

FACTEURS SOCIOCULTURELS ET SOCIO- ÉCONOMIQUES CONTRIBUANT A L'AUTOMÉDICATION DANS LES MENAGES A LUBUMBASHI: ÉTUDE DE CAS DE LA ZONE DE SANTÉ RUASHI

SOCIOCULTURAL AND SOCIO-ECONOMIC FACTORS CONTRIBUTING TO SELF-MEDICATION IN HOUSEHOLDS IN LUBUMBASHI: A CASE STUDY OF THE RUASHI HEALTH ZONE



| Manya Krishna ^{1*} | Nday Wa Ngoy P ⁴ | Ntambwe Ndjakani P¹ | Mbombo Ntumba V² | Kibwe Ngandwe D ² | Bope Bomilongo M ² | Ilunga Kasongo C ² | Ilunga Kasongo C ² | Kitenge Lwenda L ³ | Arold FAZILI ³ | Ngoy MUNKANA Maloba M⁴ | et | Mwangala Mwanda F ² | Manya Tsheko¹ |

1. Gestion des Techniques Biomédicales, Institut Supérieur de Techniques Médicales de Lubumbashi, | RD Congo |

2. Section Sciences infirmières, Institut Supérieur de Techniques Médicales de Lubumbashi, | RD Congo |

3. Section Sciences infirmières, Institut Supérieur de Techniques Médicales de Likasi, | RD Congo |

4. Faculté des Sciences de Santé, Université de Malemba-Nkulu, | RD Congo |

| Received May 16, 2023 |

| Accepted May 31, 2023 |

| Published May 03, 2023 |

| ID Article | Manya-Ref1-6-16ajira110623 |

RESUME

Introduction : L'automédication est une pratique courante qui reflète la faible utilisation des services de santé, entraînant des consultations médicales tardives, des échecs thérapeutiques et une résistance microbienne. **Objectif** : Cette étude vise à identifier les facteurs contribuant à l'automédication à Lubumbashi. **Méthodes** : Une étude descriptive transversale a été menée de juillet 2022 à mai 2023 dans la zone de santé de Ruashi, dans la province du Haut-Katanga en RD Congo. L'échantillonnage a été réalisé de manière opportuniste, avec 384 participants. **Résultats** : Le manque de moyens financiers, le manque de confiance envers le personnel soignant, la distance entre le domicile et les services de santé, ainsi que la taille importante du foyer contribuent significativement à l'automédication. **Conclusion** : Pour lutter efficacement contre l'automédication à Lubumbashi, il est nécessaire de sensibiliser régulièrement la population aux inconvénients de retarder le recours aux services de santé, d'établir une tarification transparente prenant en compte le niveau socio-économique du patient, de garantir un financement durable des structures sanitaires par l'État et de lutter contre le chômage.

Mots clés : Facteurs, socioculturel, socio-économique, automédication.

SUMMARY

Background: Self-medication is a common practice that reflects the low utilization of health services, leading to late medical consultations, treatment failures and microbial resistance. **Objective**: This study aims to identify the factors contributing to self-medication in Lubumbashi. **Methods**: A cross-sectional descriptive study was conducted from July 2022 to May 2023 in the health zone of Ruashi, in the province of Haut-Katanga in DR Congo. Sampling was done opportunistically, with 384 participants. **Results**: The lack of financial means, the lack of trust in the nursing staff, the distance between the home and the health services, as well as the large size of the household contribute significantly to self-medication. **Conclusion**: To fight effectively against self-medication in Lubumbashi, it is necessary to regularly sensitize the population to the disadvantages of delaying the use of health services, to establish transparent pricing taking into account the socio-economic level of the patient, to guarantee sustainable financing of health structures by the State and to fight against unemployment.

Keywords: Factors, socio-cultural, socio-economic, self-medication.

1. INTRODUCTION

Le terme "automédication" est défini par l'Assurance comme la prise de médicaments, seul ou en association, sans avis médical et spécifiquement sans les conseils d'un pharmacien. La fédération nationale de l'information médicale considère depuis longtemps l'automédication comme le choix et l'utilisation de médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces, par des individus, dans le but de traiter des symptômes ou des maladies identifiées [1]. Les connaissances spontanées et pratiques concernant l'automédication montrent que bien qu'elle soit acceptée pour certains médicaments, cette pratique devrait être encadrée en raison des risques sanitaires individuels ou communautaires liés à une utilisation inappropriée des médicaments. Il est toutefois indéniable que l'automédication est une pratique répandue dans le monde entier et concerne toutes les classes sociales et toutes les catégories de médicaments [2].

