

La population cible de cette étude est constituée des personnes âgées de 65 ans et plus de la ville de Mbuji-Mayi.

a) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont les suivantes :

- Etre âgé de 65 ans et plus
- Etre habitant de la ville de plus ou moins 5 ans
- Etre présent au moment d'enquête
- Accepter librement de participer à l'enquête

b) critères d'exclusion

- Tout sujet ne remplissant pas les critères d'inclusion cités ci-haut.

Notre étude est quantitative du type descriptif corrélationnel, à l'aide d'un devis explicatif afin de décrire les facteurs limitant le recours aux soins de santé chez les personnes de troisième âge dans la ville de Mbuji-Mayi

2) Echantillonnage

Pour arriver à tirer l'échantillon de cette étude, nous avons préféré recourir à la méthode d'échantillonnage probabiliste, plus spécialement à l'échantillonnage aléatoire systématique.

Amuli et Ngoma (2011) indiquent que pour déterminer la taille de l'échantillon d'une étude à groupe unique, il est important de recourir à la formule de Fischer. Ainsi, nous avons retenu cette formule et l'avons appliquée comme ci-dessous :

$$N = \frac{Z^2 \times Pq}{d^2} \text{ d'où :}$$

N= taille de l'échantillon

Z= coefficient de confiance pour degré de confiance à 95% soit 1,96 ;

P= la proportion de recours aux soins de santé qui est de 36% soit 0,36

d= degré de précision désiré par nous, fixé à 10%

Q= proportion supposée de la population cible n'ayant pas de caractéristique étudié.

$$Q = 1 - p$$

$$N = \frac{(1,96)^2 \times (0,36) \times (0,64)}{(0,1)^2} = \frac{0,8851046}{0,01} = 89$$

En plus de ce résultat (89) nous avons ajouté les 10% d'augmentation de la puissance de l'échantillon afin d'éviter les erreurs. Ce qui donne un total de **98 ménages ou personnes** à enquêter.

Au regard du calcul statistique effectué, la taille de l'échantillon a été estimée de 98 sujets d'étude, représentant chacun un ménage quelconque.

En ce qui concerne les personnes, nous les avons répertoriées en rapport avec la taille de l'échantillon ou le nombre de personnes à enquêter dans chaque zone de santé représenté dans les tableaux ci-dessous.

Tenant compte de notre échantillon estimée à 98 sujets, pour que cette taille de l'échantillon soit représentative de la population, nous avons ressorti ou coller la proportion de personnes âgées qui est de 50%. Ceci par le fait que les statistiques de cette tranche d'âge ou leurs données ne sont pas disponibles.

Ainsi, pour obtenir le nombre de personnes à interroger par zone de santé, nous avons tenu compte de poids démographiques de chaque zone selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Population cible X par la taille de l'échantillon}}$$

Population totale de personnes âgées

Tableau de l'échantillon.

N°	ZONES DE SANTE	POPULATION TOTALE	FREQUENCE 50%	CIBLE
1	Bipemba	354.425	177213	12
2	Bonzola	198.733	99367	7
3	Dibindi	262.547	131274	9
4	Diulu	367.651	183826	12
5	Lubilanji	257.914	128957	9
6	Lukelenge	269.792	134896	9
7	Kansele	250.877	125439	8
8	Muya	344.099	172050	12
9	Mpokolo	301.404	150702	10
10	Nzaba	289.367	144684	10
TOTAL GENERAL		2.896.809	1448405	98

Chaque sujet à enquêter correspond à un ménage de la zone de santé, ainsi pour tirer chaque ménage, nous avons procédé par ménages avec personnes âgées.

3) Méthode et technique de récolte des données

Nous sommes arrivés à collecter les données de cette étude, en utilisant la méthode d'enquête par questionnaire, appuyé par l'interview face à face à l'aide d'un guide de l'interview comme technique.

Cette technique est optée parce qu'elle a l'avantage de recueillir les données même auprès des sujets ne sachant ni lire ni écrire.

