieu rural compte tenu des difficultés de transport notamment (10). Selon le rapport annuel de la Division provinciale de la santé du Sud-Kivu (2015), la Zone de Santé Rurale de Kalole située dans le territoire de Shabunda est la plus enclavée de la province suite à son inaccessibilité financière, géographique et culturelle (11).

Force est de constater que malgré la riche littérature sur l'accessibilité aux soins de santé en général, il est rare de trouver des études faites sur l'accessibilité aux soins de santé dans la Zone de

Santé Rurale de Kalole. Ce qui a motivé le choix de cette étude afin de contribuer à combler cette lacune. L'objectif de l'étude est de décrire certains aspects de fréquentation et d'accessibilité aux soins de santé dans cette Zone de santé de Kalole.

## 2 . MATERIEL ET METHODES

### 2.1 . Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale analytique ; les données ont été récoltées durant la période du 05 février au 30 mai 2021. Nous avons ainsi utilisé le questionnaire d'enquête adressé à la population de la zone de santé rurale de kalole.

### 2.2. Présentation du milieu d'étude

La Zone de Santé de Kalole est située dans la province du Sud-Kivu dans le territoire de Shabunda, plus particulièrement dans la collectivité chefferie de wakabango1. Cette zone de santé est parmi les quatre zones de santé situées dans le territoire de Shabunda ; en 2021, sa population a été estimée à 139.020 habitants, alors qu'elle comprend 20 aires de santé (5).

### 2.3 . Echantillonnage

Suite au budget réduit pour notre recherche, nous avons travaillé dans 12 sur 20 aires de santé de la Zone de santé rurale de Kalole. La taille de l'échantillon est de 411 ménages. Ces aires de santé et les ménages enquêtés par aire de santé ont été sélectionnés de manière aléatoire. Nous avons attribué les numéros pour chaque aire de santé jusqu'à 20 et en fermant les yeux nous avons choisi 12 papiers contenant les numéros

des aires de santé à échantillonner. La formule de Schwartz suivante et à l'ajustement positif sur le degré de précision au carré nous a permis d'obtenir la taille de l'échantillon :

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

n= la taille de l'échantillon, p=la prévalence des malades qui ont accès aux soins de santé ; p=42% ou 0,42 ; q=1-p=1-0,42= 58% ou 0,58 d=degré de précision est de 0,05

Z=coefficient ou l'écart correspondant à un degré de confiance de 95 % (z=1,96)

Pour calculer P, une hypothèse a été émise, selon laquelle, c'est seulement 42 % des malades qui ont accédé aux structures sanitaires donc P=42/100, soit 0,42

Ceci a donné un échantillon de :  $\frac{(1,96)^2 \cdot (0,42) \cdot (0,58)}{(0,05)^2} = 374$  ménages

(0,05)<sup>2</sup>

Dans le but de pallier aux risques de nos réponses, qui peuvent subvenir dans des études pareilles, et pour ne pas tomber en dessous de la taille minimale qui garantit la précision de l'estimation des paramètres, cet échantillon a été ramené à 411 ménages car la marge d'erreur de 5% y a été ajoutée.

Le tableau 1: Révèle que les aires de santé localisées dans les grandes agglomérations ont un sous échantillon plus grand (le cas de Kitindi, Penekusu et Lusenge) que les aires de santé des agglomérations moins dense (le cas de Kalole Sommet, Lukumba et Mwamba).