La question fondamentale est de savoir si l'automédication est une conséquence du faible niveau d'instruction d'un conjoint ou d'une conjointe, de la non-appartenance à une mutuelle de santé et de la pratique de la médecine traditionnelle. Une autre hypothèse intéressante est que cela pourrait être attribué à des niveaux socio-économiques bas, des coûts élevés des soins, le chômage, la taille importante du ménage, la mauvaise qualité des soins, la distance entre le domicile et les structures sanitaires, le manque d'intrants nécessaires dans les structures sanitaires, la présence

de personnel de santé incompetent et le manque de motivation des relais communautaires [3]. En effet, de nombreux autres facteurs, tant psychologiques que culturels ou économiques, peuvent influencer le comportement des individus vis-à-vis de cette pratique [4]. L'automédication peut entraîner à la fois des résultats positifs et des problèmes. Sur le plan physiologique, elle peut soulager certains symptômes mais aussi provoquer divers effets secondaires. Sur le plan comportemental, elle peut conduire à de mauvaises habitudes, telles que l'interruption de traitements prescrits ou le retardement de la consultation médicale [5].

En République démocratique du Congo, malgré la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) visant à améliorer les services de santé, ainsi que l'élaboration de politiques et de stratégies de population en soutien au développement durable, il est indéniable que l'automédication demeure un problème de santé persistant. L'objectif de cette étude est donc d'identifier les facteurs contribuant à l'automédication à Lubumbashi, en vue de mieux comprendre cette pratique et de proposer des mesures appropriées pour y remédier.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 Lieu de l'étude

La zone de santé Ruashi, située dans la partie Est de la ville de Lubumbashi, en République Démocratique du Congo, Province du Haut-Katanga, est l'une des 11 zones de santé qui composent la ville. Avec une densité de population de 531 221 habitants par kilomètre carré et 19 aires de santé, cette zone présente un intérêt particulier pour la collecte de données [6]. La zone de santé Ruashi a été choisie en raison de sa diversité socio-économique et de sa population hétérogène. Cette zone de santé comprend à la fois des quartiers urbains densément peuplés et des zones rurales plus éloignées. Cette sélection intentionnelle nous permet d'obtenir des données variées et représentatives de différentes réalités socioculturelles et économiques au sein de la population de Lubumbashi.

2.2 Sujet d'étude

Nous avons réalisé un échantillonnage accidentel afin de sélectionner un total de 384 ménages de la zone de santé Ruashi à Lubumbashi. Ces ménages ont été choisis de manière aléatoire afin de garantir une représentation équilibrée de la population étudiée. Tous les ménages sélectionnés ont volontairement consenti à participer à l'étude, ce qui garantit leur engagement et leur motivation à partager des informations précieuses.

2.3 Les critères d'exclusion

Pour garantir la rigueur scientifique de notre étude, nous avons exclu de notre échantillon tous les ménages qui ne résidaient pas dans la zone de santé Ruashi. Cette décision vise à maintenir la cohérence géographique de l'étude et à assurer que les résultats obtenus sont spécifiques à cette zone particulière de Lubumbashi. De plus, seuls les ménages qui ont manifesté leur volonté de participer à l'étude ont été inclus. L'exclusion des ménages non-résidents de la zone de santé Ruashi et ceux qui n'ont pas exprimé leur volonté de participer contribue à renforcer la validité interne de notre étude. En limitant notre échantillon à des ménages spécifiques à cette zone, nous pouvons mieux comprendre les facteurs influençant l'automédication dans un contexte géographique et socioculturel précis.