Toutefois, le but était de recueillir les données se rapportant à la situation des facteurs limitant le recours aux soins de santé sans que le chercheur puisse imposer son point de vue.

Cette technique nous a été utile du fait qu'elle nous a permis de réduire le nombre des

questions pouvant rester sans réponses et d'augmenter le taux de réponses.

Ensuite, elle nous a permis de poser des questions ouvertes auxquelles les personnes ont répondu sans pour autant prendre du temps qu'avec un questionnaire en auto-administration.

4) Plan de traitement et d'analyse des données

Les outils de collecte possédant les données issues de différents sites d'enquête, sont mis ensemble par les enquêteurs pour la compilation puis codifiées en créant un masque des données pour l'analyse. La saisie des données s'est faite directement sur Excel et logiciel Epi Data et Epi info verso 6 ; 3.2 afin de procéder à l'analyse proprement-dite des variables. Les calculs effectués de proportions et pourcentages (prévalences) parmi les groupes socio-économiques, démographiques et le recours aux soins de santé ont été testés à l'aide du test de signification : le test de chi-carré de Pearson (χ^2).

Les résultats de l'étude sont estimés à un intervalle de confiance (IC) de 95% avec le risque d'erreur α (alpha) fixé à 5% ($p=0,05$) et la puissance de l'étude à 90%, le risque d'erreur beta à 10% ($\beta=0,1$). Ces résultats sont présentés sous forme de tableau et commentés.

Tenant compte de la lourdeur des tâches à remplir en ce qui concerne l'analyse des données, nous avons sollicité l'aide d'un spécialiste en santé publique à ce sujet.

Au cours de ce chapitre, les orientations méthodiques ont été largement démontrées.

L'étape suivante va consister à descendre sur le terrain afin de mettre en application l'approche méthodologique que nous avons retenue en vue d'obtenir les données dont nous avons besoin pour l'étude.

5) Variables étudiées

- Caractéristiques sociodémographiques ;
- Caractéristiques socio-culturels ;

- Caractéristiques organisationnels ;
- Caractéristiques Economiques ;
- Relation entre le recours aux services de santé et la dépendance du responsable ;
- Relation entre le recours aux services de santé et le travail ;
- Relation entre le recours aux services de santé et la possession revenu

3. RESULTATS

Tableau N° 1 : Répartition des cas selon les caractéristiques sociodémographiques

Colonne1	Colonne2	Colonne3
Caractéristiques socio-démographiques	F.O	%
Sexe		
Masculin	46	46,9
Féminin	52	53,1
Total		
Tranche d'Age en Année Révolue		
65 – 69	53	54,1
70- 74	28	28,6
75- 79	12	12,2
80- 84	3	3,1
85 - 89	2	2
90 et plus	0	0
Total	98	100
Etat civil		
Marié (e)	48	49
Célibataire	1	1
Veuf (Ve)	42	42,9
Divorcé (e)	7	7,1
Total	98	100

Il ressort de ce tableau que le sexe féminin totalise 53,1% sur le sexe masculin qui vient en seconde position avec 46,9%. Quand à la tranche d'âge de 65 à 69 Ans, elle prime sur les autres avec 54,1 % suivie de celle de 70 -

74 ans avec 28,6% . Pour ce qui est de l'état civil 48 personnes soit 49% sont mariées et 42 personnes soit 42,9% sont veuves, suivi des 7 divorcées soit 7,1% et 1 célibataire qui représente 1%.