**Tableau 1 : Répartition de la taille de l'échantillon selon les aires de santé**

N°	Aires de santé	Population	Aire choisie	%	Nombre des ménages.
----	----------------	------------	--------------	---	---------------------

01	Itula	6468	6468	7,3	30
02	kakumbu	7259	-	-	-
03	kalabula	8502	-	-	-
04	Kalole Etat	7951	7951	8,9	37
05	Kalole sommet	5473	5473	6,1	25
06	Katembele	4766	-	-	-
07	Kitindi	11962	11962	13,4	55
08	Kiziba	5432	-	-	-
09	Lukumba	5283	5283	5,9	24
10	Lusenge	8646	8646	9,7	40
11	Lusowe	5480	-	-	-
12	Matala	8268	8268	9,3	38
13	Mikaba	5365	-	-	-
14	Mukoloka	6174	6174	6,9	29
15	Mulongo	6783	-	-	-
16	Mwamba	5481	5481	6,2	25
17	Nyalukungu	7753	7753	8,7	36
18	Penekusu	9004	9004	10,1	41
19	Wakenge	6357	-	-	-
20	Zingu	6593	6593	7,4	31
	<b>Total</b>	<b>139.020</b>	<b>89.056</b>	<b>100</b>	<b>411</b>

#### 2.4. Traitement et analyse des données

Nous avons analysé les données de cette étude en faisant recours aux logiciels Excel et Epi-info version 3.5.2 .Le test de Chi<sup>2</sup> a été utilisé pour confirmer ou infirmer les hypothèses fixées au départ. Cette étude descriptive transversale analytique a fait recours à la méthode d'enquête par questionnaire. Un échantillon en grappe à 3 degrés (aire de santé, localités ou villages et ménages) a été utilisé. On répondu aux

questions, toute personne adulte membre de ménage et présente dans le ménage pendant notre passage.

#### 2.5. Aspects éthiques

Lors de notre descente sur terrain, le caractère confidentiel a été garanti aux enquêtés en respectant les consentements libres, éclairés et l'anonymat.

### 3. RESULTATS

#### 3.1. Profil socio-économique des enquêtés

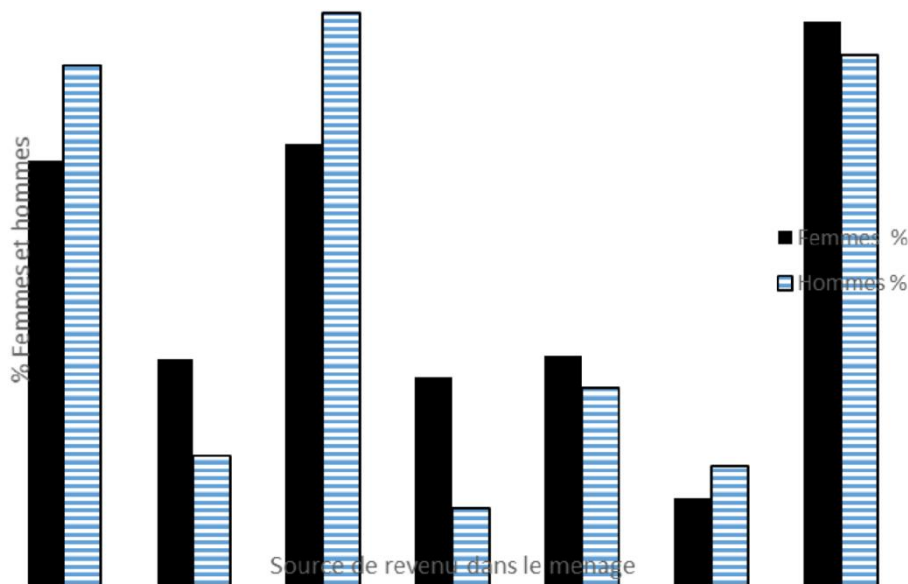
Les données concernant l'identité des enquêtés sont présentées dans le tableau 2.

**Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés**

Variables	Femmes	Hommes	Total	P
				N=411

	n=150	%	n=261	%		
<b>Age (ans)</b>						
10-17	35	23,3	42	16,1	77	0,070
18-65	115	76,7	219	83,9	334	
<b>Niveau d'études</b>						
Sans/primaire	120	80,0	146	55,9	266	0,000
Secondaire/supérieur	30	20,0	115	44,1	145	
<b>Profession</b>						
Employé rémunéré	16	10,7	90	34,5	106	0,000
Non-Employé	134	89,3	171	65,5	305	
<b>Etat civil</b>						
Célibataire	40	26,7	47	18,0	87	0,038
Marié/Séparé, Divorcé et Veuf	110	73,3	214	82,0	324	
<b>Religion</b>						
Chrétienne	123	82,0	205	78,5	328	0,400
Musulmans/sans religions	27	18,0	56	21,5	83	

Le tableau 2 montre que les sujets de notre échantillon ont été plus des adultes et des chrétiens et cela sans différence significative entre hommes et femmes ( $p=0,070$ ). Par contre, ce tableau montre que les sujets de notre étude ont été plus sans études faites ou avec études primaires et non employés spécialement les femmes ( $p=0,000$ ), alors qu'ils ont été plus mariés ou séparés ou divorcés ou veufs, plus particulièrement les hommes ( $p=0,038$ ).



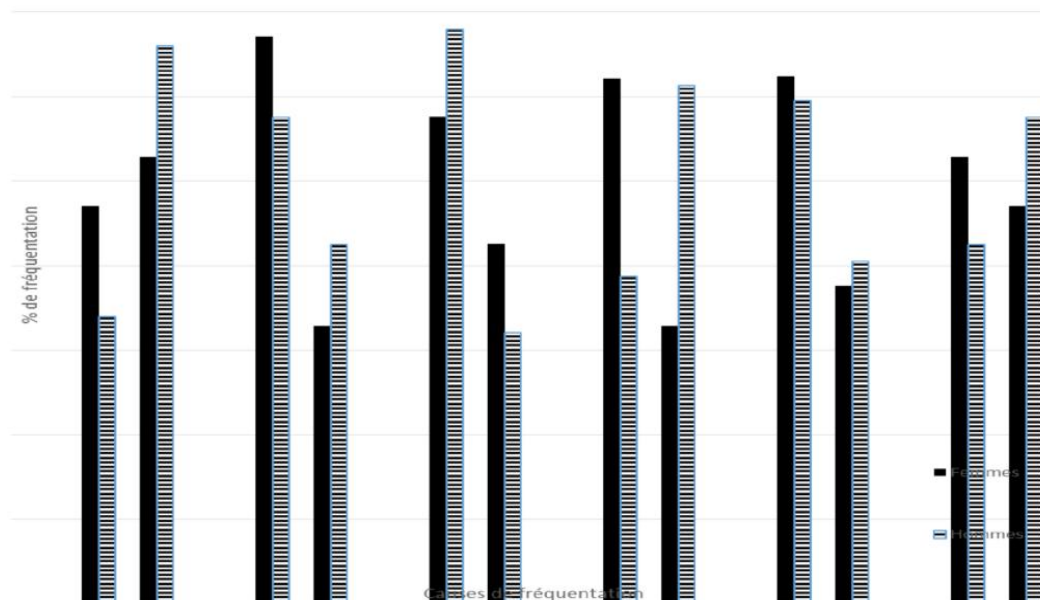
**Fig 1 : Source de revenu et apport dans le ménage en fonction d'activités chez l'homme et la femme**

Dans cette figure : PA : Produit agricole, R : riz, M : manioc, B : Banane, T : Tomate, A : Arachide, Pt : Patate douce, El. : élevage, PBet : petite bétail, Vol : Volaille, BH : Brassage d'huile, Vip : Vin de palme, D.al : Distillation d'alcool).

On remarque que dans les ménages les sources des revenus chez les femmes et les hommes restent principalement la vente des produits agricole entre autre riz, manioc, Banane, Tomate, Arachide, Patate douce. La distillation d'alcool, le jardinage et élevage des petits bétails sont d'autres activités exécutées plus chez la femme.