2.4 Collecte des données

La collecte des données était réalisée à l'aide d'un entretien structuré basé sur un questionnaire d'enquête préétabli. Avant de procéder à l'étude principale, nous avons effectué une préenquête pour prétester le questionnaire et nous assurer de sa pertinence et de sa clarté. Cette préenquête nous a permis de détecter d'éventuelles ambiguïtés ou lacunes dans les questions, que nous avons ensuite modifiées et affinées pour garantir une collecte de données précise et fiable. De plus, nous avons mis en place des mesures pour garantir la standardisation de l'administration du questionnaire, en fournissant des consignes claires aux enquêteurs chargés de mener les entretiens. Ces enquêteurs ont été formés sur les principes éthiques de la recherche, notamment en matière de confidentialité et de respect des droits des participants. Par ailleurs, nous avons obtenu l'autorisation des autorités compétentes pour mener notre étude et avons informé les participants de manière transparente sur les objectifs de la recherche, les procédures de collecte des données et l'utilisation qui en serait faite. En respectant ces pratiques rigoureuses et en veillant à la validité et à la fiabilité des données collectées, nous avons assuré une base solide pour notre étude.

2.5. Respect d'éthique

Le respect de l'éthique lors de la collecte des données pour cette étude a été une préoccupation centrale. Il convient de noter que nous avons suivi les principes fondamentaux de l'éthique de la recherche, tels que l'autonomie, la confidentialité, l'intégrité et le consentement éclairé des participants. Avant le début de l'étude, nous avons obtenu l'approbation d'un comité d'éthique de la recherche, garantissant ainsi la protection des droits et du bien-être des participants. Les objectifs de l'étude, les procédures de collecte des données, ainsi que les risques et avantages potentiels ont été clairement expliqués aux participants, qui ont ensuite été invités à donner leur consentement éclairé avant de participer à l'étude et de leur droit de se retirer à tout moment sans préjudice. Toutes les informations collectées ont été traitées de manière confidentielle et anonyme, en veillant à ce que l'identité des participants soit protégée. De plus, nous avons veillé à éviter toute forme de coercition ou de manipulation lors de l'enquête, afin de

garantir que la participation était volontaire et basée sur leur libre choix. En respectant ces principes éthiques, nous avons veillé à mener notre étude de manière rigoureuse, responsable et respectueuse des droits et de la dignité des participants.

2.7. Analyse statistique

Les données collectées ont été saisies, encodées et analysées à l'aide des logiciels Epi Info 3.5.3 et Excel 2010, qui sont des outils couramment utilisés dans la recherche épidémiologique. Ces logiciels nous ont permis d'assurer une gestion efficace des données et de faciliter l'analyse statistique descriptive de nos données. Nous avons utilisé des techniques statistiques appropriées pour explorer les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon, telles que la distribution des variables selon l'âge, le niveau d'éducation, le revenu mensuel, la religion et la profession. De plus, nous avons calculé les fréquences et les pourcentages pour chaque variable afin de décrire de manière précise la population étudiée. Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et de graphiques pour une visualisation claire des tendances des variables. En utilisant ces logiciels d'analyse, nous avons pu garantir une interprétation objective et rigoureuse des résultats de notre étude.

3. RÉSULTATS

Tableau 1 : Répartition des ménages selon les caractéristiques sociodémographiques.

Tranche d'âge du chef de ménage	Effectifs	%
20 – 24	41	10,7
25 – 29	59	15,4
30 – 34	210	54,7
≥ 35	74	19,2
Total	384	100
Niveau instruction	Effectifs	%
Supérieur et universitaire	131	34,1
Primaire et secondaire	143	37,2
Sans Niveau instruction	110	28,7
Total	384	100
Revenu mensuel du chef de ménage	Effectifs	%
Inferieurs à 100 USD	259	67,5
150 – 250 USD	95	24,7
300 – 500 USD	27	7
≥ 550 USD	3	0,8
Total	384	100
Religion	Effectifs	%
Catholique	70	18,2
Kimbanguiste	10	2,6
Musulmane	6	1,5
Pentecôtiste	46	12
Protestante	238	62
Témoign de Jéhovah	14	3,6
Total	384	100
Profession	Effectifs	%
Sans profession	180	46,8
Commerçant libéral	151	39,3
Fonctionnaire	53	13,8
Total	384	100

Le tableau 1 fournit des informations précieuses sur les caractéristiques sociodémographiques des ménages étudiés à Lubumbashi, en mettant en évidence les principaux résultats suivants. La tranche d'âge la plus représentée parmi les chefs de ménage est celle des 30 à 34 ans, qui constitue 54,7 % de l'échantillon. Cela suggère que cette catégorie d'âge joue un rôle prédominant dans la gestion des soins de santé au sein des foyers étudiés. L'étude révèle que le niveau d'instruction le plus courant parmi les chefs de ménage est le primaire et le secondaire, représentant 37,2 % de l'échantillon. Cela indique que la majorité des chefs de ménage possèdent un niveau d'éducation de base. En outre, 34,1 % des répondants ont un niveau d'instruction supérieur et universitaire, ce qui souligne l'importance de l'éducation

pour la prise de décisions en matière de santé. Par ailleurs, 28,7 % des chefs de ménage interrogés ne possèdent aucun niveau d'instruction formelle.

