

ENQUÊTE

ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE DE LA PATIENTÈLE EN MILIEU URBAIN DE GOMA

SEPTEMBRE 2017

Célestin Chimanuka
Équipe AT ULB-Coopération



PADISS

Financé par l'Union européenne



Enquête sur l'itinéraire thérapeutique de la patientèle dans la ville de Goma.

Septembre 2017

Remerciements

Nos remerciements s'adressent tout d'abord aux bénéficiaires (à la population des différentes aires de santé sélectionnées, aux responsables des formations sanitaires, aux relais communautaires, aux chefs de quartiers et aux chefs d'avenues) qui nous ont éclairés en répondant à nos questions.

Nous remercions également le staff de l'ULB COOPERATION, les responsables de la Division Provinciale de la Santé et des Bureaux Centraux des Zones de santé de Goma, Karisimbi et Nyiragongo pour leur excellente coopération dans la préparation et l'exécution de cette enquête.

Nous tenons à remercier le personnel d'enquête (superviseurs, enquêteurs et encodeurs) qui a bravé des nombreuses difficultés sur le terrain mais aussi les lecteurs critiques qui ont passé en revue ce rapport.

Enquête de :
ULB-COOPERATION
Organisée par:
Institut National de la Statistique Nord-Kivu

La Direction Provinciale de l'Institut National de la Statistique
136/bis - Avenue du port - Commune de Goma / avec la Division Provinciale du Plan
Ville de Goma, Nord-Kivu/RDC
E-mail : insnordkivu@yahoo.fr

Table des matières

Résumé exécutif	8
Liste des abréviations	12
1. INTRODUCTION	13
1.1. Contexte et justification	13
1.1.1 Contexte du Plan National de Développement sanitaire et PRODS	13
1.1.2 Problématique d'utilisation des services de santé dans la ville de Goma	13
1.1.3 Eléments théoriques sur l'itinéraire thérapeutique	14
1.1.4 Innovation et effet espérés de la recherche en termes de développement du système de santé.....	15
1.2. Objectifs de la recherche	15
1.2.1 Objectif général	15
1.2.2 Objectifs spécifiques.....	15
1.3. Méthodologie.....	16
2. RESULTATS DE L'ANALYSE	20
2.1. CARACTERISTIQUES GENERALES	20
2.1.1 Répartition selon les zones de santé et les aires de santé.....	20
2.1.2 Sexe, âge, niveau d'étude du chef de ménage.....	21
2.2. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION DES MENAGES	23
2.2.1 Structure par âge et sexe	23
2.2.2 Composition des ménages.....	26
2.2.3 Membres du ménage	27
2.2.4 Niveau d'étude des membres du ménage	29
2.2.5 Répartition selon l'occupation principale du Chef de ménage.....	30
2.3. CONDITION DE VIE DES MENAGES	31
2.3.1 Type des maisons habitées.....	31
2.3.2 Qualité de l'eau utilisée	37
2.3.3 Type de latrine utilisée.....	38
2.3.4 Source principale de revenu	40
2.3.5 Possession des biens et type de combustibles utilisés dans les ménages...	41
2.3.6 Détermination des quintiles de bien-être.....	43
2.4. MORTALITE DANS LES MENAGES.....	46
2.4.1 Estimation du taux brut annuel de mortalité générale.....	46
2.4.2 Principales causes de décès.....	46
2.5. UTILISATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTE CURATIFS.....	47
2.5.1 Membres du ménage ayant connu au moins un cas de maladie au cours de la dernière année.	47
2.5.2 Episodes maladies.....	48
2.5.3 Structures fréquentées en cas de maladie	53
2.5.4 Qui décide du type et du lieu de recours.....	80
2.6. Paiement des soins de santé	82
2.6.1 Coût moyen pour l'ensemble de recours aux soins	82
2.6.2 Appréciation du coût des soins.....	84
2.6.3 Stratégies utilisées par le ménage pour payer toutes les dépenses liées à la maladie	85

2.6.4	Couverture par l'assurance santé, mutuelle ou autre formes d'assurance ...	89
2.7.	Conséquences majeures de l'épisode maladie.....	91
2.8.	Dépenses du ménage un mois avant les épisodes de 3 derniers mois	97
2.8.1	Dépenses moyenne globale.....	98
2.8.2	Dépenses moyenne par personne par jours	99
2.8.3	Dépenses moyennes pour les produits alimentaires	101
2.9.	Analyse du genre	101
	CONCLUSION.....	105
	BIBLIOGRAPHIE	109
	ANNEXES	111

Liste des tableaux

Tableau 1.	Répartition des ménages enquêtés par aire de santé	20
Tableau 2	Age moyen et médian des chefs de ménage	21
Tableau 3	Population des ménages par âge selon le sexe pour la Ville de Goma.....	23
Tableau 4	Nombre de membres habituels dans les ménages	26
Tableau 5	Nombre moyen et médian de personnes par ménage selon les Zones de santé	26
Tableau 6	Nombre moyen et médian de personnes par ménage selon les quintiles du bien-être	27
Tableau 7	Taux de masculinité dans la Ville de Goma.	27
Tableau 8	Membres du ménage et leurs liens avec le chef du ménage	28
Tableau 9	Répartition des populations selon le Niveau d'étude par groupe d'âge.....	29
Tableau 10	Répartition des chefs de ménages selon leur principal emploi par Zone de santé	30
Tableau 11	Répartition des chefs de ménages selon leur principal emploi par sexe.....	30
Tableau 12	Statut d'occupation du logement du ménage par Zone de santé	31
Tableau 13	Statut d'occupation du logement du ménage par sexe du chef de ménage .	32
Tableau 14	Répartition des ménages selon les matériaux de construction utilisés par sexe du chef de ménage	33
Tableau 15	Nombre moyen et médian de chambre à coucher	35
Tableau 16.	Nombre de personnes par chambre à coucher selon les Zones de santé....	36
Tableau 17.	Nombre de personnes par chambre à coucher selon le sexe du Chef de ménage.....	36
Tableau 18.	Nombre moyen de personnes par chambre à coucher	37
Tableau 19	Source d'eau utilisée dans les ménages selon les Zones de santé	38
Tableau 20	Source d'eau utilisée dans les ménages selon le sexe du chef de ménage..	38
Tableau 21	Répartition des ménages selon le type de latrines par Zone de santé	39
Tableau 22	Répartition des ménages selon le type de latrines par sexe du chef de ménage.....	40
Tableau 23	Répartition des ménages selon les principales sources de revenu par Zone de santé.....	40
Tableau 24	Répartition des ménages selon les principales sources de revenu par sexe du Chef de ménage	41
Tableau 25	Pourcentage de ménages possédant certains biens et ceux utilisant certains types de combustibles par Zone de santé	42
Tableau 26	Pourcentage de ménages possédant certains biens et ceux utilisant certains types de combustibles selon le sexe du chef de ménage.....	43

Tableau 27 Quintiles de possession des biens par Zone de santé	45
Tableau 28 Quintiles de possession des biens selon le sexe du chef de ménage.....	45
Tableau 29 Estimation du taux de mortalité dans les ménages visités	46
Tableau 30 Cause de décès dans les ménages par Zone de santé et par sexe du Chef de ménage	47
Tableau 31 Pourcentage de membres du ménage qui ont connu au moins un état de maladie	48
Tableau 32 Nombre d'épisodes enregistrés par an et pendant les trois derniers mois.....	49
Tableau 33 Nombre moyen d'épisodes maladie enregistrés par le ménage par an	50
Tableau 34 Fréquence des épisodes maladies enregistrées par les ménages au cours de 3 derniers mois.....	50
Tableau 35 Les principales pathologies enregistrées dans les ménages par Zone de santé	51
Tableau 36 Les principales pathologies enregistrées dans les ménages selon le sexe du Chef de ménage.....	52
Tableau 37 Les structures de santé visitées par la patientèle en première intention par zone de santé	53
Tableau 38 Les structures de santé visitées par la patientèle en première intention par sexe du chef de ménage	55
Tableau 39 Maladies pour lesquelles les patients achètent des médicaments à la pharmacie sans prescription	55
Tableau 40 Principaux critères de choix des structures au premier recours par zone de santé	57
Tableau 41 Principaux critères de choix des structures au premier recours selon le sexe du Chef de ménage	57
Tableau 42 Raisons du choix selon chaque structure visitée en première intention	59
Tableau 43 Proportion de patients satisfaits selon leur premier recours.....	61
Tableau 44 Objet de satisfaction pour le premier recours par Zone de santé.....	62
Tableau 45 Objet de satisfaction pour le premier recours selon le sexe du chef de ménage.....	63
Tableau 46 Objet de satisfaction pour le premier recours selon les quintiles de bien-être	64
Tableau 47 Raison d'insatisfaction lors du premier recours par Zone de santé.....	65
Tableau 48 Raison d'insatisfaction lors du premier recours selon le sexe du Chef de ménage.....	66
Tableau 49 Raison d'insatisfaction lors du premier recours selon les quintiles de bien-être	67
Tableau 50 Structures sanitaires visitées au deuxième recours par Zone de santé	68
Tableau 51 Structures sanitaires visitées au deuxième recours selon le sexe du chef de ménage.....	69
Tableau 52 Structures sanitaires visitées au deuxième recours selon les quintiles de bien-être	71
Tableau 53 Objet de choix au deuxième recours par zone de santé	72
Tableau 54 Objet de choix au deuxième recours selon le sexe du Chef de ménage	73
Tableau 55 Objet de choix au deuxième recours selon les quintiles du bien-être	74
Tableau 56 Pourcentage de patients satisfait de leur deuxième recours.....	75
Tableau 57 Pourcentage de patients selon l'objet de satisfaction au deuxième recours par zone de santé	76
Tableau 58 Pourcentage de patients selon l'objet de satisfaction au deuxième recours par sexe du chef de ménage.....	76

Tableau 59 Pourcentage de patients selon l'objet de satisfaction au deuxième recours par quintile du bien-être	77
Tableau 60 Structures sanitaires visitées au troisième recours par zone de santé, sexe du chef de ménage et quintiles du bien-être	79
Tableau 61 Coût moyen et médian pour l'entièreté des recours aux soins de santé	83
Tableau 62 Coût moyen et médian selon le nombre de recours	83
Tableau 63 Coût de soins pour l'entièreté des recours selon le premier recours	84
Tableau 64 Appréciation du coût de soins selon les zones de santé, le sexe du chef de ménage et les quintiles du bien-être	85
Tableau 65 Source de paiement des dépenses liées à la maladie par zone de santé.	86
Tableau 66 Source de paiement des dépenses liées à la maladie selon le sexe du chef de ménage.	87
Tableau 67 Source de paiement des dépenses liées à la maladie selon les quintiles.....	88
Tableau 68 Proportion des membres du ménage qui sont couverts par une certaine assurance.....	89
Tableau 69 Distribution de la subvention financière des dépenses par une assurance, une mutuelle ou par l'employeur	90
Tableau 70 Proportion des patients par conséquence de l'épisode maladie selon les Zones de santé.....	91
Tableau 71 Proportion des patients par conséquence de l'épisode maladie selon le sexe du Chef de ménage	91
Tableau 72 Proportion des patients par conséquence de l'épisode maladie selon le quintile.....	92
Tableau 73 Variation du revenu du ménage un mois avant et un mois après les épisodes maladie	93
Tableau 74 Revenu moyen du mois précédent et du mois suivant le (s) épisode (s) maladie	95
Tableau 75 Comparaison des revenus moyens et médians du mois précédent et du mois suivant le (s) épisode (s) maladie.....	96
Tableau 76 Principales sources de revenu par zone de santé	97
Tableau 77 Dépense mensuelle moyenne et médiane	98
Tableau 78 Dépense moyenne par personne par jour	100
Tableau 79 Dépenses mensuelle pour les produits alimentaires	101