**Fig. 2. Dépense mensuelle des enquêtés selon le sexe en dollars (\$ US).**

Cette figure 2 montre, les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes dépenses mensuelles, du point de vue des repas, des frais de transport et de frais scolaires des enfants, tandis qu'ils subissent de la même façon des dépenses sur les soins de santé, habitation et habillement.

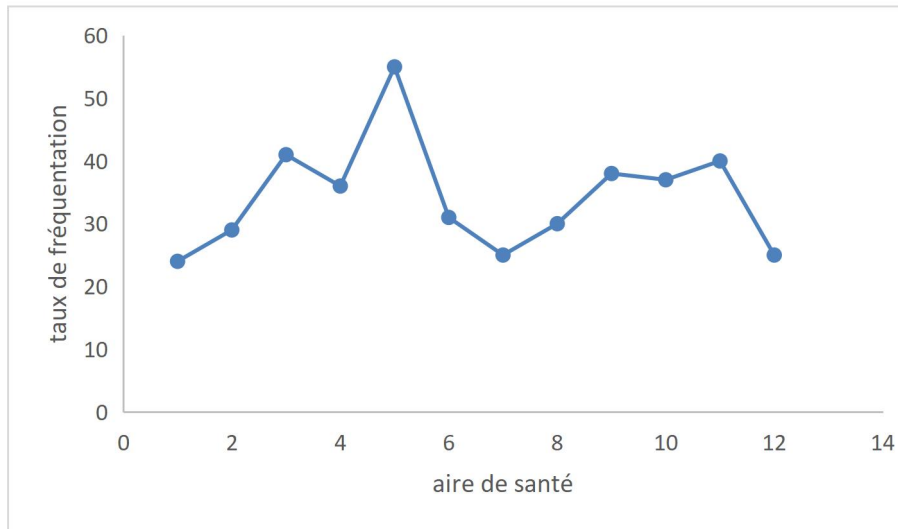


### 3.2 . Fréquentation et d'accessibilité aux soins de santé

**Fig. 3. Raison et avantage de Fréquentation de Fosa selon le sexe.**

Cette fig 3, montre que les femmes fréquentent plus les Fosa à cause de la présence d'un médecin curatif, alors que pour les hommes c'est à cause de la présence d'un médecin préventif. Il se dégage une différence de perception du point de vue des raisons poussant les gens à fréquenter les Fosa, avantages liés à la législation et avantages liés au système de paiement. Faible distance (152 enquêtés sur 220, soit 69 %) et l'absence de frais de consultation 158 enquêtés sur 220, soit 71,8 % sont ces causes majoritaires dans leurs catégories respectives. Il se dégage aussi une différence significative entre les hommes et les femmes sur le prix très bas ( $P < 0,05$ ). Toujours dans la perception positive, nous avons

aussi les avantages médicaux et sociaux tirés de chez tradi-praticiens.



#### Fréquentation des Fosas des enquêtés par aire de santé.

**Fig 4 : Taux de fréquentation de la population par aire de santé.**

La courbe de tendance observée dans ce graphique montre que la fréquentation de la Fosa la plus élevée se situe à Kitindi alors que la moins élevée se situe à Lukumba.

**Tableau 3 : Accessibilité géographique aux fosa selon les enquêtés par sexe**

Variables	Femmes		Hommes		Total	P
	n=150	%	n=261	%		
<b>Distance ménage-Fosa (en km)</b>					<b>N=411</b>	
5-10	21	14.0	33	12.6	54	0,003
11-15	129	86.0	228	87.4	357	
<b>Moyens de transport corporel</b>						
Pieds	139	92.7	166	63.6	305	0,000
Kipoyo	11	7.3	95	36.4	106	
<b>Moyens de transport roulant</b>						
Vélo	150	100.0	258	98.9	408	0,004
Moto	0	0.0	3	1.1	3	

La distance variante entre 11 à 15 Km des Fosa. Le moyen de transport corporel le plus utilisé est les pieds alors que pour le transport roulant on utilise plus le vélo que la moto. Ces sont des hommes qui transportent les malades sur leurs épaules communément appelé *kipoyo* (p=0,000).