Tableau 2 : Répartition des sujets selon les Caractéristiques socio-culturels

Caractéristiques socio-culturels	F.O	%
Niveau d'étude		
N'a pas étudié	29	29,6
Primaire	36	36,7
Secondaire	28	28,6
Universitaire	5	5,1
Total	98	100
Responsabilité dans le ménage		
Responsabilité dans le ménage	84	85,7
N'ayant pas de responsabilité dans le ménage	14	14,3
Total	98	100
La possession d'enfant		
Ayant des enfants	87	88,8
N'ayant pas d'enfants	11	11,2
Total	98	100

Il ressort de ce tableau que 36% des enquêtés ont un niveau d'étude primaire contre 29,6% soit 29 sujets qui n'ont aucun niveau d'étude, quand à la possession d'enfant 88,8% des enquêtés ont des enfants contre 11,2% qui n'en ont pas. Il complète sur la responsabilité dans les ménages en disant que 85,7% sont responsables des ménages contre 14,3% de non responsables vivant sous responsabilité des autres personnes.

Tableau 3 : Répartition de sujets selon les Caractéristiques organisationnels

Caractéristiques socio-sanitaires	F.O	%
Les consultations faites depuis le début de l'année		
Ayant consulté depuis le début de l'année	45	45,9
N'ayant pas consulté depuis le début de l'année	53	54,1
Total	98	100
L'utilisation de la FOSA		
Oui	39	39,8
Non	59	60,2
Total	98	100
Episode de maladie		
Une fois	10	10,2
Deux fois	26	26,5
Plusieurs fois	62	63,3
Total	98	100

Les données de ce tableau montrent que les personnes qui ont consulté les services de soins au cours de l'année représentent 45,9% contre 54,1% de celles qui n'ont pas su consulter les services de soins. Pour ce qui est d'utilisation de service de santé, il sied de signaler que 59 personnes soit 60,2%

n'utilisent pas la FOSA la plus proche de leur domicile et 39 personnes soit 39,8% utilisent la FOSA la plus proche. Concernant l'épisode maladie les données consignées révèlent que 62,2% de personnes tombent malades plusieurs fois pendant l'année contre 26,5% de celles qui sont tombés malades au moins deux fois et 10% de celles qui tombent malades une seule fois l'année.

Tableau 4 : Répartition de sujets selon les Caractéristiques Economiques

Appréciation du coût des soins	F.O	%
Très cher	73	74,5
Cher	7	7,1
Moins cher	8	8,2
Ne sais pas	10	10,2
Total	98	100
La prise en charge par la famille		
Prise en charge par la famille	55	56,1
N'est pas prise en charge par la famille	43	43,9
Total	98	100
Appartenance à une mutuelle de santé		
Organisations d'entraide mutuelle	5	5,1
L'Appartenance à une mutuelle de santé	0	0
Non Appartenance à une mutuelle de santé	93	94,9
Total	98	100

Il ressort de ce tableau que, 74,5% de personnes ont déclaré que les soins coutent très cher, alors que 10,2% ne savent pas évaluer le cout de soins, 8,2% de ces personnes ont montré que les soins sont moins chers et 7,1% ont témoigné que les soins coutent cher. Au regard de la prise en

Travailleurs ou non	Recours aux soins		Non recours aux soins		TOTAL	
	F.O	%	F.O	%	F.O	%
Ceux qui travaillent	30	30,6	22	22,4	52	53,06
Ceux qui ne travaillent pas	9	9,2	37	37,7	46	46,94
TOTAL	39	39,8	59	60,2	98	100

charge par la famille, 55 personnes soit 56,1% sont prises en charge par leurs familles contre 43 soit 43,9% de celles qui ne sont pas prises en charge. Quand à l'appartenance à une mutuelle de santé 5 personnes seulement soit 5,1% sont dans des Organisations d'entraide mutuelle et 93 soit 94,9% vivent sans appartenance à une mutuelle de santé.