Liste des figures

Figure 1 : Schéma des différents recours de la population de Goma en matière de soins de santé.....	14
Figure 2. Proportion des ménages dirigés par les femmes par Zone de santé.....	21
Figure 3. Proportion des ménages selon le niveau d'étude du chef de ménage par zone de santé.....	22
Figure 4. Proportion des ménages selon le niveau d'étude du chef de ménage par sexe	23
Figure 5 Pyramide des âges de la population de la ville de Goma.....	25
Figure 6 Répartition de la population des ménages selon les grands groupes d'âge par sexe.....	25
Figure 7. Répartition des ménages selon les matériaux de construction utilisés par Zone de santé.....	32
Figure 8. Répartition des ménages selon le type de toitures des maisons habitées.....	33

Figure 9. Répartition des ménages selon le type de pavement des maisons par Zone de santé	34
Figure 10. Répartition des ménages par type de pavement des maisons selon le sexe du Chef de ménage.....	34
Figure 11. Proportion de ménages ayant accès à des latrines	39
Figure 12 Raisons avancées pour les patients qui ne cherchent pas les soins	56
Figure 13 Proportion de patients satisfaits et non satisfait par ZS	60
Figure 14 Proportion de patients satisfaits et non satisfait par Quintile du bien-être.....	60
Figure 15 Proportion de patients satisfaits et non satisfait de leur premier recours selon le sexe du chef de ménage	61
Figure 16 Proportion de ménages selon celui qui décide du type et lieu de recours par Zone de santé.....	81
Figure 17 Proportion de ménages selon celui qui décide du type et lieu de recours par sexe du Chef de ménage.....	81
Figure 18 Proportion de ménages selon celui qui décide du type et lieu de recours par quintile de bien-être	82

Résumé exécutif

La présente enquête transversale sur l'itinéraire thérapeutique de la patientèle dans la Ville de Goma s'est déroulée au mois de septembre 2017 par sondage aléatoire simple. Au total 1000 ménages ont fait l'objet d'enquête.

L'enquête avait comme objectifs spécifiques :

1. Déterminer les parcours thérapeutiques des patients et patientes dans la ville de Goma ;
2. Identifier et analyser les facteurs de recours des soins de santé dans la ville de Goma ;
3. Identifier et analyser les satisfactions et les insatisfactions tout au long du parcours des soins des habitants de Goma ;

L'étude a donné les principaux résultats suivants :

Faible revenu et conditions de vie difficiles dans les ménages.

La composition moyenne d'un ménage est de 7 personnes. La pyramide des âges de la population de la Ville de Goma présente une base élargie qui se rétrécit rapidement en accent circonflexe. Ceci est la caractéristique des pays à forte fécondité et à forte mortalité. Concernant la mortalité, les résultats montrent que le taux de mortalité est plus élevé dans la Zone de santé de Nyiragongo (11,09 ‰) par rapport aux deux autres Zones de santé. On constate aussi une surmortalité dans les ménages dirigés par les femmes (21,78 ‰) et dans les ménages du premier quintile du bien-être (21,03 ‰). « L'autopsie communautaire » indique que la majorité de cas meurent de poison (communément appelé Karuho) ou sorcellerie, du syndrome palustre, des maladies cardiovasculaires, y compris l'hypertension artérielle, l'AVC, des traumatismes/accidents et des diarrhées/ troubles digestifs.

Notons que le combustible utilisé pour cuisiner par la quasi-totalité des ménages (96%) dans la ville de Goma est « *le charbon de bois* ». De plus, le bois est utilisé pour cuisiner par 2 ménages sur 10. Il s'agit des combustibles solides qui ont un effet négatif sur la qualité de l'air dans le logement.

Les maisons habitées avec en moyenne 3 chambres à coucher sont en majorité en planches avec des toitures en tôles et des pavements principalement en ciments ou en carreaux dans les ZS de Goma et Karisimbi et en terre battue dans la ZS de Nyiragongo. Moins de 7 sur 10 ont accès à l'eau potable et 8 sur 10 utilisent des latrines non adéquates. Le ménage type de la ville de Goma dépense mensuellement 155,63\$. Il y a 65% de ménages qui dépensent tout au plus 1\$ par personne par jour et 90% qui ne dépensent pas plus de 2\$ par personne par jour (seuil de pauvreté de la Banque Mondiale).

En cas de maladie le premier recours des patients est l'automédication.

L'étude montre qu'en cas de maladie, 7% de patients ne cherchent pas de soins soit par manque d'argent, soit par négligence de la gravité de la maladie. Plus de la moitié des patients (51%) se décident de chercher les soins en première intention principalement par *achat des médicaments dans les pharmacies sans prescription ou automédication*. Il est clair que l'automédication a d'énormes risques et conséquences. Les principales maladies pour lesquelles la patientèle achète des médicaments dans la pharmacie sans prescription

sont : le paludisme, les diarrhées/troubles digestifs et les infections des voies respiratoires aiguës supérieures.

Les autres patients choisissent principalement les structures avec médecins même en dehors de leur aire de santé (10%) ou des hôpitaux (9%) et le centre de santé de l'aire ne vient qu'en quatrième position (avec seulement 7%).

La principale raison pour le choix de la structure en première intention est le « *coût abordable* ». Cela est tout à fait explicable car il y a 65% de ménages dont les dépenses moyenne par personne par jours ne dépassent pas 1\$ et 90% qui vivent sous le seuil de pauvreté absolu fixé couramment à 2\$ par la Banque mondiale. Cette raison est suivie du choix des « *structures à proximité de l'habitation* » ou lorsqu'on « *estime que c'est le meilleur choix pour la maladie* ». Le critère de choix selon « *La bonne qualité des soins* » ne vient seulement qu'en quatrième position.

L'étude montre que dans l'ensemble, 7 sur 10 patients sont satisfaits de leur premier recours. Les principaux motifs de satisfaction des patients au premier recours sont : la Bonne prise en charge, la disponibilité des médicaments et le prix ou tarification abordable.

Une raison d'insatisfaction domine dans toutes les Zones de santé. Il s'agit de la « *mauvaise prise en charge* » observé pour plus de 8 sur 10 patients non satisfaits.

Une bonne proportion de patients non satisfait du premier recours ne cherche plus les soins et l'autre fait principalement recours à l'automédication

Parmi les patients non satisfaits de leur premier recours, 34% n'ont cherché aucun autre soin (surtout les ménages les plus pauvres), 15% ont poursuivi les soins par automédication moderne, 13% sont allés chercher les soins dans des structures avec médecins, 13% sont allés dans les hôpitaux et seulement 7% dans le Centre de santé de l'aire.

Au deuxième recours, le choix de la structure est principalement orienté par la « *qualité de soins* » dans la ZS de Goma, « *la proximité de la structure par rapport au lieu d'habitation* » pour la ZS de Karisimbi et « *le recours adapté à la maladie* » pour la ZS de Nyiragongo. Le « *coût abordable* » vient en deuxième position. Les critères de choix varient selon que le ménage est très pauvre ou moins pauvre. On constate que 8 sur 10 patients sont satisfaits de leur deuxième recours qu'ils expliquent par « *une bonne prise en charge* ».

La majorité des patients non satisfait du deuxième recours ne cherchent plus les soins

Parmi, les patients non satisfaits de leur deuxième recours, plus de la moitié n'ont fait aucun recours. Les restants ont principalement fait recours à l'automédication. Peu d'entre eux ont consulté et cherché les soins dans les structures avec médecins hors de l'aire de santé ou dans le CS de l'aire ou chez les guérisseurs.

Coût de soins jugé « très cher », recours au revenu du ménage et endettement comme stratégie pour payer toutes les dépenses liées à la maladie.

Un patient type paie 10,66\$ pour l'ensemble de recours. On constate qu'un patient type de la ZS de Goma paie pour l'entièreté de ses recours, 3,3 fois plus qu'un patient type de la

ZS de Nyiragongo et 1,6 fois plus que celui de la ZS de Karisimbi. Près de 4 patients sur 10 trouvent que le coût payé pour l'ensemble de recours est « *très cher* ».

La principale stratégie utilisée par près de 7 ménages sur 10 pour payer toutes les dépenses liées à la maladie est le recours au revenu du ménage. On ne peut pas négliger l'aide des amis ou membres de la famille et l'endettement auprès des tiers ou de la formation sanitaire. Dans l'ensemble, il n'y a que 8% des habitants qui sont couverts par un système d'assurance santé. La subvention financière type des dépenses par une certaine forme d'assurance ou la mutuelle de santé est de 50\$.

Perte de revenu et des journées de travail pour le patient et le garde malade comme principale conséquence des épisodes maladies pour le ménage.

L'étude montre que dans l'ensemble, 3 épisodes sur 10 n'ont eu aucune conséquence pour le ménage. Les 3 principales conséquences enregistrées par les ménages, sont la perte de revenu pour le ménage (31%), la perte de journées de travail pour le garde malade (31%) et pour le patient (30%). Concernant l'impact des épisodes maladie sur le revenu du ménage, 40% ont enregistré des diminutions de revenu, 54% n'ont pas connu de changement de leur revenu et 6% ont enregistré une augmentation de leur revenu. Le ménage type a connu une réduction relative de 20% de son revenu à la suite des épisodes maladie.

L'analyse du genre démontre des conditions défavorables pour les ménages dirigés par les femmes.

L'analyse du genre nous permet de voir que dans l'ensemble des ménages visitées, 17% sont dirigés par les femmes (en proportion plus importante dans la ZS de Karisimbi). L'éducation de la femme continue à être une barrière à son épanouissement. Les femmes chef de ménage n'ont pas un bon niveau d'instruction comparativement à leurs homologues hommes. En effet, l'étude montre que 28% de chefs de ménage de sexe féminin n'ont pas étudié contre 5% chez les chefs de ménage de sexe masculin. De plus, on constate que plus de la moitié de femmes chefs de ménage (55%) n'ont pas dépassé l'école primaire versus 23% seulement pour les hommes. Cela explique que les messages de sensibilisation à la santé n'atteindront pas facilement la femme qui pourtant est l'actrice principale dans l'encadrement à domicile des patients.

Les Chefs de ménage de sexe masculin exercent principalement des emplois structurés et formel des secteurs publics, privés et aussi informel ou la débrouillardise. Par contre les chefs de ménage femmes exercent le petit commerce, le travail informel ou sont simplement ménagères considérées comme chômeurs. Le bas niveau de formation de la femme, la marginalisation de la femme pourraient justifier l'emploi non structuré exercé par les femmes.

Le problème de promiscuité serait plus constaté dans les ménages dirigés par les hommes. En effet, 55% des ménages dirigés par les hommes contre 41% pour les ménages dirigés par les femmes ont 3 et plus de personnes par chambre à coucher.

Les ménages dirigés par les femmes sont plus pauvres et possèdent moins de biens considérés comme des indicateurs de bien-être socio-économique par rapport à ceux dirigés par les hommes. En effet, plus de la moitié des ménages dirigés par les femmes (52%) sont situés dans les deux premiers quintiles de bien-être contre seulement 37% pour ceux dirigés par les hommes.

La proportion de patients qui ne cherchent aucun soin est plus élevée dans les ménages dirigés par les femmes (11%) contre 6% pour ceux dirigés par les hommes.

