


International Journal of Health, Medicine and Nursing Practice

Obstacles et Recours aux Soins de Santé Primaires à
(IJHMNP) Mbandaka (République Démocratique du Congo) : Une
Analyse Transversale dans les Aires de Santé de Bosomba et
Mama wa Elikya



CARI
Journal

Obstacles et Recours aux Soins de Santé Primaires à Mbandaka (République Démocratique du Congo) : Une Analyse Transversale dans les Aires de Santé de Bosomba et Mama wa Elikya

 **Apolo Bosenge Dieu-Merci^{1*}, Likulu Efoloko Jean Claude², Bosako Manga Tonton³,
Besona Mbale Mathieu⁴, Ekoko Bakambu Gracien⁵**

¹Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbandaka, Mbandaka, Équateur, République
Démocratique du Congo

²Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du
Congo

³Département d'Anesthésie et Réanimation, Cliniques Universitaires, Faculté de Médecine, Université
de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

⁴Département de Chimie, Faculté des Sciences et Technologies, Université de Kinshasa, Kinshasa,
République Démocratique du Congo

⁵Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

<https://orcid.org/0009-0003-3594-4618>

Accepted: 12th May, 2026, Received in Revised Form: 26th May, 2026, Published: 2nd June, 2026

RÉSUMÉ

Introduction : En RDC, l'accès effectif aux soins de santé primaires reste entravé par des barrières financières, géographiques et structurelles majeures, particulièrement en milieu urbano-rural. Face au manque de données locales dans la zone de santé de Wangata (Mbandaka), cette étude vise à combler cette lacune factuelle. Elle a pour objectif d'identifier les déterminants socio-économiques et structurels du recours aux soins dans les aires de Bosomba et Mama wa Elikya.

Méthodes : Une enquête transversale descriptive et analytique a été menée de janvier à décembre 2025 auprès de 75 ménages sélectionnés par échantillonnage non probabiliste de convenance. La taille d'échantillon a été calculée a priori (formule de Schwartz) sur la base d'une prévalence attendue de 50%, une marge d'erreur de 10% et un niveau de confiance de 95%. Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire structuré administré en face-à-face et analysées en deux étapes : descriptive et bivariée (test du Chi²). Les cadres conceptuels de Penchansky et Thomas (1981) et d'Andersen (1995) ont guidé l'interprétation.

Résultats : La majorité des chefs de ménage étaient des hommes (76 %) sans instruction formelle (48 %). Environ 81,3 % des répondants ont déclaré éprouver des difficultés à accéder aux services de santé, principalement en raison d'un manque de ressources financières (76 %). L'automédication concernait 78,7 % des cas et les consultations divinatoires 53,3 %. L'analyse bivariée a mis en évidence des associations statistiquement significatives entre l'accès difficile et la profession précaire ($p < 0,001$), le nombre élevé d'enfants ($p = 0,004$), la perception d'un coût élevé des soins ($p = 0,001$) et l'insatisfaction de la qualité ($p < 0,001$).

Conclusion : Les barrières économiques constituent le principal frein à l'utilisation des soins de santé primaires à Mbandaka, annulant les bénéfices de la proximité géographique. Pour y remédier, il est indispensable d'accélérer la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle via des mécanismes de gratuité ciblée. Enfin, le développement de mutuelles de santé solidaires s'avère nécessaire pour réduire le paiement direct par les ménages vulnérables.

Mots-clés : *Accès Aux Soins De Santé, Barrières Économiques, Soins De Santé Primaires, Automédication, République Démocratique Du Congo, Mbandaka*

Barriers and Healthcare-Seeking Practices in Mbandaka (DRC): A Cross-Sectional Household Survey in Bosomba and Mama wa Elikya Health Areas

Abstract

Introduction: This study aimed to identify the socio-economic, geographic, and institutional determinants of healthcare access within the Bosomba and Mama wa Elikya health areas, located in the urban-rural Wangata zone of Mbandaka, Équateur Province.