Tableau 5 : La relation entre le recours aux services de santé et la dépendance du responsable

La dépendance du responsable	Recours aux soins		Non recours aux soins		TOTAL	
	F.O	%	F.O	%	F.O	%
Dépendants	31	31,6	24	24,5	55	56,1
Indépendants	8	8,1	35	35,7	43	43,9
TOTAL	39	39,7	59	60,2	98	100

Chi carrée de Mantel Haenszel=14,2143 ,
P=0,00016

A la lumière de ce tableau ; les personnes de troisième âge ayant recouru aux soins en étant dépendantes étaient plus représentées avec 31,6% contre 24,5%, X^2 calculé =14,2143 (p=0,00016 ddl= 1) 4,2054 fois supérieur au x^2 tabulaire =3,38 la différence est très significative ; il ya une relation entre la dépendance et le recours aux soins

Tableau 6 : la relation entre le recours aux services de santé et le travail

Chi carrée de Mantel
Haenszel=14,6583 , P=0,00013

Les résultats de ce tableau indiquent que les personnes de troisième âge ayant recouru aux soins en étant travailleurs étaient plus représentées avec 30,6% contre 22,4%, X^2 calculé =14,6583(p=0,00013 ddl= 1) 4,33 fois supérieur au x^2 tabulaire =3,38 la différence est très significative ; il y a une relation entre le fait d'avoir le travail et le recours aux soins.

Tableau 7 : la relation entre le recours aux services de santé et la possession revenu

Possession revenu	Recours aux soins		Non recours aux soins		TOTAL	
	F.O	%	F.O	%	F.O	%
Ayant des revenus stables	40	40,8	11	11,2	51	52,04
N'ayant pas des revenus stables	23	23,4	24	24,5	47	47,96
TOTAL	63	64,2	35	35,7	98	100

Chi carrée de Mantel Haenszel

=9,1735, P=0,00245664

Il ressort de ce tableau que les personnes de troisième âge ayant recouru aux soins en ayant de revenus stables étaient beaucoup représentées avec 40 sujets contre 11 sujets, X^2 calculé =9,1735 ($p=0,00245$ $dl=1$) 2,7140 fois supérieur au χ^2 tabulaire =3,84 la différence est significative ; il y a une relation entre le revenu et le recours aux soins.

Tableau 8: La relation entre le recours aux services de santé et l'Appréciation de l'accueil

L'appréciation de l'accueil	Recours aux soins		Non recours aux soins		TOTAL	
	F.O	%	F.O	%	F.O	%
Bon accueil	13	13,26	28	28,57	41	41,84
mauvais accueil	26	26,53	31	31,61	57	58,16
Total	39	39,79	59	60,2	98	100

Chi carrée de MH=0,2471 , P=0,619

Concernant ce tableau ; les personnes de troisième âge ayant recouru aux soins en n'étant pas bien accueillies, étaient moins représentées avec 26 sujets contre 31 sujets, X^2 calculé =0,2471($p=0,619$ $ddl = 1$) 13,68fois inférieur au χ^2 tabulaire =3,84, la différence n'est pas significative ; il n'y a pas une relation entre l'accueil et le recours aux soins.

4. DISCUSSION

Interprétation des résultats des analyses uni-variées

Concernant le sexe féminin : totalise 53,1% contre le sexe masculin qui n'a obtenu que 46,9%. Ces données ne concordent pas avec celles de Tchouaféné V M, (2010), selon lesquelles le sexe masculin a présenté 74% contre 26% pour le sexe féminin.

Quant à l'âge, c'est la tranche d'âge de 65-69 ans qui a primé sur les autres avec 54,1% contrairement à T.VMatchoke qui n'a trouvé que 4% pour les personnes de 60 ans et plus. Les mariés ont été plus nombreux avec 49%. Ici nous rejoignons les données de l'ECOSIT2(2003) qui montrent que les hommes âgés sont en forte proportion mariés ou vivent maritalement 95,7%, tandis que les femmes âgées sont majoritairement des veuves 76,5% et dans une moindre proportion 15,3% séparées ou divorcées. Les hommes âgés tant qu'ils sont vivants restent en position d'union alors que les femmes âgées subissent le phénomène du décès de leur mari étant donné qu'elles ont une espérance de vie supérieure à celle de leur mari.