C'est dans près de 8 ménages sur dix dirigés par les femmes et dans moins de la moitié de ménages dirigés par les hommes que les chefs de ménages décident seul du type et lieu de recours aux soins. C'est aussi dans les ménages dirigés par les femmes que l'on trouve une proportion importante d'autres personnes (au-delà du couple) qui prennent les décisions sur le type et le lieu de recours. La femme serait donc marginalisée dans les espaces de décisions, ce qui pourrait freiner son épanouissement intégral et limiter sa participation aux actions visant l'amélioration de la santé du ménage.

Les principales recommandations issues de l'étude adressées au Gouvernement et ses partenaires techniques et financiers sont :

- Exiger la présence des pharmaciens qualifiés, veiller à la régulation et à certification des officines pharmaceutiques respectant les normes parmi les nombreuses qui pullulent dans la ville de Goma et fermer ceux qui constituent un danger pour la population
- Veiller à la qualité des médicaments et leur conservation en vue de réduire les risques en cas d'automédication
- Sensibiliser la population sur les risques et conséquences de l'automédication
- Etablir des listes des produits qui pourraient être achetés sans prescription dans les pharmacies
- Mettre en place des stratégies pouvant permettre d'améliorer le plateau technique, la disponibilité des médicaments et assurer la présence du personnel qualifié y compris les médecins dans les Centres de santé pour attirer les patients qui ont tendance à chercher les soins en dehors de l'aire de santé.
- Renforcer les capacités du personnel dans les structures sanitaires tant publiques que privées pour améliorer l'accueil et assurer une bonne prise en charge des patients
- Pour permettre l'accessibilité financière à la population, il est souhaitable de contracter et subventionner les structures (publiques et privées) en vue d'améliorer la qualité des soins et réduire le coût de soins.
- Evaluer régulièrement la qualité des soins dans les structures sanitaires tant publiques que privées

Liste des abréviations

Abréviation	Signification
ANOVA	Analyse de la variance
CCLK	Centre Chrétien du Lac Kivu
CS	Centre de Santé
CPN	Consultation Périnatale
EDS-RDC II	Enquête Démographique et de santé en République Démocratique du Congo
Eff	Effectif
ET	Ecart Type
Fosa	Formation sanitaire
HGR	Hôpital Général de Référence
INS	Institut National de la Statistique
Km	Kilomètre
p	P-valeur ou probabilité
PNDS	Plan National de développement sanitaire
RDC	République Démocratique du Congo
RECO	Relai communautaire
SPSS	Statistical Package for the Social Science
ZS	Zone de Santé

1. INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1.1.1 Contexte du Plan National de Développement sanitaire et PRODS

La question d'utilisation des services de santé pour des soins de qualité est centrale au nouveau plan de développement sanitaire 2016-2020 du Ministère de la santé, qui s'inscrit dans la perspective de la couverture sanitaire Universelle (RDC/MSP, 2016). Dans le système de santé de la RDC, les prestations de soins au premier échelon, restent dans la majorité des cas, l'apanage du personnel infirmier. Cette option a été prise au démarrage des zones de santé au Zaïre au cours des années 80, dans un contexte de pénurie des ressources humaines pour la santé, en particulier les médecins. Avec l'évolution contextuelle, les attentes et exigences des patients sont de plus à plus croissantes et la qualité des soins est devenue une dimension essentielle de la couverture sanitaire universelle. Dans ces conditions, on pourrait se poser la question de l'efficacité et la pertinence d'un mode organisationnel d'un premier niveau tenu par un personnel infirmier, alors les effectifs de nouveaux médecins diplômés dépasse largement les capacités de leur résorption au niveau hospitalier.

Le nouveau programme santé négocié entre la RDC et l'Union Européenne, financé par l'Union Européenne (UE/PRODS, 2016), propose d'étudier les innovations qui pourraient permettre au ministère de la santé de traiter certains goulots d'étranglement relatifs à la sous-utilisation et à la moins bonne qualité des soins. Parmi ces innovations figure la médicalisation du premier échelon des soins.

Certains pays africains comme le Mali, le Madagascar, la Guinée ont, depuis plusieurs années, médicalisé la première ligne de soins, dans une optique d'une réponse de proximité plus adaptée aux besoins et aux attentes des patients, des familles et des communautés (Sylvie Dugas et Monique Van Dormael, 2003). En effet, l'efficacité du système de soins est très dépendante d'un premier échelon robuste et structuré, car c'est à ce niveau que les interactions entre les communautés et le système de soins se structurent en renforçant leur acceptabilité par les communautés. L'analyse menée de l'expérience de médicalisation du premier échelon au Mali a montré que cette approche renforçait l'acceptabilité et de la qualité des soins de première ligne (Laurence Codjia, Françoise Jabot, Henri Dubois, 2010). Toutefois, cette expérience malienne soulève quelques exigences en termes de préparation et d'accompagnement des médecins positionnés au premier échelon, mais aussi quelques difficultés en rapport avec la citoyenneté dans les dynamiques communautaires (Balique *et al.*, 2001).

1.1.2 Problématique d'utilisation des services de santé dans la ville de Goma

Comme pour bien d'autres zones de santé urbaines du Nord Kivu, les deux zones de santé de la ville de Goma sont majoritairement caractérisées par une première ligne tenue par les infirmiers, infirmières et une sous-utilisation des services de ces institutions sanitaires par la patientèle. Pour l'année 2016, la zone de santé de Goma a enregistré un taux d'utilisation des services du curatif de 0,18 NC/habitant, un taux d'accouchements assistés de 77% et 58% de CPN4. La situation dans la zone de santé voisine de Karisimbi n'a pas été guère meilleure (0,19 NC/habitant de curatif, 60% d'accouchements assistés et 38% de CPN4) comparée à sa voisine de Goma (Source : base de données SIS du Nord Kivu).

Une étude partielle menée par Oleffe (2016, inédit) à Goma (aires de santé CCLK et Mapendo) attribue cette faible utilisation des services de première ligne aux limites de l'application du modèle rural d'organisation des services de santé en milieu urbain. Cette difficulté consécutive à l'inadaptation du modèle rural en milieu urbain a été invoquée par d'autres auteurs en RDC (Grodos et Tonglet, 2001) et encore tout récemment dans la ville de Lubumbashi (Chenge, 2013). D'après la pré-enquête menée par A. Oleffe (2016), certaines communautés vivent des niveaux élevés de précarité, en particulier au niveau des aires de santé Mapendo et CCLK, mais disposent également de plusieurs autres alternatives « d'offres » et de recours aux soins. En outre, la mauvaise perception de l'accueil, le déficit communicationnel et démocratique, l'assimilation des relais communautaires et membres des comités de santé comme personnel de santé, sont autant des facteurs supposés avoir contribué à une réelle rupture du lien entre prestataires et communautés, au niveau des centres de santé (CS) Mapendo et CCLK, dans la zone de santé de Goma.

Dans une perspective de médicalisation du premier échelon, l'étude menée au niveau des aires de santé de CCLK et Mapendo étant partielle, il importe d'appréhender de manière plus globale et plus approfondie la problématique de sous-utilisation des services sur toute la ville de Goma, au travers l'analyse de l'itinéraire thérapeutique.

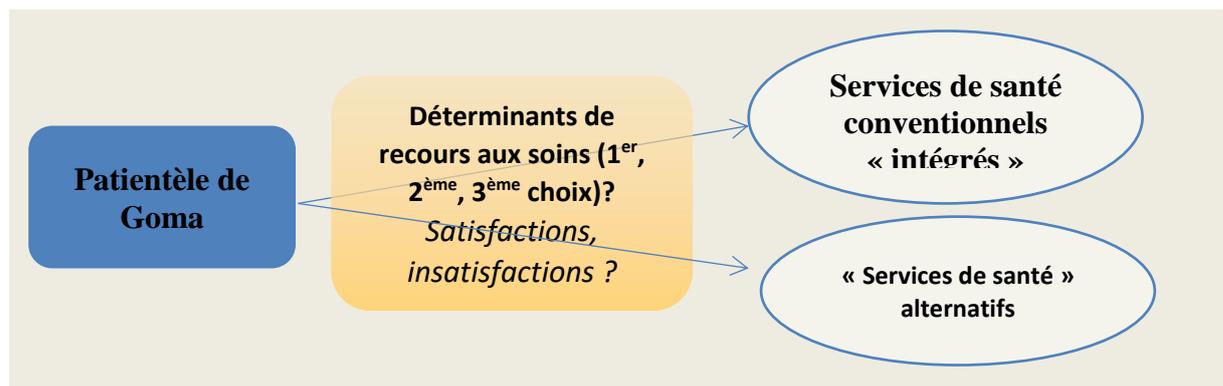


Figure 1 : Schéma des différents recours de la population de Goma en matière de soins de santé

1.1.3 Éléments théoriques sur l'itinéraire thérapeutique

L'itinéraire thérapeutique constitue le parcours de soins suivi par un patient lors d'un épisode maladie. Les études menées en RDC et ailleurs montrent une diversité de recours aux soins, particulièrement en milieu urbain. Cette diversité va du renoncement aux soins, en passant par l'auto médication, les soins chez un tradi-praticien, les chambres de prière, jusqu'aux soins dans une structure moderne de soins ; les structures étant soit des structures conventionnelles de première ligne, soit des structures privées lucratives ou non lucratives, soit des structures hospitalières. Les motivations et les déterminants du recours aux soins sont tout aussi diversifiés.

En RDC, une étude menée à Kinshasa avait montré 7 types de recours aux soins : le centre de santé de l'aire de santé (37%), le dispensaire privé (26,5%), l'automédication pharmaceutique (23,9%), le tradi-praticien (21%), l'automédication traditionnelle (16,9%), la polyclinique conventionnée (16,7%) et un hôpital de référence (10,4%). Dans cette étude, le recours à une structure médicale est motivé par la recherche de la qualité, tandis que la recherche des tarifs acceptables a motivé le recours au centre de santé. Enfin, le

recours au tradi-praticien a été motivé par la recherche d'une solution à une maladie particulière (Manzambi, 2009).

En dehors de la RDC, une étude menée à Yopougon, un quartier populaire d'Abidjan avait montré six alternatives de recours aux soins : l'auto médication, les centres hospitaliers universitaires, la médecine traditionnelle, les dispensaires et infirmeries publiques, les dispensaires et infirmeries parapublics et privés. La même étude a montré que le prix des soins, le revenu du ménage, la relation qu'a le patient avec le praticien, l'âge, la durée et le type de maladie constituent des facteurs déterminant le recours aux soins (Tape, 2007). Par rapport au revenu des patients, une étude prospective menée au Bénin avait montré qu'au premier recours, les patients indigents utilisent moins les centres de santé par rapport aux non indigents (20% versus 26,3% ; $P < 0,001$) ; l'automédication moderne et traditionnelle étant le recours le plus utilisé tant par les indigents (66,4%) que le non indigents (63,9%), sans une bonne satisfaction (Ouendo *et al.*, 2005). Par rapport à l'automédication, une étude menée au Cameroun avait montré que l'automédication constituait le premier recours aux soins (52%) ; le recours à la médecine moderne venait en seconde intention. Toutefois, quand la maladie était perçue comme trop grave, le recours à la médecine moderne venait en première intention (Nkoma, 2016).

Au Burkina Faso, une étude rétrospective menée auprès des tuberculeux bacillifères dépistés dans deux centres de traitement avait montré que qu'avant le dépistage de leur maladie, 24 ,5% des malades avaient consulté une formation sanitaire publique, 31% une formation sanitaire privée et 6% un tradi-praticien. La même étude avait montré que l'automédication contribuait au retard de diagnostic pour 31% des patients (Ouedraogo *et al.*, 2006).