Methods: A descriptive and analytical cross-sectional survey was conducted from January to December 2025 among 75 households selected through non-probability convenience sampling. Sample size was calculated a priori (Schwartz formula) based on an expected prevalence of 50%, a margin of error of 10%, and a confidence level of 95%. Data were collected using a structured face-to-face questionnaire and analysed at two levels: descriptive and bivariate (Chi-square test). The frameworks of Penchansky and Thomas (1981) and Andersen (1995) guided the interpretation.

Results: Most household heads were men (76%) without formal education (48%). Approximately 81.3% of respondents reported limited access to healthcare services, mainly due to financial constraints (76%). Self-medication was practiced in 78.7% of cases and divinatory consultations in 53.3%. Bivariate analysis revealed statistically significant associations between difficult access and precarious occupation ($p < 0.001$), high number of children ($p = 0.004$), perceived high cost of care ($p = 0.001$), and dissatisfaction with quality ($p < 0.001$).

Unique Contribution to Theory, Practice and Policy: Economic barriers remain the main obstacle to primary healthcare in Mbandaka, regardless of proximity or education. To improve access, it is recommended to implement free care for vulnerable groups and develop community-based health insurance schemes.

Keywords: *Healthcare Access, Economic Barriers, Primary Healthcare, Self-Medication, Democratic Republic of the Congo, Mbandaka*

Codes JEL : I14, I18

I. Introduction

L'accès aux soins de santé est consacré comme un droit humain fondamental depuis la Déclaration d'Alma-Ata (Organisation mondiale de la Santé, 1978). Néanmoins, en Afrique subsaharienne, et singulièrement en République Démocratique du Congo (RDC), des millions de ménages demeurent exclus des services de santé primaires en raison des coûts élevés des soins et des barrières géographiques, culturelles et structurelles (Bapolisi Ndjovu & Iragi Ntwali, 2025 ; Banque mondiale, 2019 ; Ministère de la Santé Publique de la RDC, 2016).

En RDC, la perception de la qualité des prestations influence notablement le recours aux structures sanitaires. Une enquête de satisfaction réalisée à Lubumbashi par Ilunga et collaborateurs (2017) indique que 65 % des usagers se déclarent insatisfaits de l'accueil et 70 % déplorent l'indisponibilité des médicaments. Ces perceptions défavorables alimentent une méfiance envers le système formel et favorisent les itinéraires thérapeutiques parallèles.

Le rapport du Ministère de la Santé (2016) sur la stratégie de renforcement du système de santé identifie la faiblesse du financement public – moins de 5 % du budget national alloué à la santé – comme une cause structurelle majeure des difficultés d'accès. Plus récemment, une étude de Mafuta et collaborateurs (2020) dans la province du Sud-Kivu a évalué l'effet de la gratuité des soins maternels sur la fréquentation des formations sanitaires, concluant à une augmentation significative mais hétérogène selon les zones.

Les données préliminaires recueillies dans la zone d'étude révèlent que de nombreux ménages peinent à accéder aux soins formels et que l'automédication constitue la première réponse à la maladie (Nkwahata et al., 2023 ; Lambert & Kahindo Mbeva, 2019). Cette situation expose la population à des risques sanitaires considérables : erreurs diagnostiques, complications évitables, aggravation des pathologies, résistance aux antimicrobiens et surmortalité (Kahindo Mbeva et al., 2023 ; OMS, 2019). À Mbandaka, chef-lieu de la province de l'Équateur, les observations préliminaires suggèrent un recours massif à l'automédication et aux consultations divinatoires, en dépit de la présence de structures de santé à proximité.