## 4 . DISCUSSION

### 4.1. Du profil sociodémographique des enquêtés

IL y a lieu de constater qu'au vu des résultats du tableau2 relatifs aux variables sociodémographiques se présentent de la manière suivante ; l'âge des enquêtés varie entre 10 ans à 65 ans, ces résultats sont comparables à ceux de Clotide qui a dit que la majorité des enquêtés à la tranche d'âge de 51 à 60 ans soit 25%.(19).

Le niveau d'étude est de 57,6% ayant fait l'école primaire, ces résultats sont supérieur à ceux de Bushala dans le groupement Mudja avec 45,4% qui n'ont pas un niveau d'étude, c a d, ils ne savent ni lire ni écrire. Les femmes étaient de 150 soit 36,5% et les hommes de 261 soit 63,5% avec le ratio sexe est de 1,74% .Ces résultats ne concordent pas à ceux trouvés, selon lesquels les patients de sexe féminin soit 41,9% fréquentaient plus l'hôpital que les patients de sexe masculin soit 15,5%(12). 239 mariés soit 58,1 % 33 veufs, soit 8 % veuves, ces résultats sont supérieurs à ceux soit 42 % veufs et 68 % des veuves ; cela s'explique, (veuf et veuve) ne fréquentent pas les formations sanitaires parce qu'ils n'ont pas un soutien qui pourrait les payer les soins de santé. Selon l'étude de Clotide relève que 90,80 % des ménages n'ont pas fréquenté l'hôpital, ces résultats sont supérieurs à ceux trouver, soit 76 ,92 % des services de santé ne fréquentent pas les formations sanitaires à cause des revenus faible de leurs professions. Dans une étude menée dans la commune de Ngaba à Kinshasa pour l'échantillon de 289

ménages, il se relève une interdépendance entre l'accessibilité et la religion, la commercialisation de santé, retraits la population pauvre à accéder aux soins de santé. La régularité aux soins est due aux couts élevés de services de santé aussi réglementés des inégalités aux soins (13).

### 4.2. La fréquentation et accessibilité économique aux soins de santé dans la zone de santé de Kalole

Nous découvrons trois autres éléments cités comme cause du taux faible fréquentation aux soins de santé ;

- Distance entre les Fosa et ménages : qui est grande, au-delà de 10 km, soit 87,4 % [P>0,003] : ce résultat est contraire aux normes de l'OMS stipulant que la distance séparant les villages d'une structure sanitaire est moins de 5km (soit une heure de marche) et ou dans le rayon de 2 km d'un site fixe et aussi en opposition avec une étude menée à Fatou, par Bailly [2015] , qui affirme que c'est à moins de 1km de distance. [2 et 4] 98 ,9 % soit [P<0,004] des enquêtés qui utilisent le vélo comme le moyen de transport pour faire arriver le malade aux Fosa, ces résultats sont contraire à ceux trouvent à au Côte-D'ivoire montrant que les réseaux routiers doivent être entretenus. Malgré les effets néfastes de la crise économique accentué par la guerre qu'a connue le pays de 2002 à 2007, la voie routière reste accessible (16).

Cause de l'inaccessibilité aux soins de santé, il s'agit de faible revenu du ménage.

Nous trouvons, cette faiblesse du pouvoir d'achat des populations ne permet ni aux structures de soins de s'autofinancer ni aux pauvres d'accéder aux soins santé, (14,15) , le niveau des ménages joue un rôle important sur l'utilisation des services des soins par le fait que les ménages ne parviennent pas à couvrir les soins car 60 % d'individus vivant avec moins d'un dollar par jour. Ces résultats sont conforme à ceux de Patrick.Mitashi, qui, dans son étude menée en République Démocratique du Congo qui dit, l'accessibilité financière aux services de santé demeure une préoccupation majeure dans des pays à faible revenu ou les paiements des soins se font essentiellement lorsque la personne est malade, aussi la fréquentation excessive de la médecine naturelle (18).