Il ressort de ce tableau 2 que 36% des enquêtés ont un niveau d'études primaires contre 29,6% soit 29 sujets qui n'ont aucun niveau d'étude. Quand à la possession d'enfant 88,8% des enquêtés ont des enfants contre 11,2% qui n'en ont pas. Il complète sur la responsabilité dans les ménages en disant que 85,7% sont responsables des ménages contre 14,3% de non responsables vivant sous responsabilité des autres personnes. Les données montrent en suite que les personnes qui ont consulté les services de soins au cours de l'année représentent 45,9% contre 54,1% de celles qui n'ont pas su consulter les services de soins.

Pour ce qui est d'utilisation de service de santé (Tableau3), il sied de signaler que 59 personnes soit 60,2% n'utilisent pas la FOSA la plus proche de leur domicile et 39 personnes soit 39,8% utilisent la FOSA la plus proche, ces résultats ne s'approchent pas du résultat

de l'ECOSIT2 qui fait ressortir qu'il y a 45,3% d'hommes âgés qui ont fait une consultation contre 28,4% de femmes âgées, les personnes âgées quel que soit le sexe font plus de consultation. Cela donc pourrait s'expliquer par la disponibilité des centres de santé.

Concernant l'épisode maladie les données consignées révèlent que 62,2% de personnes tombent malades plusieurs fois pendant l'année contre 26,5% de celles qui sont tombés malades au moins deux fois et 10% de celles qui tombent malades une seule fois l'année.

Il ressort de ce tableau 4 que 74,5% de personnes ont déclaré que les soins coutent très cher, alors que 10,2% ne savent pas évaluer le cout de soins, 8,2% de ces personnes ont montré que les soins sont moins chers et 7,1% ont témoigné que les soins coutent cher. Au regard de la prise en charge par la famille, 55 personnes soit 56,1% sont prises en charge par leurs familles contre 43 soit 43,9% de celles qui ne sont pas prises en charge. Quant à l'appartenance à une mutuelle de santé 5 personnes seulement soit 5,1% sont dans des Organisations d'entraide mutuelle et 93 soit 94,9% vivent sans appartenance à une mutuelle de santé, Ces résultats corroborent avec Tchouaféné V.M., (2010) qui montre une forte proportion des personnes âgées n'ayant pas de sécurité sociale. La situation des femmes âgées est désastreuse en ce qui concerne la sécurité sociale. La proportion d'hommes âgés en milieu urbain ayant la sécurité sociale est de 27,9%, ce qui demeure très faible de nos jours.

Interprétation des résultats des analyses bi variées

Les personnes de troisième âge Dépendantes ayant recouru aux soins étaient plus représentées avec 31 sujets contre 24sujets, le X^2 calculé =14.21 ($p= 0,0001$ ddl= 1) 4.2054 fois supérieur au x^2 tabulaire =3,84, à l'intervalle de confiance de 5%, la différence est très significative ; il ya une relation entre la dépendance et le recours aux soins, nous confirmons notre hypothèse en disant qu'il y a un lien entre la dépendance et le recours aux soins des personnes de troisième âge.

En effet, le tableau 11 nous révèle que ; les personnes de troisième âge ayant recouru aux soins en étant travailleurs étaient plus représentées avec 30 sujets contre 22 sujets, le X^2 calculé =14.65 ($p=0,00013$ ddl= 1) 4.33 fois supérieur au χ^2 tabulaire = 3,84, à l'intervalle de confiance de 5%, la différence est très significative ; il y a une relation entre le fait d'avoir le travail et le recours aux soins.

Il ressort de ce tableau12 que les personnes de troisième âge ayant recouru aux soins en ayant de revenus stables étaient beaucoup représentées avec 40 sujets contre 11 sujets, le X^2 calculé =9.1735($p=0,000245664$ ddl= 1) 2.71 fois supérieur au χ^2 tabulaire =3,84, à l'intervalle de confiance de 5%, la différence est significative ; il y a une relation entre le revenu et le recours aux soins, donc nous confirmons notre hypothèse en disant qu' il y a

5. CONCLUSION

En République Démocratique du Congo (RDC), la situation sanitaire de la population spécialement en matière de couverture en soins curatifs, reste préoccupante. L'accessibilité des populations aux structures de soins de santé primaires demeure très limitée, tant dans les zones urbaines que périurbaines (Wembonyama et Col, 2007).