Afin de faciliter l'accès soins essentiels pour le plus grand nombre, il est impératif d'adapter les mécanismes de financement de la santé (Manya et al., 2023 ; Spira, 2020 ; Lucas-Gabrielli & Mangeney, 2019). La présente étude vise à répondre à la question suivante : quels sont les obstacles qui entravent l'accès aux soins de santé primaires dans la zone de Wangata et comment ces obstacles influencent-ils les pratiques de recours aux soins ? L'hypothèse principale postule que les contraintes économiques prédominent et interagissent avec des facteurs culturels et structurels pour limiter l'accès aux soins.

II. Méthode

Conception et cadre d'étude – Cette recherche repose sur une étude transversale à visée descriptive et analytique menée de janvier à décembre 2025 au sein de la zone de santé urbano-rurale de Wangata à Mbandaka (Province de l'Équateur, RDC). L'enquête s'est focalisée sur les ménages résidant de manière continue depuis au moins douze mois dans les

aires de santé de Bosomba et de Mama wa Elikya. L'inclusion intégrait les chefs de ménage ou leurs représentants majeurs (âgés d'au moins 18 ans) ayant consenti à participer.

Échantillonnage et taille – En raison de l'absence d'une base de sondage exhaustive actualisée, un échantillonnage non probabiliste de convenance a été employé lors de visites à domicile. L'effectif a été équilibré entre les deux sites, incluant 38 ménages à Bosomba et 37 à Mama wa Elikya. La taille de l'échantillon a été estimée *a priori* par la formule de Schwartz pour une proportion dans une population finie : $n = \frac{z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$, avec un score $z = 1,96$ (risque $\alpha = 5\%$), une prévalence attendue $p = 0,50$ des difficultés d'accès en l'absence de données antérieures, et une précision $d = 0,10$ ($\pm 10\%$). Bien que le calcul théorique ciblat 96 ménages, les contraintes budgétaires ont restreint l'échantillon à 75 ménages effectivement enquêtés, ce qui majore la marge d'erreur réelle et réduit la puissance statistique.

Collecte et cadre conceptuel – Les données ont été recueillies par face-à-face en lingala par trois enquêteurs formés, via un questionnaire structuré pré-testé. Les variables collectées comprenaient les facteurs sociodémographiques, les pratiques de recours, les distances, les coûts et la qualité perçue. Pour ancrer l'analyse, ces variables ont été adossées aux dimensions de Penchansky et Thomas (1981) et d'Andersen (1995) : l'accessibilité financière (coût des soins, profession, charge familiale), l'accessibilité géographique (distance déclarée), l'acceptabilité (satisfaction de la qualité, recours divinatoire) et la disponibilité (structure active à moins de 5 km).

Analyses statistiques – Saisies sur Excel, les données ont été traitées sous IBM SPSS Statistics v.25. L'analyse descriptive a ciblé les fréquences absolues et relatives des variables qualitatives. Pour l'approche bivariée, le test du Chi² de Pearson au seuil de $p < 0,05$ a été appliqué, ou le test exact de Fisher lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5. Par rigueur scientifique, aucune régression logistique multivariée n'est présentée ; l'événement d'intérêt (accès facile) ne concernant que 14 sujets (18,7 % de l'échantillon), l'analyse multivariée aurait violé la règle des 10 événements par variable (Peduzzi et al., 1996), conduisant à une instabilité du modèle et à un risque élevé de sur-ajustement.

Éthique – L'étude a reçu l'approbation du Comité de gestion de l'ISTM Mbandaka et l'autorisation du Médecin Chef de la Zone de Wangata. Le caractère volontaire, confidentiel et le droit de retrait ont été explicités avant de recueillir le consentement éclairé verbal des participants. L'anonymat a été garanti par l'attribution de codes alphanumériques.