L'analyse des données montre que la majorité des chefs de ménage (67,5 %) ont un revenu mensuel inférieur à 100 dollars américains. Ce résultat souligne les contraintes économiques auxquelles sont confrontés de nombreux ménages dans la région de Lubumbashi. En outre, 24,7 % des répondants ont un revenu mensuel compris entre 150 et 250 dollars américains, tandis qu'un nombre limité de chefs de ménage (7 %) dispose d'un revenu mensuel allant de 300 à 500 dollars américains, et seulement 0,8 % ont un revenu mensuel supérieur ou égal à 550 dollars américains. En termes de religion, la population étudiée est majoritairement protestante, représentant 62 % des répondants. La religion catholique est également présente, avec 18,2 % des chefs de ménage interrogés. Les autres religions (Kimbanguiste, musulmane, pentecôtiste, témoin de Jéhovah) sont moins répandues, avec des effectifs plus faibles. En ce qui concerne la profession des chefs de ménage, 46,8 % d'entre eux sont sans profession, ce qui souligne les difficultés d'emploi auxquelles sont confrontées de nombreuses personnes dans la région. Les commerçants libéraux représentent une part importante de l'échantillon, avec 39,3 % des répondants, tandis que les fonctionnaires constituent un groupe plus restreint, représentant 13,8 % des chefs de ménage interrogés.

Tableau 2 : Répartition es résultats sur la fréquentation des services des soins selon le niveau d'instruction.

Niveau instruction	Utilisation des services des soins	
	Oui	Non
Supérieur et universitaire	75 (19,5%)	56 (14,5%)
Primaire et secondaire	47 (12,2%)	96 (25%)
Sans Niveau instruction	38 (41,6%)	72 (18,7%)
Total	160 (41,6%)	224 (58,3%)

Le tableau 2 indique que la majorité d'enquêtée qui n'utilisaient pas les services des soins avaient un niveau primaire et secondaire (25%).

Tableau 3 : Répartition des résultats sur la fréquentation des services des soins selon la profession.

Profession	Utilisation des services des soins	
	Oui	Non
Sans profession	62 (16,1%)	118 (30,7%)
Commerçant libéral	54 (14,0%)	97 (25,2%)
Fonctionnaire	44 (11,4%)	9 (2,3%)
Total	160 (41,6%)	224 (58,3%)

Le tableau 3 indique que la majorité d'enquêtée qui n'utilisaient pas les services des soins de santé étaient de commerçant libéral (25,2%).

Tableau 4 : Répartition des résultats sur les sources de finance des soins de santé par les usages.

Sources de financement	Effectifs	%
Autofinancement	93	58,1
Cotisation familiale	50	31,2
Service mutuelle	10	6,2
ONG	7	4,3
Total	160	100

Le tableau 4 montre que les principales sources de financement de l'automédication dans les ménages de Lubumbashi sont l'autofinancement et la cotisation familiale (58,1%). Un nombre plus limité de ménages dépendent des services mutuels de santé ou des ONG pour financer leurs pratiques d'automédication. Ces résultats mettent en évidence la nécessité de prendre en compte ces différentes sources de financement lors de la conception de stratégies visant à réduire l'automédication et à promouvoir l'utilisation appropriée des services de soins de santé professionnels.