1.1.4 Innovation et effet espérés de la recherche en termes de développement du système de santé.

Les résultats de cette étude contribueront à mieux cerner les itinéraires thérapeutiques réels des patients et des patientes dans la ville de Goma : quel recours choisissent-ils et en fonction de quels déterminants ? Comprendre les motivations des utilisateurs et utilisatrices, mais aussi leurs satisfactions et insatisfactions tout au long de ces itinéraires permettrait de mieux calibrer l'offre de soins médicalisée du premier échelon dans la ville de Goma.

1.2. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

1.2.1 Objectif général

Cette recherche vise à contribuer à une meilleure prise en charge thérapeutique de la patientèle dans la ville de Goma à travers une analyse quantitative et qualitative des pratiques de soins des populations.

1.2.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques poursuivis par cette étude sont résumés ci-dessous :

1. Déterminer les parcours thérapeutiques des patients et patientes dans la ville de Goma ;

2. Identifier et analyser les facteurs de recours des soins de santé dans la ville de Goma ;
3. Identifier et analyser les satisfactions et les insatisfactions tout au long du parcours des soins des habitants de Goma ;

1.3. METHODOLOGIE

L'ensemble des habitants de la ville de Goma et une partie urbaine du Territoire de Nyiragongo a constitué la population d'étude. La méthode d'échantillonnage choisie est **aléatoire simple**. La base de sondage pour tirer cet échantillon est donc constituée de la liste des ménages élaborée par les trois bureaux centraux des zones de santé de Goma, Karisimbi et Nyiragongo issue du dénombrement de 2016. Chaque Zone de santé est considérée comme une strate. Avec l'aide des relais communautaires et des chefs d'avenues, l'enquêteur devrait retrouver les ménages tirés aléatoirement dans le quartier ou Village concerné. En cas d'absence, un autre ménage de remplacement était tiré au hasard.

La taille de l'échantillon retenue est de 1000 ménages. En prenant en compte le poids démographique de chacune de 2 zones de santé de la Ville de Goma et de la partie urbaine de la Zone de santé de Nyiragongo concernée par cette étude, la taille de l'échantillon pour les trois zones de santé a été adapté de la manière suivante : 213 ménages dans la ZS de Goma, 642 ménages dans la ZS Karisimbi et 145 ménages pour la ZS de Nyiragongo.

Ce sont les chefs de ménage qui répondaient au questionnaire. Notons cependant qu' en cas d'indisponibilité l'époux ou l'épouse ou le compagnon ou la personne la plus âgée du ménage pouvait répondre.

Un questionnaire standard a été élaboré et était administré.

Le questionnaire d'enquête a été pré testé et porte sur les 6 thématiques ci-dessous :

1. La composition du ménage ;
2. Le niveau socioéconomique du ménage (y compris le revenu mensuel du ménage, la capacité à faire face au coût des soins) ;
3. La mortalité et la morbidité au sein du ménage ;
4. Le recours aux soins lors de dernier épisode maladie ;
5. Les motivations de choix du type de soins ;
6. Les satisfactions et insatisfactions tout au long du parcours des soins.

Formation des enquêteurs

La formation théorique et pratique des enquêteurs pour la collecte de données quantitatives d'une durée de 3 jours avait porté sur :

- Les objectifs de l'enquête
- La méthodologie de l'enquête ménage

- Les règles fondamentales, les techniques de base nécessaires lors du contact avec la population, le rôle et tâches du personnel d'enquête.
- L'explication et la traduction du questionnaire dans la principale langue d'enquête : Kiswahili.

Des jeux de rôle pendant la formation et une pré-enquête organisée le dernier jour dans l'aire de santé de Mudja en ZS de Nyiragongo a permis aux enquêteurs de se rendre compte des difficultés d'administration du questionnaire, d'avoir des bonnes stratégies pour récolter telle ou telle autre information et de revoir la traduction dans la langue locale de certaines questions.

Saisie et analyse des données

La saisie et l'analyse de données quantitatives a été faite à l'aide du logiciel SPSS. Pour les tests statistiques, nous considérons un résultat comme statistiquement significatif lorsque la probabilité $p \leq 0,05$. Pour tester la dépendance de deux caractères représentés dans un tableau de contingence, nous avons fait appel au test d'indépendance de Chi-carré. Tandis que pour comparer les moyennes de plusieurs populations, nous avons fait appel au test d'Analyse de variance (ANOVA).

Difficultés rencontrées lors de la collecte de données

La recherche des ménages tirés aléatoirement dans l'aire de santé n'était pas facile dans certaines aires de santé à cause de :

1. Les informations sur les ménages ne facilitent pas la recherche:
 - a. Certains noms d'avenues sont incomplets : EX : On retrouve dans la base de sondage le nom de l'avenue « Polyclinique » alors qu'en réalité, il y a 3 avenues : Polyclinique 1, Polyclinique 2 et Polyclinique 3. Il est écrit Bukama alors qu'il y a Bukama Nord et Bukama Sud.
 - b. Certains ménages seraient fictifs car on retrouve certains noms d'enfant (qui ne pourraient pas être des chefs de ménage), des ménages dupliqués (un ménage pour le mari et un ménage pour l'épouse)
 - c. Les 5 ménages tirés dans le camp Bulengo qui jadis était fonctionnel, avait été fermé.
 - d. Les noms notés sont ceux des parents qui ne sont pas souvent connus. Il aurait été intéressant d'avoir également les noms des enfants
 - e. Certains chefs de ménage sont désignés uniquement par le prénom (Ex : Marceline) ou un seul nom (Ex : Bahati) et on retrouve plusieurs personnes du même prénom/nom sur l'avenue.
 - f. Sur certaines avenues on retrouve des numéros de parcelles qui, d'après les déclarations datent de 2015, mais qui n'avaient pas été enregistrés par les recenseurs
 - g. Certains ménages des gardes chantier, ou des militaires ne sont pas souvent stables. D'où la difficulté de les retrouver

- h. Il y a certaines avenues qui se prolongent entre différentes aires de santé. EX : Av de la plaine et Fikiri qui sont à la fois dans l'Aire de Santé Murara et Muungano Solidarité
 - i. Certaines avenues ont changé de noms avec la nouvelle délimitation des aires de santé et quartiers
 - j. Parfois il y a 3 numéros pour une seule parcelle (ceux écrit par la Mairie, d'autres par le chef de quartier et d'autres services)
 - k. Dans certaines aires de santé, les autochtones ont vendu les parcelles et se sont déplacés.
 - l. Certaines parcelles et leurs numéros sont perturbés à la suite des morcellements (les anciens numéros disparaissent)
 - m. Certains enquêtés ne voulaient pas recevoir les enquêtés à cause du climat d'insécurité qui règne dans la ville (Murara, Lac vert)
 - n. Dans le quartier Le volcan, certaines habitations ont été transformées en bureau, banques, maisons d'habitation des expatriés ou boutiques.
2. Certains relais communautaires sont inconnus par le Président des relais communautaires et par l'Infirmier Titulaire du Centre de santé par ce qu'ils avaient probablement étaient recrutés occasionnellement lors du recensement de 2016. D'autres se sont déjà déplacés hors de l'aire de santé. Certains relais communautaires actuels sont nouveaux.
 3. Certains ménages retrouvés mais les maisons étaient fermées toute la journée. Il était difficile de prendre un rendez-vous avec les enquêtés. Après trois visites, ils étaient remplacés
 4. Il y a des chefs d'avenue nouveaux qui ne connaissent pas les habitants, d'autres qui étaient absents.

Importance des enquêtes ménages et limitation méthodologique

Les enquêtes ménages sont un excellent outil pour collecter des informations quantitatives de base sur l'itinéraire thérapeutique et pour évaluer des interventions. En effet, pour particulièrement les enquêtes sur l'itinéraire thérapeutique ces types d'enquêtes permettent de saisir tous les cas de maladie quel que soit l'orientation choisie par le patient à travers divers recours, la justification des choix

Néanmoins ce type d'enquête a aussi le risque potentiel de certains biais systématiques:

1. Le biais de « *non réponse* ». Ce biais joue presque toujours un rôle dans les enquêtes ménages. Approximativement, dans 30% des ménages choisis aléatoirement et retrouvés, les enquêtes ne pouvaient pas avoir lieu. La raison est que les enquêtes ont généralement lieu entre 09 h 00 et 17 h 00, quand les responsables des ménages sont au travail.
2. Le biais de « *refus* » n'a été observé que dans 3 ménages des aires de santé de Murara et Lac Vert. Par contre, l'accueil des enquêteurs dans les différents milieux a été bon et démontre la volonté de la population de collaborer. Notons cependant qu'un nombre négligeable des responsables a manifesté une certaine méfiance au départ et les enquêteurs ont usé de la perspicacité pour les convaincre à participer à l'enquête.
3. Le biais de « *traduction* ». Pour cette étude, le questionnaire original était en français et une traduction en Kiswahili a été faite. La langue principale utilisée dans 98% de cas

est donc le Kiswahili. Des jeux de rôle organisés pendant la formation de l'équipe d'enquête ont permis de minimiser le biais de traduction.

4. Le biais « *d'enquêteur* ». Les opinions propres des enquêteurs et leurs superviseurs peuvent biaiser les résultats. Par exemple quand les enquêteurs montrent par un langage verbal – ou non verbal, quelle réponse est « correcte ». Nous avons essayé de minimiser ce biais pendant la formation à travers des jeux de rôles ainsi que des vérifications des questionnaires chaque jour.

5. Le biais « *de répondant* ». Les répondants peuvent avoir un intérêt à donner des réponses « fausses » pour obtenir certains bénéfices plus tard en pensant par exemple à un éventuel appui des bailleurs de fond ou de l'ONG qui exécute l'étude. Dans chaque ménage, les enquêteurs ont eu à expliquer les objectifs de cette enquête et à se présenter comme enquêteurs de la zone de santé pour éviter toute illusion.

6. Le biais « *de confidentialité* ». Un autre risque d'erreur peut survenir des questions sensibles. Pour cela nous avons formé les enquêteurs de manière à ce que certaines questions soient posées à huis clos.

De plus, pour réduire ces risques de biais nous avons :

- Consacré beaucoup de temps et d'efforts pour choisir des enquêteurs expérimentés ;
- Prévu plusieurs jours de formation, ainsi que des supervisions intensives pendant le déroulement de l'enquête ;
- Vérifié rigoureusement les questionnaires le même jour où les enquêtes ont eu lieu et ;
- Assuré que les encodeurs saisissent les données le lendemain de leur remplissage.

2. RESULTATS DE L'ANALYSE

2.1. CARACTERISTIQUES GENERALES

2.1.1 Répartition selon les zones de santé et les aires de santé

A l'issue du tirage aléatoire, les nombres de ménages visités par aire de santé et par zone de santé sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 1. Répartition des ménages enquêtés par aire de santé

Zone de santé	Aire de santé	Fréquence	%
Goma	Buhimba	22	2%
	Carmel	25	3%
	Casop	18	2%
	CCLK	23	2%
	Heal Africa	16	2%
	Himbi	24	2%
	Katindo	31	3%
	Kyeshero	44	4%
	Umoja	10	1%
	Total Goma		213
Karisimbi	Albert Barthel	45	5%
	Amani	32	3%
	Bujovu	5	1%
	Hebron	127	13%
	Kahembe	16	2%
	Katoyi	27	3%
	Lubango	30	3%
	Mabanga	64	6%
	Majengo	84	8%
	Mugunga	9	1%
	Murara	32	3%
	Muongano la Résurrection	77	8%
	Muongano la solidarité	29	3%
	Ndosho	31	3%
	Virunga	34	3%
	Total Karisimbi		642
Nyiragongo	Kiziba	88	9%
	Kiziba II	13	1%
	Turunga	44	4%
	Total Nyiragongo		145
Ensemble		1000	100%

2.1.2 Sexe, âge, niveau d'étude du chef de ménage

a. Ménages dirigés par les femmes

Dans l'ensemble des ménages visités, 17% sont dirigés par les femmes. La proportion de ménages dirigés par les femmes est plus importante dans la ZS de Karisimbi par rapport à la ZS de Goma et moins élevée dans la Zone de santé de Nyiragongo.¹ L'EDS a trouvé que dans l'ensemble du pays, 25% des ménages sont dirigés par les femmes².