III. Résultats**3.1 Caractéristiques sociodémographiques et pratiques de recours aux soins****Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des chefs de ménage (n=75)**

Caractéristique	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Sexe		
Masculin	57	76
Féminin	18	24
Niveau d'études		
Sans niveau formel	36	48
Secondaire	29	38,7
Supérieur	10	13,3
Profession		
Fonctionnaire	18	24
Débrouillard (secteur informel)	18	24
Enseignant	17	22,7
Sans profession	6	8
Vendeuse	4	5,3
Autres*	12	16
Religion		
Église de réveil	36	48
Catholique	22	29,3
Protestante	10	13,3
Autres**	7	9,4
État civil		
Marié(e)	75	100

Commentaire :

Le profil démographique des répondants est marqué par une nette prédominance masculine avec 76 % de l'échantillon et un statut matrimonial homogène, la totalité des participants étant mariée. Sur le plan éducatif, près de la moitié des chefs de ménage, soit 48 %, ne possède aucune instruction formelle. La structure professionnelle est relativement équilibrée entre le secteur public, regroupant les fonctionnaires et les enseignants, et le secteur informel des débrouillards, représentant chacun environ un quart de l'effectif global.

Tableau 2 : Comportements en cas de maladie et perceptions de l'offre de soins (n=75)

Variable	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Premier recours en cas de maladie		
Automédication	59	78,7
Consultation structure formelle	16	21,3
Distance à la structure de santé		
Moins de 5 km	53	70,7
5 km ou plus	22	29,3
Satisfaction de la qualité des soins		
Non satisfait	71	94,7
Satisfait	4	5,3
Accès perçu aux soins		
Difficile	61	81,3
Facile	14	18,7
Raison principale de l'accès difficile (n=61)		
Manque de moyens financiers	57	93,4
Coût des soins jugé trop élevé	2	3,3
Mauvais accueil	2	3,3
Alternative en cas d'impossibilité d'accès		
Recours à une consultation divinatoire	40	53,3
Automédication	14	18,7
Recours à un soignant de la famille	4	5,3
(Accès facile / Sans objet)	14	18,7

Commentaire :

L'analyse des pratiques révèle que l'automédication constitue le premier réflexe thérapeutique pour 78,7 % des enquêtés. Bien que l'offre de soins soit géographiquement accessible, avec 70,7 % des répondants résidant à moins de 5 kilomètres d'une structure, l'accès réel est perçu comme difficile par 81,3 % de la population, principalement pour des raisons financières dans 93,4 % des cas. Ce constat est aggravé par un taux d'insatisfaction massif vis-à-vis de la qualité des soins, atteignant 94,7 %. En dernier recours, plus de la moitié des ménages, soit 53,3 %, se tournent vers des pratiques divinatoires.

Tableau 3 : Suggestions des répondants pour l'amélioration de l'accès aux soins

Proposition	Effectif (n)	Pourcentage (%)*
Améliorer le plateau technique (équipements)	34	45,3
Réduire le coût des soins	24	32
Implication de l'État (qualité à moindre coût)	19	25,3
Améliorer l'accueil	14	18,6
Disponibilité des intrants et médicaments	4	5,3

*Total supérieur à 100% (réponses multiples possibles).

Commentaire :

Les recommandations des chefs de ménage se concentrent prioritairement sur la dimension technique et économique du système de santé. L'amélioration du plateau technique pour 45,3 % des répondants et la réduction des coûts pour 32 % d'entre eux apparaissent comme les leviers essentiels pour accroître la fréquentation des structures formelles. Ces attentes soulignent une forte corrélation entre la perception de la qualité technique et l'accessibilité financière.

3.2 Analyse bivariée des facteurs associés à l'accès aux soins

Cette section explore les corrélations entre l'accessibilité aux soins et le profil socio-économique des répondants.

Tableau 4 : Associations entre l'accès aux soins et les caractéristiques socioéconomiques (Test du chi-2)

Variable	χ^2 calculé	ddl	p-value	Décision ($\alpha=0,05$)
Profession (10 catégories)	31,18	10	< 0,001	Significatif
Satisfaction de la qualité des soins	*	1	< 0,001	Significatif
Perception d'un coût élevé des soins	9,57	1	0,001	Significatif
Nombre d'enfants (4 classes)	18,96	3	0,004	Significatif
Taille du ménage	16,36	9	0,06	Non significatif
Sexe	2,23	1	0,135	Non significatif
Religion (5 catégories)	7,91	5	0,161	Non significatif
Âge (3 classes : <35, 35-50, ≥50 ans)	3,21	2	0,201	Non significatif
Niveau d'études (regroupé)	1,57	1	0,211	Non significatif

*Test exact de Fisher utilisé en raison d'effectifs théoriques < 5.