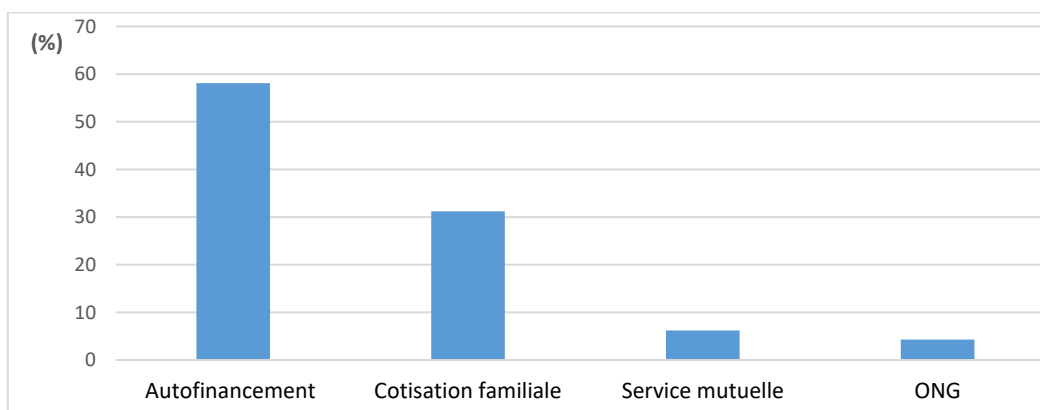


Figure 1 : Répartition des résultats sur les sources de finance des soins de santé par les usages.

Tableau 5 : Répartition des résultats sur les facteurs contribuant à l'automédication.

Facteurs contribuant à l'automédication	Effectifs	%
Manque de moyens financiers	129	33,5
Manque de confiance en vers personnels soignants	95	24,7
Grande taille du ménage	66	17,1
Distance ménage et le service des soins	94	24,4
Total	384	100

D'après l'analyse des résultats présentées dans le tableau 5 il est claire que les principaux facteurs contribuant à l'automédication sont le manque de moyens financiers (33,5%), le manque de confiance (24,7%) envers le personnel soignant, la grande taille du ménage (17,1%) et la distance (24,4%) entre le domicile et le service de soins. Ces résultats soulignent la nécessité de mettre en place des stratégies visant à résoudre ces problèmes et à promouvoir l'utilisation appropriée des services de soins de santé professionnels.

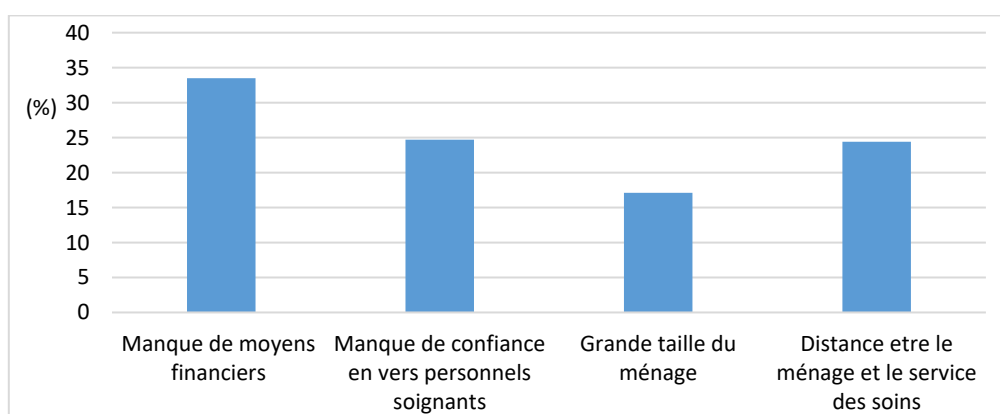


Figure 2 : Répartition des résultats sur les facteurs contribuant à l'automédication.

4. DISCUSSION

Notre étude visait à identifier les facteurs contribuant à l'automédication à Lubumbashi, en République Démocratique du Congo. En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques, nous avons observé que 54,7 % des enquêtés étaient âgés de 30 à 34 ans. De plus, 37,4 % avaient un niveau d'éducation primaire et secondaire, tandis que 67,5 % avaient un revenu mensuel inférieur à 100 dollars. Enfin, il convient de noter que 62 % des participants étaient protestants et que 46,8 % n'exerçaient aucune profession.