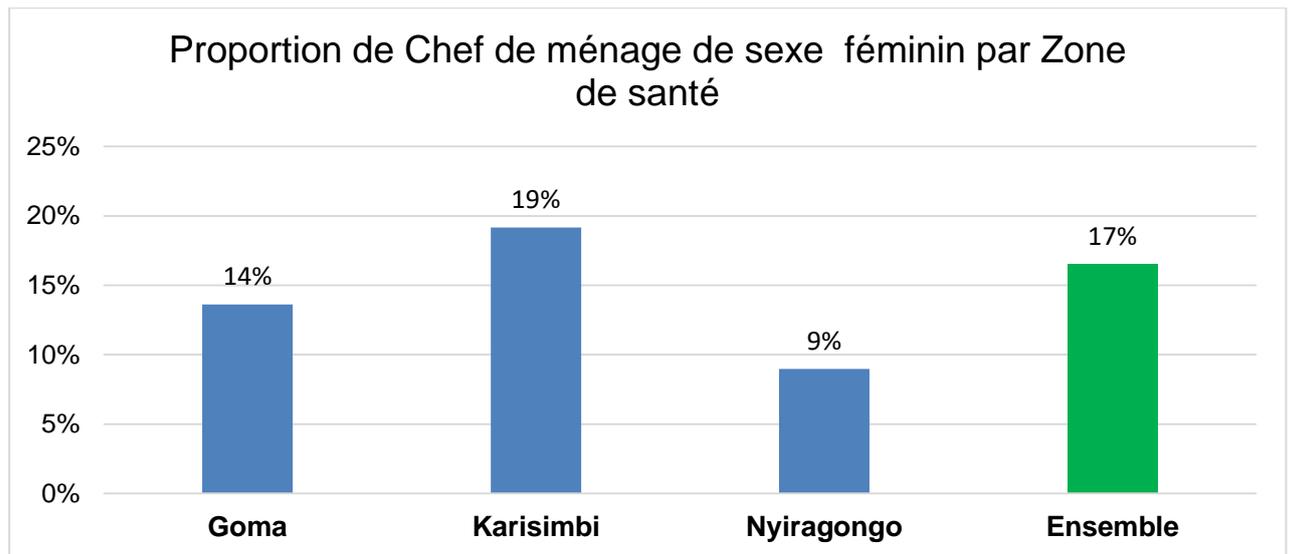


Figure 2. Proportion des ménages dirigés par les femmes par Zone de santé.

b. Age moyen des chefs de ménage

L'âge moyen d'un chef de ménage est de 45 ans (avec un écart type de 14 ans)³. Les chefs des ménages dans la ZS de Goma sont en moyenne plus âgés et ceux de Nyiragongo sont moins âgés⁴.

Tableau 2 Age moyen et médian des chefs de ménage

Zone de santé	n	Age Moyen	Ecart type	Age Médian
Goma	213	46,6	13,3	45
Karisimbi	642	45,1	14,4	43
Nyiragongo	145	42,1	12,5	39
Total	1000	45,0	14,0	43

¹ La proportion des ménages dirigés par les femmes diffère significativement entre les Zones de santé ($p=0,005$)

² Ministères du plan et de la Santé, Deuxième enquête Démographique et de santé, EDS- RDC 2013-2014, P53.

³ Le coefficient de variation relative (rapport de l'écart type par la moyenne) étant légèrement supérieur à 30%, il y a donc une forte dispersion. Nous allons donc considérer l'âge médian.

⁴ Les âges moyens des chefs de ménage diffèrent significativement entre les Zones de santé ($p= 0,012$).

c. Niveau d'étude des chefs de ménage

La figure suivante présente le niveau d'instruction le plus haut atteint par les chefs des ménages visités. On observe que globalement, 9% de chefs de ménage n'ont pas étudié et 28% n'ont pas dépassé l'école primaire. La proportion des chefs de ménages qui n'ont pas dépassé l'école primaire diffère selon les ZS. Elle est plus élevée dans la ZS de Nyiragongo (36%) que dans la ZS de Karisimbi (29%) et de Goma (23%).⁵

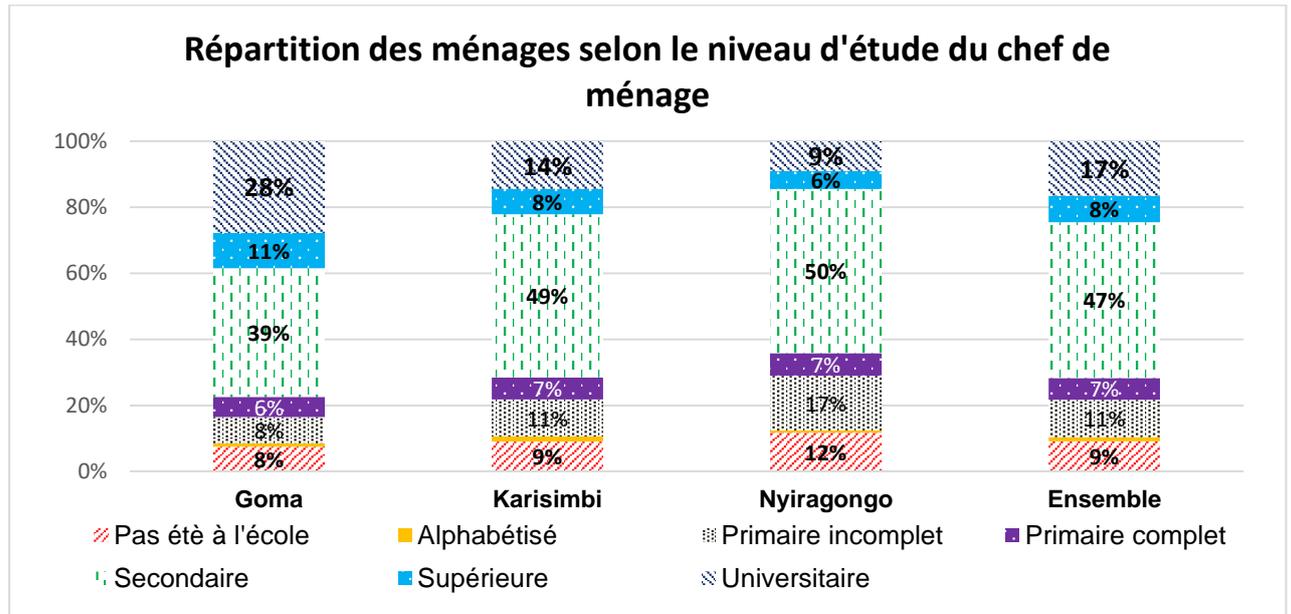


Figure 3. Proportion des ménages selon le niveau d'étude du chef de ménage par zone de santé

La figure suivante montre que les femmes chef de ménage n'ont pas un bon niveau d'instruction comparativement à leurs homologues hommes. En effet, l'étude montre que 28% de chefs de ménage de sexe féminin n'ont pas étudié contre 5% chez les chefs de ménage de sexe masculin. De plus, on constate que plus de la moitié de femmes chefs de ménage (55%) n'ont pas dépassé l'école primaire versus 23% seulement pour les hommes.⁶

⁵ La différence de répartition est significative par ZS ($p < 0,00001$)

⁶ La différence de répartition est significative par sexe du Chef de ménage ($p < 0,00001$)

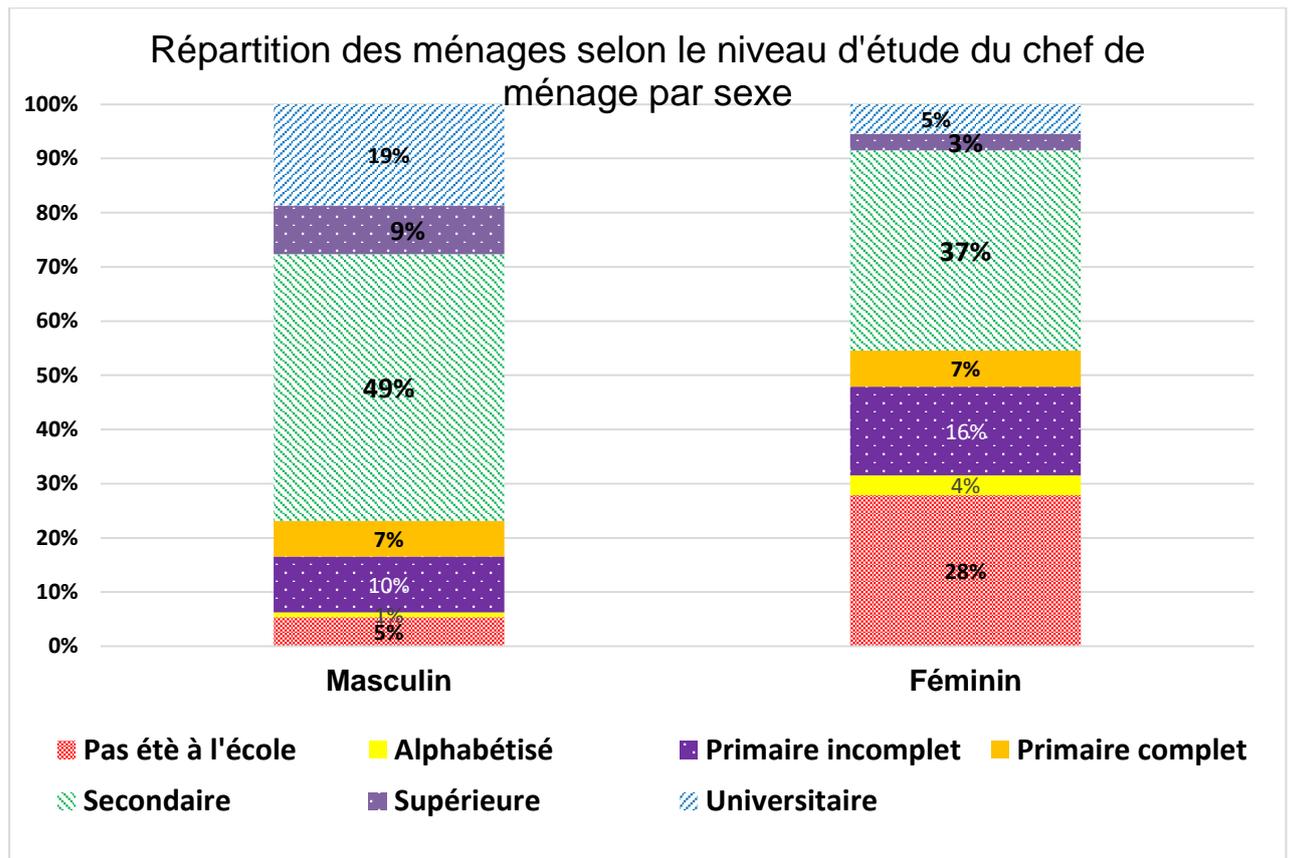


Figure 4. Proportion des ménages selon le niveau d'étude du chef de ménage par sexe

Notons que l'éducation de la femme continue à être une barrière à son épanouissement et il est évident que les messages de sensibilisation à la santé n'atteindront pas facilement la femme qui pourtant est l'actrice principale dans l'encadrement à domicile des patients.