Deux tiers des patients en RDC 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 qu'ils n'ont pas de moyens (financiers) pour y accéder (Ministère de la santé publique).

Pour Emile Durkheim, l'avancée en âge a de nombreuses conséquences sociales : diminution des réseaux sociaux du fait du veuvage fréquent des femmes (les deux tiers de personnes de plus de 85 ans sont de sexe féminin), éloignement des enfants, disparitions des contemporains pour les plus âgés, réduction des ressources pour beaucoup. Or toute société repose sur l'interaction de rôles sociaux. Ceux-ci constituent le lien entre l'individu et son environnement. Longtemps,

une relation entre le recours aux soins et les revenus de personne de troisième âge.

Concernant ce tableau13 ; les personnes de troisième âge ayant recouru aux soins en n'étant pas bien accueillies, étaient moins représentées avec 26 sujets contre 31 sujets, le X^2 calculé =0,2471($p=0,619$ ddl= 1) 13.68 fois inférieur au χ^2 tabulaire =3,84, à l'intervalle de confiance de 5% la différence n'est pas significative ; il n'y a pas une relation entre l'accueil et le recours aux soins, donc nous réfutons notre hypothèse qui disait qu'il y a une relation entre le recours aux soins et l'accueil de personnes de troisième âge dans les structures de soins

le cycle de vie ternaire (formation, travail, retraite) a produit une représentation de la vieillesse comme un temps d'inactivation et d'exclusion. La retraite, en signifiant la perte du statut de travailleur à l'entrée dans la vieillesse, induit une définition sociale négative de cet âge de la vie.

A notre connaissance, il n'existe presque pas d'études dans notre milieu en rapport avec ce domaine de 3^{ème} âge ayant cherché à identifier les facteurs limitant le recours aux soins de santé. La vulnérabilité et la fragilité des personnes de 3^{ème} âge sans oublier les conséquences de limite de recours aux soins font l'objet d'une préoccupation dans notre milieu, nous trouvons ceci comme un sérieux problème de santé nécessitant une étude plus ou moins approfondie.

En effet, les personnes âgées constituent un groupe social qu'il va falloir intégrer aux préoccupations nationales, provinciales, locales, communautaires et familiales. Mais qu'est-ce que nous constatons aux regards des défis qu'impose la dynamique du nombre de ces personnes ? Toutefois, il n'existe ce dernier temps aucune institution de prise en charge des personnes âgées tant sur le plan social que sur le plan sanitaire. Il s'ajoute aussi bien le

problème de la faim chez ces personnes. Comme les travaux préparatifs de la deuxième assemblée de l'organisation de nations unies (ONU) rapportaient que la nourriture est leur « besoin urgent ».

C'est pour dire que l'organisme déjà affecté par la vieillesse et la faim dévient aussi si fragile qu'il ne peut lutter contre les différentes pathologies qui l'assaillent. A cet âge des maladies chroniques et dégénératives, les personnes âgées sont ainsi constamment sujettes à divers problèmes de santé parmi lesquels : la maladie mentale (démence et délire, dépression, psychose, maladie d'Alzheimer et ou de parkinson...), l'incontinence (incontinence urinaire, incontinence fécale), les maladies cardio-vasculaires et cérébrales dues pour la plupart à l'hypertension artérielle (avec comme conséquences directes l'hémiplégie). A ces maladies s'ajoutent le diabète, le cancer, le rhumatisme et les maladies broncho-pulmonaires avec gêne respiratoire, qui sont les principales affections chroniques responsables de mort des personnes âgées. Donc, l'absence de service de gériatrie conditionne ces dernières à une vie précaire, voire dangereuse et pourtant, dans la ville de Mbuji-Mayi on trouve parfois des spécialistes dans d'autres domaines.