Les résultats de notre étude ont démontré que parmi les 25 % des ménages enquêtés qui n'avaient pas recours aux services de soins, une grande partie avait un niveau d'éducation primaire et secondaire (25,2 %) et étaient des commerçants indépendants (58,1 %). De plus, ils finançaient eux-mêmes leurs soins. La littérature scientifique soutient la tendance selon laquelle une faible utilisation des services de soins de santé est associée à l'automédication. Il a été noté que le fait de ne pas appartenir à un régime d'assurance maladie mutuelle, à une organisation non gouvernementale ou de ne pas utiliser les services d'assurance santé où la prise en charge médicale est garantie est l'un des facteurs intermédiaires expliquant l'automédication [7]. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que, dans notre contexte, la tarification des services de santé

par acte sans tenir compte du niveau socioéconomique de la population contribue à l'augmentation de la prévalence de la consommation de médicaments sans avis médical.

Il convient de souligner que ces résultats sont cohérents avec les données existantes sur l'automédication. L'automédication est une pratique courante dans de nombreux contextes, et elle est souvent motivée par des facteurs tels que la facilité d'accès aux médicaments, les coûts réduits et la perception de pouvoir se soigner efficacement sans l'avis d'un professionnel de la santé. Cependant, il est important de noter que l'automédication comporte des risques potentiels, tels que l'usage incorrect des médicaments, l'absence de diagnostic précis et la possibilité d'effets indésirables.

Dans notre milieu, la tarification des services de soins de santé par acte, sans prendre en compte le niveau socioéconomique de la population, peut renforcer l'automédication en créant des barrières financières à l'accès aux soins professionnels. Cela souligne l'importance d'une réflexion sur les politiques de santé visant à rendre les services de soins plus accessibles et abordables pour l'ensemble de la population.

Enfin, l'analyse causale a démontré que le manque de moyens financiers (33,5 %), le manque de confiance envers le personnel soignant (24,7 %), la distance entre le domicile et le service de soins (24,4 %) et la taille importante du ménage (17,1 %) sont des facteurs contribuant à la pratique de l'automédication. De plus, selon l'analyse causale, 29,6 % des femmes ne l'utilisent pas en raison de craintes liées aux effets secondaires. Les théories soutiennent ces résultats et soulignent également que le manque de dialogue et les convictions religieuses sont les principales raisons de la non-utilisation de la contraception par les couples. La littérature existante a établi que l'automédication est justifiée par la "banalisation" des maladies en question ainsi que par la croyance de "détenir les remèdes appropriés". De plus, elle atteste que le recours aux plantes médicinales est un phénomène émergent et recommande la mise en place d'une interface de concertation entre la médecine traditionnelle et la biomédecine. Malgré les conséquences négatives potentielles de l'automédication, de nombreux auteurs suggèrent qu'elle est acceptable si l'efficacité et l'innocuité du médicament ont été démontrées, et si le diagnostic et le traitement sont clairement établis sans avis médical. Une enquête similaire a également relevé, comme nous, que même si les textes réglementent le secteur pharmaceutique, la mise en œuvre de la réglementation sur la vente de produits pharmaceutiques peine à être appliquée dans notre région [8].

En s'appuyant sur les résultats de cette étude, plusieurs mesures peuvent être mises en place pour lutter efficacement contre l'automédication à Lubumbashi, en République Démocratique du Congo. Premièrement, il est essentiel de sensibiliser en permanence la population aux inconvénients de l'automédication et de promouvoir l'utilisation précoce des services de soins de santé. Cette sensibilisation peut être réalisée à travers des campagnes d'information et d'éducation, en mettant l'accent sur les risques associés à l'automédication et en encourageant la consultation d'un professionnel de la santé pour un diagnostic précis et un traitement approprié. De plus, il est crucial d'établir une tarification transparente des services de santé qui tienne compte du niveau socio-économique des patients. En ajustant les coûts des soins en fonction des capacités financières des individus, on peut réduire les barrières économiques à l'accès aux services médicaux professionnels et dissuader les personnes de se tourner vers l'automédication.

Par ailleurs, un financement permanent de la part de l'État en faveur des structures sanitaires est nécessaire. Cela permettra d'améliorer l'infrastructure des établissements de santé, d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels et de renforcer les ressources humaines dans le secteur de la santé. En investissant dans des services de santé de qualité, accessibles à tous, on favorise la confiance des individus envers les professionnels de la santé et on réduit ainsi le recours à l'automédication.

Enfin, la lutte contre le chômage peut également contribuer à réduire l'automédication. En créant des opportunités d'emploi et en améliorant les conditions économiques des individus, on peut améliorer leur accès aux soins de santé professionnels et leur capacité à financer leurs traitements médicaux.