La faible utilisation des services de soins curatifs, a trouvé les facteurs auxquels il faudra agir pour améliorer l'utilisation des services des soins, sont la taille des ménages, l'appartenance de la structure [selon qu'elle est étatique ou privée] et le revenu des ménages. Les revenus des ménages sont facteurs capitaux pour accessibilité aux soins de santé dans le pays en voies de développement Ceci est en accord avec la matière de rapport d'économie de la santé (17). Les Togolais ne consultent pas le médecin immédiatement lorsqu'ils tombent malade, car ils savent que le prix de la consultation pourra engloutir le budget mensuel de la famille. Ces résultats sont conformes à ceux d'Ilunga cité par MSF (2008), qui a dit, en analysant les facteurs

explicatifs de la faible utilisation des services de soins curatifs déclarent qu'il faudra agir sur le revenu du ménage pour améliorer l'utilisation des services de santé. Dans toutes ces études nous constatons que les revenus du ménage est facteur capital pour accéder aux soins de santé dans les pays envois de développements, cela signifie que les politiques de gratuité des soins permet une compréhension de enjeux des systèmes de santé et une réflexion fine d'analyse investigués. L'approche holistique des politiques et systèmes de santé pour élargir une vision techniciste dominant centrée sur la performance et le financement (9,16, 10,6)

Dans toutes ces études nous constatons que les revenus du ménage est facteur capital pour accéder aux soins de santé dans les pays envois de développements, cela signifie que les politiques de gratuité des soins permet une compréhension de enjeux des systèmes de santé et une réflexion fine d'analyse investigués. L'approche holistique des politiques et systèmes de santé pour élargir une vision techniciste dominant centrée sur la performance et le financement (9,16, 10, 6).

#### **4.3. Autre cause de l'inaccessibilité, il s'agit des coûts élevés des soins de santé.**

Les coûts [direct, indirect et intangible] élevés de soins de santé poussent les gens à ne pas fréquenter les Fosa. Ceci est affirmé par les études qui ont été réalisées par d'autres chercheurs, nous citons par exemple Patrick Mitashi (2018), qui a dit, les coûts des soins de santé interviennent dans l'utilisation des structures de santé (18). Une étude sur les

priorités en économie de la santé en Afrique vient de confirmer cette relation en stipulant ce qui suit « de nos jours, il n'est pas étonnant de s'entendre dire ici les gens n'ont pas de sous/moyen financier de ce faire soigner, ils préfèrent mourir avec leurs maladies. C'est pour cela on dit, l'économie de la santé à l'importance d'augmenter l'accès à des soins suffisants, favoriser l'équité dans l'offre des soins, protéger les revenus de la population, assurer l'efficacité macro et micro-économie, promouvoir la liberté thérapeutique des patients, ensuite promouvoir la liberté de choix des patients, En définitive, dans la perception positive nous avons 4 éléments, à savoir :

1. L'accessibilité
2. Le prix très bas
3. Le paiement en nature ou en biens
4. L'absence de rupture de médicament

Ceux-ci sont contraire aux résultats d'une étude faite au (Togo et Sénégal), illustre l'impact du chômage sur l'utilisation des services de santé. (4, 20, 13et15)

#### 4. CONCLUSION

Nous avons trouvé que la population est démunie de moyen financier, cela affecte l'inaccessibilité aux soins de santé. Le revenu de ménages est un indicateur principal pour l'inaccessibilité aux soins, la distance au-delà de 10 km, le moyen de transport quasi-inexistant [vélo et pieds] et la route délabrée. Nous recommandons aux autorités sanitaires de multiplier les Fosa et d'atténuer les coûts de soins de santé par rapport aux revenus de la population.