Commentaire :

L'analyse bivariée met en évidence quatre déterminants majeurs de l'accès aux soins dans notre échantillon. La profession, le nombre d'enfants, la perception de la qualité des soins ainsi que le coût financier présentent des associations statistiquement hautement significatives ($p < 0,05$).

À l'inverse, les variables structurelles telles que le sexe, l'âge, le niveau d'instruction ou la religion ne semblent pas influencer de manière déterminante la facilité d'accès aux soins de santé dans ce contexte d'étude.

IV. Discussion

Cette étude transversale menée dans la zone de santé de Wangata confirme que les barrières économiques constituent le principal déterminant de l'accès difficile aux soins de santé primaires. La prévalence très élevée de l'accès difficile (81,3 %) et du recours à l'automédication (78,7 %) dresse le portrait d'une population en situation de grande vulnérabilité face au système de santé formel.

Conformément au modèle d'Andersen, nos résultats indiquent que les facteurs favorisant liés aux ressources économiques éclipsent largement les facteurs prédisposants comme le niveau d'éducation dans ce contexte (Andersen, 1995). L'absence de lien significatif entre le niveau d'instruction et l'accès aux soins suggère que dans un environnement de pauvreté extrême, le capital économique prime sur le capital culturel pour déterminer le recours aux soins. Ce résultat corrobore les travaux de Chenge et al. à Kinshasa, qui soulignent la prééminence des dépenses catastrophiques de santé (Chenge et al., 2015).

L'association statistiquement significative entre la profession précaire et l'accès difficile ($p < 0,001$) reflète l'absence de mécanismes de protection sociale pour le vaste secteur informel urbain. De même, chaque enfant supplémentaire à charge réduit le revenu disponible par tête, expliquant l'augmentation de la difficulté d'accès observée ($p = 0,004$). Cette charge dépendante est un facteur de vulnérabilité bien documenté dans les études sur l'équité en santé en Afrique subsaharienne (McIntyre et al., 2009).

Notre étude révèle également une dissonance importante entre l'accessibilité géographique, où 70,7 % des ménages se situent à moins de 5 kilomètres d'une structure, et l'accessibilité financière. Cela valide empiriquement la distinction conceptuelle de Penchansky et Thomas, selon laquelle la disponibilité d'un service ne garantit pas son accessibilité financière (Penchansky & Thomas, 1981). Le recours massif aux soins informels, notamment l'automédication et la divination, peut être interprété comme une stratégie de contournement contrainte par le coût prohibitif du système formel, plutôt qu'un choix culturel premier (Musango, 2010).

Plusieurs limites de cette recherche doivent toutefois être discutées. Premièrement, le biais de sélection inhérent à l'échantillonnage de convenance limite la généralisabilité des résultats à l'ensemble de la population de Mbandaka. Deuxièmement, la nature déclarative des données expose l'étude à un biais de désirabilité sociale, les répondants pouvant exagérer leurs

difficultés financières, ainsi qu'à un biais de mémoire. Troisièmement, la perception de la qualité des soins reste subjective et pourrait refléter une insatisfaction globale liée au paiement direct plutôt qu'une évaluation objective des actes cliniques. Enfin, la taille modeste de l'échantillon ($n = 75$), bien que justifiée pour une analyse bivariée, n'a pas permis la réalisation d'une analyse multivariée fiable. Les associations observées ne contrôlent donc pas les facteurs de confusion potentiels, et les résultats doivent être interprétés avec prudence.