Dans l'optique de tout ce qui précède, et surtout des perspectives démographiques sur les vieillissements, l'émergence des maladies chroniques et leur impact sur l'organisation du système de santé, les problèmes existants dans les recours aux soins de santé constituent en matière de la prise en charge un défi considérable d'ici 2050 pour les personnes âgées. La question est de savoir si dans ces conditions ces dernières peuvent arriver dans les jours à venir à bénéficier des soins de santé ?

A cette question principale relève la nécessité de poursuivre les recherches en vue de savoir pourquoi les personnes âgées ne recourent pas aux soins de santé, ou à identifier au mieux les facteurs qui limitent ce recours pour la mise en place d'une politique de soutien (retraite, accès

aux soins, etc..) afin de répondre au besoin croissant de la population vieillissante en matière de soins de santé. Ainsi nous nous sommes posé les questions ci-après :

1. Quels sont les facteurs limitant le recours aux soins de santé chez les personnes de troisième âge dans la ville de Mbuji-Mayi ?
2. Parmi les facteurs identifiés lesquels sont les plus significatifs ou plus importants dans la limitation de recours aux soins de santé chez les personnes de troisième âge dans la ville de Mbuji-Mayi ?

Cependant nous avons poursuivi le but ultime de notre travail est d'identifier les causes de la limitation de recours aux soins en vue d'améliorer le bien être des personnes de troisième âge, tout en attirant l'attention particulière de la communauté sur ces dernières en ce qui concerne leur prise en charge optimale.

Objectif général : Cette étude cherche à identifier les facteurs limitant le recours aux soins de santé chez les personnes de troisième âge.

Pour ce but, nous nous sommes assigné les objectifs spécifiques ci-dessous :

- Identifier les problèmes limitant le recours aux soins de santé.
- Déterminer la relation entre les variables socio-économiques, culturelles et le recours aux soins de santé afin d'analyser les facteurs identifiés.
- Identifier les facteurs les plus significatifs.

Après analyse des données ,nous sommes arrivés aux résultats suivants : les personnes de troisième âge ayant recouru aux soins en étant dépendantes étaient plus représentées avec 31 sujets contre 24 sujets, le X^2 calculé = 14,2143 ($p= 0,0001642912$ ddl= 1) 4,2054 fois supérieur au x^2 tabulaire = 3,84, a l'intervalle de confiance de 5%, la différence est très significative ; il ya une relation entre la dépendance et le recours aux soins, nous affirmons notre hypothèse en disant qu'il y a

un lien entre la dépendance et le recours aux soins des personnes de troisième âge.

En effet ce tableau 11 nous révèle que ; les personnes de troisième âge ayant recouru aux soins en étant travailleurs étaient beaucoup représentées avec 30 sujets contre 22 sujets, le X^2 calculé = 14,658 3(p=0,00013 ddl= 1) 4,33 fois supérieur au x^2 tabulaire = 3,84, à l'intervalle de confiance de 5%, la différence est très significative ; il y a une relation entre le fait d'avoir le travail et le recours aux soins.

Il ressort de ce tableau12 que les personnes de troisième âge ayant recouru aux soins en ayant de revenus stables étaient plus représentées avec 40 sujets contre 11 sujets, le X^2 calculé = 9,1735 (p=0,00245664 ddl= 1) 2,7 fois supérieur au x^2 tabulaire = 3,84, à l'intervalle de confiance de 5%, la différence est significative ; il y a une relation entre le revenu et le recours aux soins. Donc nous confirmons notre hypothèse qui disait qu'il y a une relation entre le recours aux soins et les revenus de personnes de troisième âge.