2.2. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION DES MENAGES

2.2.1 Structure par âge et sexe

Le tableau 3 présente la répartition des populations des ménages par âge et sexe. Nous avons retrouvé dans les 1000 ménages visités 6991 personnes dont 3448 hommes et 3543 femmes.

Le rapport de masculinité est de **97 hommes pour 100 femmes**. Le taux de masculinité est de **49%**.

La structure de la population montre que 44,8% de la population de la Ville de Goma est âgée de moins de 15 ans. Ceci est à la fois un atout mais également un défi pour le développement de la ville.

La proportion de personnes âgées (60 ans et plus) est de 3,8% dans l'ensemble de la population (3,4% pour les hommes et 4,1% pour les femmes)

Tableau 3 Population des ménages par âge selon le sexe pour la Ville de Goma

Groupe d'âge	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0-4	523	15,17	461	13,01	984	14,08
5-9	545	15,81	539	15,21	1084	15,51
10-14	494	14,33	570	16,09	1064	15,22
15-19	461	13,37	517	14,59	978	13,99
20-24	350	10,15	344	9,71	694	9,93
25-29	238	6,90	279	7,87	517	7,40
30-34	172	4,99	186	5,25	358	5,12
35-39	157	4,55	157	4,43	314	4,49
40-44	123	3,57	113	3,19	236	3,38
45-49	123	3,57	99	2,79	222	3,18
50-54	84	2,44	80	2,26	164	2,35
55-59	61	1,77	51	1,44	112	1,60
60-64	36	1,04	51	1,44	87	1,24
65-69	35	1,02	31	0,87	66	0,94
70-74	22	0,64	23	0,65	45	0,64
75-79	9	0,26	11	0,31	20	0,29
80+	15	0,44	31	0,87	46	0,66
Total	3448	100	3543	100	6991	

La pyramide des âges de la population de la Ville de Goma présente une base élargie qui se rétrécit rapidement (en accent circonflexe). Ceci est la caractéristique des pays à forte fécondité et à forte mortalité.

On observe une irrégularité à la base de la pyramide. Il y a une sous-estimation des hommes comme des femmes entre 0 et 4 ans⁷. Il s'agit probablement d'un transfert de la population (femmes et hommes) du groupe d'âge de 0-4 ans vers le groupe d'âge de 5-9 ans et la mortalité élevée pour ce groupe vulnérable..

⁷ L'EDS 2013-20124 a donné une proportion de 17,8% des populations de moins de 5 ans en milieu urbain (18,5% pour les hommes et 17,2% pour les femmes)

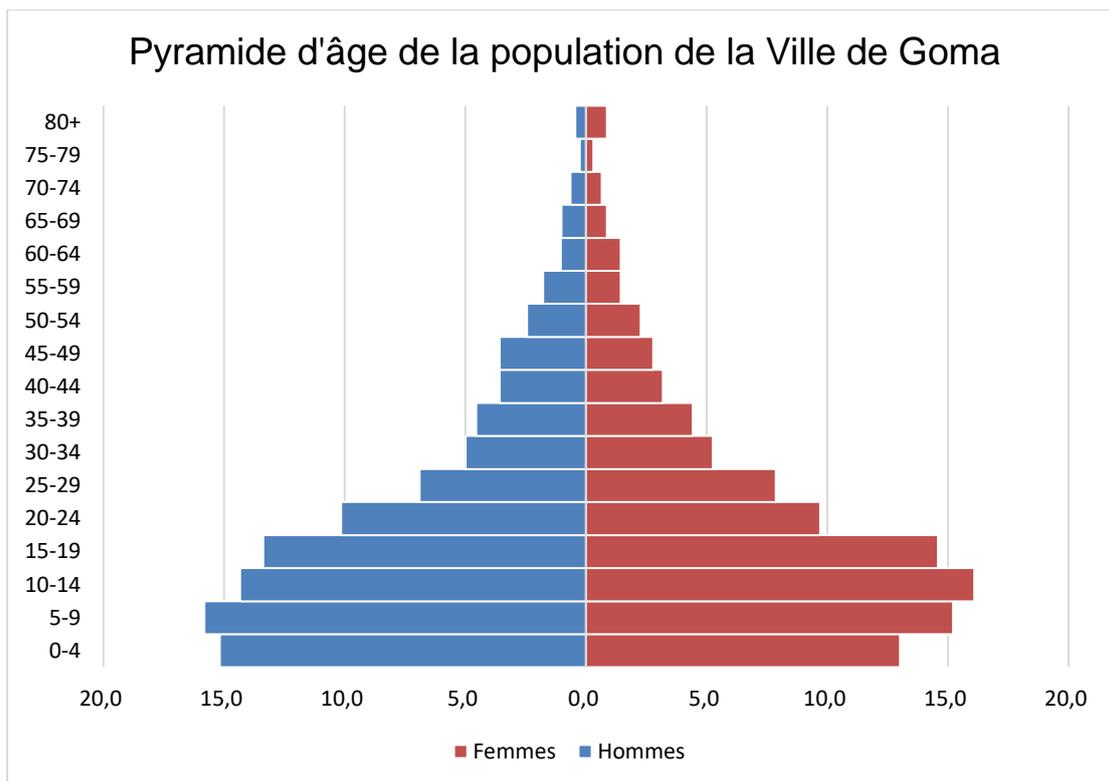


Figure 5 Pyramide des âges de la population de la ville de Goma

Dans l'ensemble des ménages visités, on constate que plus de la moitié des populations (53%) sont âgé de moins de 18 ans. Cette proportion est de 54% pour les hommes et 53% pour les femmes. Ceux qui sont âgé au-delà de 65 ans (personnes du 3^{ème} âge) représentent 2% chez les hommes comme chez les femmes⁸.

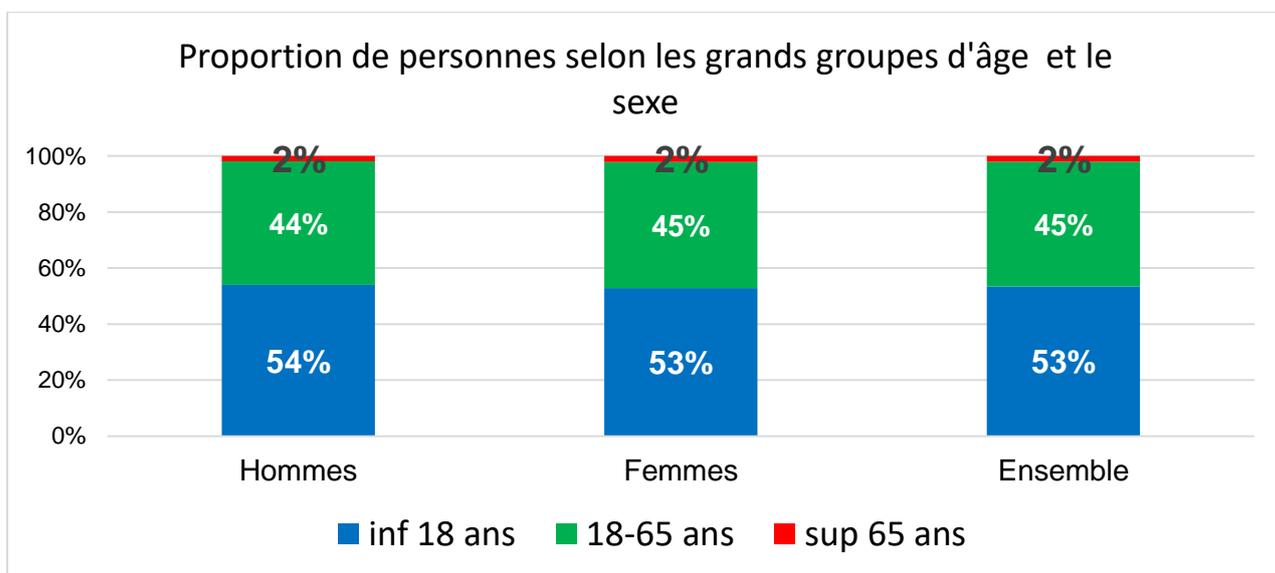


Figure 6 Répartition de la population des ménages selon les grands groupes d'âge par sexe

⁸ L'EDS 2013-2014 a donné une proportion de 2,6% des personnes du 3^{ème} âge en milieu urbain (2,3% chez les hommes et 2,5% chez les femmes).

2.2.2 Composition des ménages

a. Nombre de personnes par ménage

Le tableau suivant montre que dans l'ensemble, 3 ménages sur 10 ont 9 membres ou plus. Les proportions des ménages qui ont 9 personnes ou plus sont respectivement de : ZS Goma (38%), ZS Karisimbi (29%) et ZS Nyiragongo (23%).

Tableau 4 Nombre de membres habituels dans les ménages

Nombre de personnes dans un ménage	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1	4	2%	9	1%	1	1%	14	1%
2	6	3%	33	5%	3	2%	42	4%
3	10	5%	53	8%	5	3%	68	7%
4	17	8%	50	8%	18	12%	85	9%
5	13	6%	81	13%	28	19%	122	12%
6	27	13%	82	13%	11	8%	120	12%
7	29	14%	82	13%	24	17%	135	14%
8	26	12%	64	10%	21	14%	111	11%
9 et plus	81	38%	188	29%	34	23%	303	30%
Total	213	100%	642	100%	145	100%	1000	100%

La proportion de ménages de grande taille est très importante dans les 3 Zones de santé mais surtout dans la ZS de Goma. Ces résultats sont de loin supérieurs à ceux trouvés par l'EDS pour l'ensemble du pays qui sont respectivement de 17% pour le milieu urbain et 10% pour le milieu rural.⁹ On pourrait se demander si c'est l'effet de l'exode rural.

b. Nombre moyen de personnes par ménage

Le tableau suivant montre qu'il y a en moyenne 7 personnes par ménage. La Zone de santé de Goma a un nombre moyen de personnes par ménage plus élevé que dans les deux autres ZS.¹⁰

Tableau 5 Nombre moyen et médian de personnes par ménage selon les Zones de santé

Zone de santé	n	Nombre moyen de personnes par ménage	Ecart type	Nombre médian de personnes par ménage
Goma	213	7,5	2,8	8
Karisimbi	642	6,9	3,0	7
Nyiragongo	145	6,9	2,7	7
Total	1000	7,0	3,0	7

⁹ Ministères du plan et de santé, EDS RDC II, p54

¹⁰ p=0,026

Le tableau suivant montre une gradation de la composition moyenne et médiane des ménages selon les quintiles du bien-être. En effet, les ménages plus pauvres (quintile 1 et 2) ont moins de membres que les plus riches (quintile 4 et 5)¹¹.

Tableau 6 Nombre moyen et médian de personnes par ménage selon les quintiles du bien-être

Quintile de possession des bien	n	Nombre moyen de personnes par ménage	Ecart type	Nombre médian de personnes par ménage
1	200	6,4	2,7	6
2	200	6,6	3,0	6
3	200	7,0	2,9	7
4	200	7,2	3,0	7
5	200	7,7	2,9	8
Total	1000	7,0	2,9	7

c. Taux de masculinité par zone de santé

Dans l'ensemble de 1000 ménages visités, nous avons retrouvé 6991 personnes dont 3448 de sexe masculin, soit un taux de masculinité de 49%. Ce taux de masculinité ne diffère pas significativement entre les Zones de santé.¹²

Tableau 7 Taux de masculinité dans la Ville de Goma.