V. Conclusion et Recommandations

Cette étude confirme que dans les aires de santé de Bosomba et Mama wa Elikya à Mbandaka, les barrières économiques – précarité professionnelle, coût direct des soins et charge familiale – constituent le principal déterminant de l'exclusion des services de santé primaires. La proximité géographique et le niveau d'instruction ne suffisent pas à compenser l'incapacité financière à payer les soins.

Au regard de ces résultats, plusieurs actions prioritaires doivent être menées par les différentes parties prenantes du système de santé. Il est recommandé au Ministère Provincial de la Santé de l'Équateur d'étendre les mécanismes de gratuité ciblée pour les populations vulnérables identifiées, notamment les indigents, les mères et les enfants, tout en promouvant le développement de mutuelles de santé communautaires adaptées aux réalités du secteur informel. Parallèlement, la Zone de Santé de Wangata doit assurer une application stricte de la tarification forfaitaire et contrôler rigoureusement le prix des médicaments essentiels au sein des formations sanitaires. Enfin, il est suggéré aux chercheurs de mener des études de plus grande envergure s'appuyant sur un échantillonnage probabiliste et une taille d'échantillon supérieure à 300 ménages, afin de permettre une analyse multivariée robuste idéalement couplée à un volet qualitatif pour explorer en profondeur les logiques sous-jacentes du recours aux soins.

La levée des barrières financières est une condition sine qua non pour progresser vers la Couverture Santé Universelle en République Démocratique du Congo.

Références Bibliographiques

- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care. *J Health Soc Behav.* 1995;36(1):1-10.
- Banque Mondiale. High-performance health financing for universal health coverage. Washington, D.C. : World Bank; 2019.
- Bapolisi Ndjovu O, Iragi Ntwali P. Barriers to healthcare access in the DRC: A systematic review. *Trop Med Int Health.* 2025.
- Chenge M, Luboya O, Mapatano M. Accessibilité financière à Kinshasa. *Rev Cong Santé Publique.* 2015;3(2):45-56.
- Ilunga F, Nkulu K, Kabamba L. Satisfaction des patients dans les formations sanitaires de Lubumbashi. *Ann Univ Lubumbashi.* 2017;15(2):78-92.

- Kahindo Mbeva JB, et al. Enjeux de couverture santé universelle en RDC. *Int J Innov Sci Res.* 2023;66(1):42-56.
- Lambert H, Kahindo Mbeva JB. Femmes et accès aux soins en République démocratique du Congo. *Santé Publique.* 2019;31(5):735-744.
- Lucas-Gabrielli V, Mangeney C. Accessibilité financière et géographique. IRDES. 2019.
- Mafuta E, Musango L, De Brouwere V. Free maternal care and health seeking behavior in South Kivu, DRC. *Int J Health Plann Manage.* 2020;35(2):456-470.
- Manya KK, et al. Facteurs limitant l'utilisation des services de soins à Lubumbashi. *Rev Infirm Cong.* 2023;7(1):17-22.
- McIntyre D, Thiede M, Birch S. Access as a policy-relevant concept. *Health Econ Policy Law.* 2009;4(2):179-193.
- Ministère de la Santé Publique de la RDC. Stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) 2016-2020. Kinshasa ; 2016.
- Musango L. Le recours aux soins en Afrique. *Rev Afr Santé Publique.* 2010;4(1):23-31.
- Nkwahata R, et al. Prévalence de l'automédication à Mbandaka. *Ann Méd Équateur.* 2023;1(1):12-18.
- OMS. Résistance aux antimicrobiens. Aide-mémoire. 2019.
- Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration d'Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma-Ata, URSS ; 1978.
- Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol.* 1996;49(12):1373-9.
- Penchansky R, Thomas JW. The concept of access. *Med Care.* 1981;19(2):127-40.
- Spira A. Inégalités sociales de santé. *Bull Acad Natl Med.* 2020;204(5):486-492.



2026 by the Authors. This Article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)