Concernant le tableau13 ; les personnes de troisième âge ayant recouru aux soins en n'étant pas bien accueillies, étaient moins représentées avec 26 sujets contre 31 sujets, le X^2 calculé =0,2471(p=0,619 ddl= 1) 13,68 fois inférieur au x^2 tabulaire = 3,84, à l'intervalle de confiance de 5%, la différence n'est pas significative ; il n'y a pas une relation entre l'accueil et le recours aux soins,

donc nous réfutons notre hypothèse qui disait qu'il ya une relation entre le recours aux soins et l'accueil de personnes de troisième âge dans les structures de soins. Au regard des résultats, nous suggérons :

Au gouvernement de la R D Congo

Tracer une politique avec des programmes bien définis et des organismes pouvant s'occuper de différentes préoccupations dans ce domaine.

D'améliorer le salaire des travailleurs afin de leur faciliter d'épargner tout au long de leur exercice et envisager aussi bien la mise en place d'une politique de soutien (retraite, recours aux soins, etc....) pour répondre au besoin de la population vieillissante.

De veiller à la formation des spécialistes en gériatrie et de créer les maisons des vieillards pour faciliter une bonne prise en charge de ces personnes.

Au district sanitaire de Mbuji-Mayi

De mettre en place les services de gériatrie dans différents hôpitaux généraux du district sanitaire de Mbuji-Mayi, afin de favoriser une bonne prise en charge des personnes de troisième âge.

A la population de la ville de Mbuji-Mayi

De veiller à la création des mutuelles de santé pour faciliter la meilleure prise en charge des personnes âgées en préservant leur dignité.

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Abdou Karim G et Pape Salif Seck, (1990). Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers au Sénégal.
2. koto E. M et col, (2003). Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'ouest : pluralisme thérapeutique entre traditions et modernité (Benin, Cote d'ivoire et Mali), les cahiers de l'IFORD, No 27, 169 pages.
3. Amuli J. et Ngoma M. (2011). Méthodologie de la recherche scientifique en soins et santé : Tome 1 : de la conception à la diffusion des résultats, KINSHASA : Médias Paul.
4. Amuli J. et Ngoma M. (2011). Méthodologie de la recherche scientifique en soins et santé : Tome II : Guide de rédaction scientifique, KINSHASA : Médias Paul.
5. Argumentaire, (2007). Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino énergétique chez la personne âgée. Haute autorité de santé (HAS) 2 Avenue du stade de France.
6. Arsene Burny, (1992). Le vieillissement. Edition université de Bruxelles.
7. Banque Mondiale (2005). Etude en rapport avec l'utilisation des services de santé.
8. Belmin J, (2003). Gérontologie, Masson, Paris.
9. Bertrand Sandrine, (1995). La qualité de vie perçue par les personnes âgées en maison de repos et en maison de soins. Mémoire, université catholique de Louvain, Faculté de médecine, Ecole de santé publique.
10. Christina M (2007) Inégalités d'accès aux soins et d'état de santé dans un contexte de réforme au système de santé. Rapport synthèse Hongrie. in <http://WWW.peer-rew-social-inclusion.net>
11. Claudine et Badey R, (2003). La vie en maison de retraite. Edition Albin Michel SA.
12. Cepamar, (20012). Analyse de la réponse du dispositif sanitaire et médico social au besoin de la population âgée dépendante en Martinique.
13. REES, (2010) Les fractures du col de fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement ?
14. Ggerick Th ET Tabutin D, (2001). Le vieillissement démographique dans le monde. Historique, mécanismes et tendances, université catholique de Louvain, Département des sciences de la population et du développement, document de travail No 14.
15. Fomekong F ET Mveing S, (2008). Conditions de vie des ménages et comportements thérapeutiques des personnes âgées au Cameroun.
16. Formulaire MRS, (2008). Guide pour la prescription rationnelle de médicament chez les personnes âgées. Edition nord pas de calbars
17. Jacques Delamare et Col (2002). Dictionnaire des termes de médecine, 27ème éd. Rue de l'école de médecine. Paris.
18. Jean Pierrot Aquino (2006) les critères les plus admis dans la littérature médicale pour un vieillissement.