5. CONCLUSION

En conclusion, la mise en œuvre de mesures telles que la sensibilisation permanente de la population, une tarification transparente et équitable, un financement adéquat des structures sanitaires et la lutte contre le chômage peuvent constituer des stratégies efficaces pour lutter contre l'automédication à Lubumbashi. Il est essentiel de promouvoir une approche holistique de la santé, en encourageant les individus à consulter des professionnels de la santé qualifiés pour un diagnostic précis et un traitement approprié, afin de garantir des résultats de santé optimaux pour la population.

6. REFERENCE

1. Fiston Mbutiwi Ikwa Ndol, François Lepira Bompeka, Michèle Dramaix-Wilmet, Philippe Meert, Myriam Malengreau, Nazaire Nseka Mangani, Flory Muanda Tsobo, Dramane Koné. L'automédication chez des patients reçus aux urgences médicales des Cliniques Universitaires de Kinshasa 2013/2 (Vol. 25), pages 233 à 240.
2. Chiribagula VB, Mboni HM, Amuri SB, kamulete GS, Byanga JK, Duez P, Simbi JB. Prévalence et caractéristiques de l'automédication chez les étudiants de 18 à 35 ans résidant au Campus de la Kasapa de l'Université de Lubumbashi [Prevalence and characteristics of self-medication among students 18 to 35 years residing in Campus Kasapa of Lubumbashi University]. Pan Afr Med J. 2015 Jun 9;21:107. French. doi: 10.11604/pamj.2015.21.107.5651.
3. Konate L. Etude de l'automédication dans les officines de la ville de Sikasso ; Thèse de doctorat, 2005. Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, Université de Bamako, 78 p. <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2005/pharma/pdf/05P15.pdf>.
4. Namegabe N. Facteurs influençant le choix des soins au niveau des ménages dans la ville de Goma (RDC): cas de 369 ménages vivants dans les sites de partenariat de la FSDC/ULPGL; Thèse de doctorat, 2013. Faculté de Santé et Développement Communautaires, Université Libre des Pays de Grands Lacs de Goma ULPGL, Goma, RDC. https://hal.archivesouvertes.fr/file/index/docid/871877/filename/FACTEURS_INFLUENCANT_LE_CHOIX_DES_SOINS_AU_NIVEAU_DES_MENAGES_DANS_LA_VILLE_DE_GOMA_RDC_.pdf.
5. Akangan AS. L'automédication en milieu urbain béninois à Cotonou, à propos d'une enquête auprès de 275 ménages ; Thèse de doctorat n° 0265.1986; Faculté de Médecine, Université Nationale du Bénin.
6. Jean omasombo : Haut-Katanga, Tome 2, Musée royale, 2018.
7. Sanfo L. L'automédication dans la ville de Ouagadougou : une enquête réalisée auprès des officines pharmaceutiques ; Thèse de doctorat n° 25, 1999. Faculté des sciences de la santé, Université de Ouagadougou, Ouagadougou. 77p. disponible sur <http://bibliouo.bf.refer.org/collect/thesesuo/index/assoc/HASH15c9.dir/doc.pdf>.
8. D'Almeida AGAA. Problématique de l'automédication dans la commune urbaine de Lomé (TOGO); Thèse de doctorat n° 52. Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontologie; Université Cheikh Anta Diop de Dakar; 2003 ;59 p. http://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/ayi_gilles.pdf.



Cite this article: **Manya Krishna, Nday Wa Ngoy P, Ntambwe Ndjakani P, Mbombo Ntumba V, Kibwe Ngandwe D, Bope Bomilongo M, Ilunga Kasongo C, Ilunga Kasongo C, Kitenge Lwenda L, Arold FAZILI, Ngoy Munkana Maloba M, Mwangala Mwanda F et Manya Tsheko. FACTEURS SOCIOCULTURELS ET SOCIO- ÉCONOMIQUES CONTRIBUANT A L'AUTOMÉDICATION DANS LES MENAGES A LUBUMBASHI : ÉTUDE DE CAS DE LA ZONE DE SANTÉ RUASHI. Am. J. innov. res. appl. sci. 2023; 16(6): 354-360.**

This is an Open Access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>