Zone de santé	Nombre de masculins	Nombre de féminins	Ensemble	Taux de masculinité
Goma	794	798	1592	50%
Karisimbi	2137	2270	4407	48%
Nyiragongo	517	475	992	52%
Total	3448	3543	6991	49%

2.2.3 Membres du ménage

Comme on peut le lire dans le tableau suivant, l'étude confirme la composition des ménages africains en général et de la RDC en particulier qui sont formés principalement des conjoints, de leurs enfants biologiques et leur progéniture et des autres membres de la famille élargie.

La proportion de *membres de ménages hors conjoint ou enfant biologique* est de 16% (16% pour respectivement les ZS de Goma et Karisimbi et 9% pour la ZS de Nyiragongo)

¹¹ p<0,0001

¹² p=0,108

Tableau 8 Membres du ménage et leurs liens avec le chef du ménage

Lien avec le chef de ménage	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Chef de Ménage	213	13%	642	15%	145	15%	1000	14%
Enfant Biologique	959	60%	2545	58%	633	64%	4137	59%
Conjoint	168	11%	481	11%	125	12%	774	11%
Petit fils/ Petite fille	78	5%	314	7%	31	3%	423	6%
Frère/Sœur	67	4%	150	3%	16	2%	233	3%
Neveu/Nièce	42	3%	136	3%	16	2%	194	3%
Beau-frère/ Belle-sœur	24	2%	70	2%	11	1%	105	1%
Parent/ Grand parent	20	1%	44	1%	11	1%	75	1%
Enfant sous tutelle	14	1%	13	0%	3	0%	30	0%
Domestique/Bonne	6	0%	7	0%	1	0%	14	0%
Belle fille/Beau fils	0	0%	3	0%	0	0%	3	0%
Oncle/Tante	1	0%	2	0%	0	0%	3	0%
Total	1592	100%	4407	100%	992	100%	6991	100%

2.2.4 Niveau d'étude des membres du ménage

Le tableau suivant montre qu'un peu plus de ¼ des enfants en âge préscolaire (4 à 5 ans) sont déjà scolarisés. Parmi ceux d'âge scolaire (6 à 14 ans), 5% ne sont pas scolarisés. Parmi ceux en âge de procréation (15-49 ans), 5% n'ont pas étudié et 20% n'ont pas dépassé l'école primaire. Pour ceux âgés de 50 ans et plus, 23% n'ont pas étudié et 52% n'ont pas dépassé l'école primaire.

Tableau 9 Répartition des populations selon le Niveau d'étude par groupe d'âge

Niveau d'étude	0-3 ans		4-5ans		6-14 ans		15-49 ans		50 ans et plus		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Pas été à l'école	0	0%	0	0%	91	5%	168	5%	125	23%	384	5%
Alphabétisé	0	0%	0	0%	2	0%	27	1%	12	2%	41	1%
Primaire incomplet	3	0%	109	26%	1355	70%	301	9%	99	18%	1867	27%
Primaire complet	0	0%	0	0%	106	5%	168	5%	44	8%	318	5%
Secondaire	0	0%	0	0%	390	20%	1918	58%	202	37%	2510	36%
Supérieure	0	0%	0	0%	0	0%	305	9%	24	4%	329	5%
Universitaire	0	0%	0	0%	0	0%	432	13%	34	6%	466	7%
Non applicable (NA)	758	100%	318	74%	0	0%	0	0%	0	0%	1076	15%
Ensemble	761	100%	427	100%	1944	100%	3319	100%	540	100%	6991	100%

2.2.5 Répartition selon l'occupation principale du Chef de ménage

Près de 2 chefs de ménage sur 10 sont des salariés du secteur public et près de 2 sur 10 chefs de ménage sont du secteur privé. Les chefs de ménage qui exercent le commerce, principalement dominé par le petit commerce représentent un peu moins de 2 sur 10. On constate également que 16% des chefs de ménage travaillent dans le secteur informel. De plus, 12% de chefs de ménages déclarent qu'ils sont chômeurs.

La répartition des chefs de ménage selon leur emploi diffère d'une Zone de santé à l'autre¹³. Le secteur informel est plus utilisé par les chefs de ménage de la Zone de santé de Nyiragongo. La proportion de chefs de ménage œuvrant dans le secteur public est plus élevée dans la ZS de Goma.

Tableau 10 Répartition des chefs de ménages selon leur principal emploi par Zone de santé

Emploi ou Activité du Chef de ménage	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Salarié secteur public	48	23%	117	18%	15	10%	180	18%
Salarié secteur privé	34	16%	114	18%	24	17%	172	17%
commerçant	37	17%	105	16%	16	11%	158	16%
Informel	26	12%	90	14%	41	28%	157	16%
Chômeur	21	10%	85	13%	13	9%	119	12%
Artisan	24	11%	63	10%	22	15%	109	11%
Cultivateur	9	4%	17	3%	10	7%	36	4%
Police/Militaire	2	1%	21	3%	1	1%	24	2%
Ménagère	4	2%	17	3%	2	1%	23	2%
Autre à préciser	8	4%	13	2%	1	1%	22	2%
Total	213	100%	642	100%	145	100%	1000	100%

Le tableau suivant les Chefs de ménage de sexe masculin exercent principalement des emplois du secteur public, du secteur privé et informel. Tandis que les chefs de ménage femmes exercent le commerce, le travail informel ou sont en chômage.¹⁴

Tableau 11 Répartition des chefs de ménages selon leur principal emploi par sexe

Emploi ou Activité du Chef de ménage	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Salarié secteur public	172	21%	8	5%	180	18%
Salarié secteur privé	161	19%	11	7%	172	17%
Commerçant	109	13%	49	30%	158	16%
Informel	132	16%	25	15%	157	16%
Chômeur	91	11%	28	17%	119	12%

¹³ La différence constatée est très significative ($p < 0,0001$)

¹⁴ La différence observée entre l'emploi des chefs de ménage hommes et femmes est très significative ($p < 0,0001$)

Emploi ou Activité du Chef de ménage	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Artisan	107	13%	2	1%	109	11%
Cultivateur	26	3%	10	6%	36	4%
Ménagère	22	3%	2	1%	24	2%
Police/Militaire	0	0%	23	14%	23	2%
Autre emploi	15	2%	7	4%	22	2%
Total	835	100%	165	100%	1000	100%

2.3. CONDITION DE VIE DES MENAGES

2.3.1 Type des maisons habitées

a. Statut d'occupation du présent logement

Le tableau suivant montre que près de 6 ménages sur 10 sont propriétaires des logements utilisés actuellement. Un peu plus de 3 ménages sur 10 vivent dans des logements en location. Les restes sont soit logés par l'employeur soit hébergés par des tiers. La répartition des ménages selon le statut d'occupation du logement ne diffère pas significativement entre les Zones de santé.¹⁵

Tableau 12 Statut d'occupation du logement du ménage par Zone de santé

Statut d'occupation du présent logement	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Propriétaire	125	59%	374	58%	83	57%	582	58%
Locataire	68	32%	222	35%	49	34%	339	34%
Logé par l'employeur	1	0%	6	1%	0	0%	7	1%
Logé par un tiers	19	9%	40	6%	13	9%	72	7%
Total	213	100%	642	100%	145	100%	1000	100%

Le tableau suivant montre que plus de 6 ménages sur 10 dirigés par les femmes (64%) sont propriétaires de leur logement contre 57% pour les ménages dirigés par les hommes. Près de 4 ménages sur 10 dirigés par les hommes sont locataires versus ¼ pour les ménages dirigés par les femmes.¹⁶

¹⁵ En regroupant les ménages logés par l'employeur avec ceux logés par les tiers, on obtient ($p=0,80691$)

¹⁶ Le statut d'occupation du présent logement diffère selon que le ménage est dirigé par un homme ou une femme ($p=0,033$)

Tableau 13 Statut d'occupation du logement du ménage par sexe du chef de ménage

Statut d'occupation du présent logement	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Propriétaire	476	57%	106	64%	582	58%
Locataire	297	36%	42	25%	339	34%
Logé par l'employeur	7	1%	0	0%	7	1%
Logé par un tiers	55	7%	17	10%	72	7%
Total	835	100%	165	100%	1000	100%

b. Type de matériel de construction

Dans l'ensemble des ménages visités, 85,2% habitent des maisons dont les murs sont en planches. C'est à Nyiragongo où l'on trouve que la quasi-totalité des maisons sont en planche. On observe que 2 sur 10 ménages de la ZS de Goma, 1 ménage sur 10 de la ZS de Karisimbi et seulement 0,7% ménages de la ZS de Nyiragongo habitent des maisons en matériaux durable (principalement les blocs ciments). Il y a plus de détails dans le tableau *en annexe 3.1*.

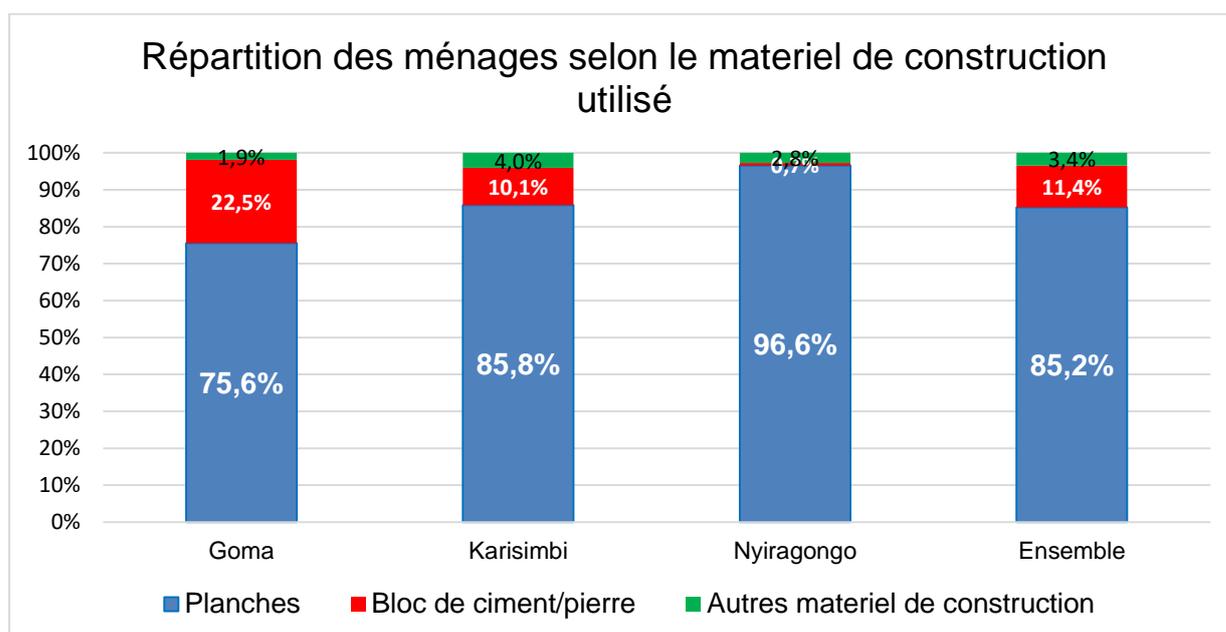


Figure 7. Répartition des ménages selon les matériaux de construction utilisés par Zone de santé

Le tableau suivant montre que les matériaux de construction des maisons habitées par les ménages dirigés par les hommes et ceux dirigés par les femmes ne sont pas significativement différents et restent tous dominés par les planches.