Aux autorités politico administratives d'entretenir les routes pour que les malades y passent librement, aux autorités sanitaires de réduire les coûts de soins de santé et de transcender les mythes sur la coutume rétrograde.

#### REFERENCES

1. USAID,(2022). *La couverture santé Universelle et Amélioration de la santé pour tous : une question multidimensionnelle et multisectorielle.* Google scholar
- 2 .Organisation Mondiale de la Santé (OMS),(1978). *Les Soins de Santé Primaires.* Alma Ata Genève.
3. Kubali. M.V., et Al,(2018).*Accessibilité aux services de santé dans la zone de santé de Kalole, province du sud-kivu en RDC*
- 4 .Fatou. T. (2015). *L'accès aux soins de santé au Sénégal : étude descriptive et exploratrice,* Académiejaar.. P1
- 5 . Mushagalusha S.P,(2005).*Déterminants de l'utilisation des services de santé dans la Zone de santé de Kadutu.* P.12
- 6 .Ministère de la santé publique-RDC.(2019-2022). *Plan national de développement sanitaire recadré.* P.65 .
- 7.Bureau central de la zone de santé de Kalole,(2020). *Rapport semestriel.*P.14
8. Zoubga. A.D.(2000).*Services des soins de santé au Burkina Faso.* P.20
9. MSF/Belgique-Burundi.(2008) .*Vulnérabilités privées des soins de santé.*
- 10 . Ministère de la santé publique-RDC.(2014) . *Etude sur l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé,* Kinshasa.
11. Division provinciale de la santé.(2004). *Enquête socioéconomique et d'accessibilité aux soins de santé dans 7 Zones de santé*

du Sud-Kivu.

12. Kabela. P, (2004). *Identification des facteurs explicatifs de l'accessibilité aux soins de santé dans la commune de NGABA, UNIKIN.*
13. Stéphanie.S. et al,(2016). *Améliorer l'accès financier aux soins de santé dans le district de Kisantu en RDC : agir sur la complexité.* Revue action mondiale pour la santé.
14. Chibalonza. B.(2011) . *Structure de l'offre et de la demande des soins de santé dans la ZS de MINOVA, UNIGOM. P.23*
- 15 . Hounkpati. M.(2007). *Santé au Togo, financement, statistique, thèse de doctorat université de Lyon.*
- 16 .Emilie.Robert., et Valery .Ridde,(2016). *Quatre principes de recherche pour comprendre les défis des systèmes de santé dans des pays à faible et moyen revenu.* Revue canadienne de santé publique. Volume 107, numero 4-6. Canada.
17. Mukalenge et Numbi Luboya,(2006) . *Analyse des activités opérationnelles des structures des soins, inédit.*
- 18 . Patrick.Mitashi., Jeff. Kabinda.,&Faustin . Chenge.,(2018). *Faut-il passer à l'échelle nationale la tarification forfaitaire des soins de santé en République Démocratique du Congo.* Note de Politique de santé. Numero 2 . Kinshasa.
19. Clotide. M.(2014). *Etude des facteurs entravant la bonne fréquentation des structures sanitaires en milieu rural : cas du CMA de Kongsoba foussam III.*
20. Munyanga. M.S.,Mafuta.E.,Kyanza.D.,Pilipili.H.P et al.(2014). *Analyse des résultats du financement basé sur la performance dans l'amélioration de la qualité de la prestation de soins : étude de cas dans la zone de santé de Luiza, PROSANI/MSH, [2011-2014], P 1-105.[inédit].*

---

\* FRÉQUENTATION ET ACCESSIBILITÉ ÉCONOMIQUE AUX SOINS DE SANTÉ :  
ZONE DE SANTÉ DE KALOLE, PROVINCE DU SUD-KIVU EN RÉPUBLIQUE  
DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Received 31 October 2022; Accepted 20 December 2022

Available online 29 December 2022