Tableau 14 Répartition des ménages selon les matériaux de construction utilisés par sexe du chef de ménage

Matériel de construction	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Planches	711	85%	141	85%	852	85%
Bloc de ciment/pierre	97	12%	17	10%	114	11%
Tôles (murs en tôles)	21	3%	3	2%	24	2%
Bâche	4	0%	2	1%	6	1%
Brique à terre cuite	2	0%	2	1%	4	0%
Total	835	100%	165	100%	1000	100%

c. Type de toiture

La quasi-totalité de ménages dans les 3 Zones de santé habitent des maisons couvertes des tôles comme on peut l'observer sur la figure suivante. Les détails par Zone de santé et selon le sexe du chef de ménage sont présentés dans les tableaux en *annexe 3.2 et annexe 3.3*.

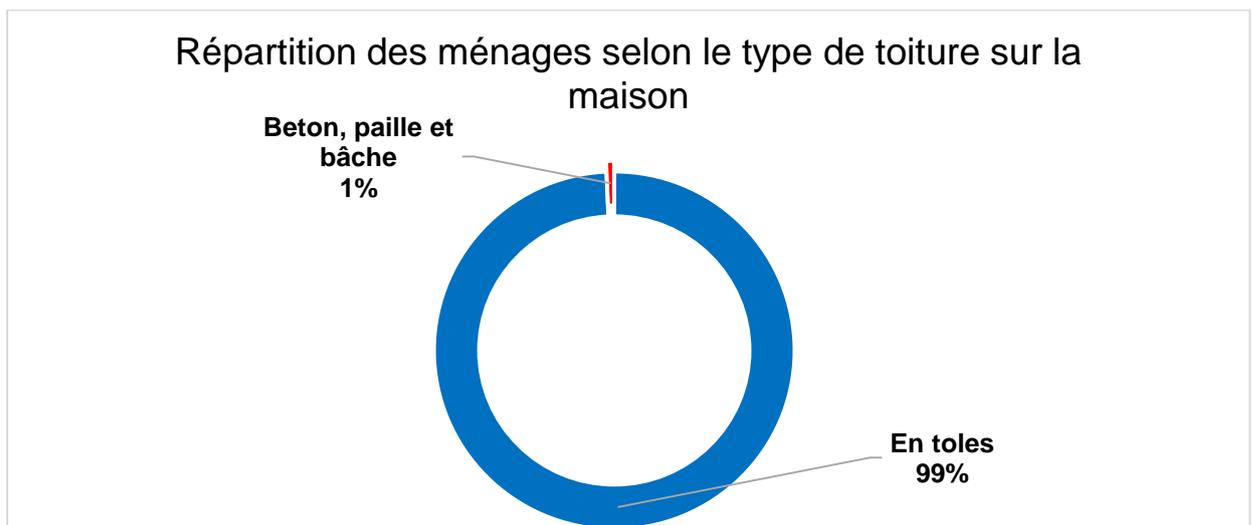


Figure 8. Répartition des ménages selon le type de toitures des maisons habitées

d. Type de pavement

Certains types de revêtement du sol peuvent faciliter la propagation de certains germes, responsables de maladies. Pour cette raison, des questions ont été posées sur le type de revêtement du sol des logements.

Les résultats montrent qu'un peu plus de 6 ménages sur 10 habitent des maisons dont les pavements sont en ciment ou en carreaux. Près de 7 ménages sur 10 de la ZS de Nyiragongo habitent des maisons dont le pavement est en terre battue contre seulement 2 sur 10 dans la ZS de Goma.¹⁷

¹⁷ La différence observée entre les Zones de Santé est très significative ($p < 0,00001$)

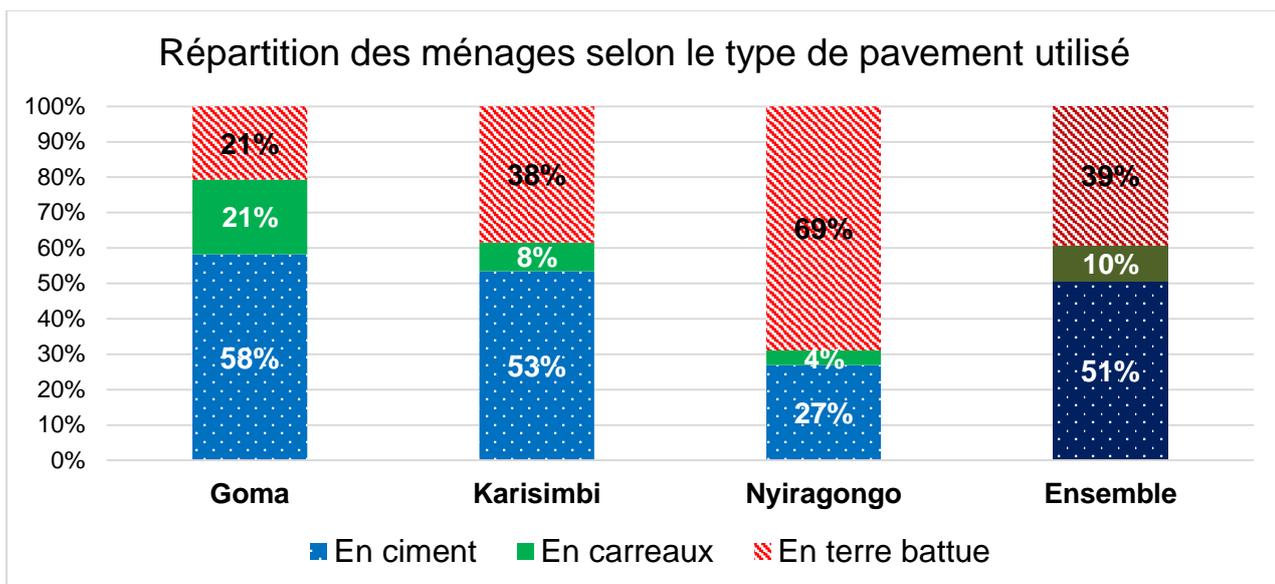


Figure 9. Répartition des ménages selon le type de pavé des maisons par Zone de santé

Comme on peut le voir sur la figure suivante, les types de pavements des maisons habitées ne diffèrent pas significativement selon qu'il s'agit des ménages dirigés par les hommes ou les femmes¹⁸.

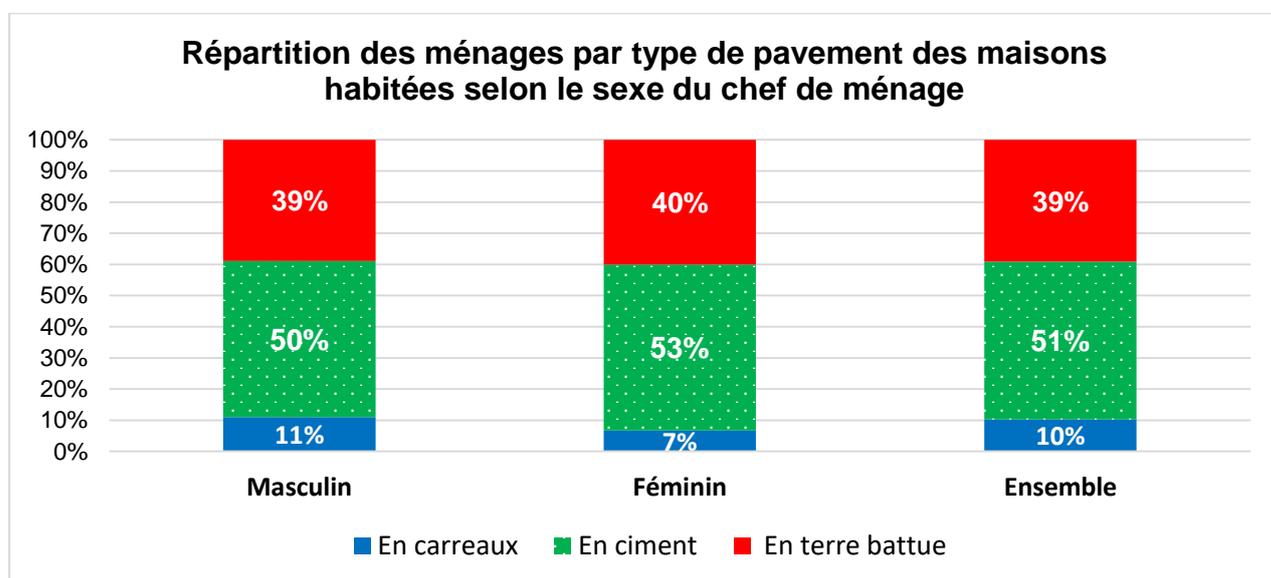


Figure 10. Répartition des ménages par type de pavé des maisons selon le sexe du Chef de ménage.

¹⁸ La différence constatée n'est pas significative ($p=0,24$)

e. Nombre de chambres à coucher

- **Nombre moyen de chambres à coucher par maison**

L'étude montre qu'en moyenne les ménages habitent des maisons à 3 chambres à coucher (avec un écart type de 1,4)¹⁹. Les ménages de la ZS de Goma occupent des maisons ayant en moyenne 4 chambres alors que ceux de deux autres ZS c'est 3.²⁰ Le nombre médian de chambres à coucher par ménage est 3.

On constate aussi que les maisons habitées par des ménages dont le chef est de sexe masculin ont en moyenne plus de chambres que celles habitées par les ménages dont le chef est de sexe féminin.²¹

Tableau 15 Nombre moyen et médian de chambre à coucher

	n	Nombre moyen de chambres à coucher	Ecart type	Nombre médian de chambres à coucher
Zone de santé				
Goma	213	3,6	1,5	3
Karisimbi	642	3,0	1,4	3
Nyiragongo	145	3,0	1,3	3
Total	1000	3,1	1,4	3
Sexe du Chef de ménage				
Masculin	835	3,2	1,4	3
Féminin	165	2,8	1,3	3
Total	1000	3,1	1,4	3

- **Nombre moyen de personnes par chambre**

Dans l'ensemble de ménages on observe une promiscuité par le fait que moins de la moitié (47%) de ménages ont entre 0 à 2 personnes par chambre à coucher. Les proportions des ménages où on trouve 3 ou plus de personnes par chambre sont respectivement de : ZS de Goma (48%), ZS de Karisimbi (53%) et ZS Nyiragongo (53%).²².

¹⁹ Etant donné que le coefficient de variation relative est supérieur à 30%, ce qui montre une forte dispersion, nous allons considérer la médiane.

²⁰ La différence observée entre les ZS pour les nombres moyens de chambres à coucher est significative (p<0,0001)

²¹ La différence est significative (p=0,004)

²² p=0,229

Tableau 16. Nombre de personnes par chambre à coucher selon les Zones de santé

Nombre de personnes par chambre à coucher	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0-2	109	51%	300	47%	64	44%	473	47%
3	71	33%	201	31%	45	31%	317	32%
4 et plus	33	15%	141	22%	36	25%	210	21%
Total	213	100%	642	100%	145	100%	1000	100%

Nous avons cherché à savoir si les ménages dirigés par les femmes et ceux dirigés par les hommes ont les mêmes nombres de personnes par chambre à coucher. Le tableau suivant montre que 55% des ménages dirigés par les hommes contre 41% pour les ménages dirigés par les femmes ont 3 et plus de personnes par chambre à coucher²³.

Tableau 17. Nombre de personnes par chambre à coucher selon le sexe du Chef de ménage

Nombre de personnes par chambre à coucher	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1-2	375	45%	98	59%	473	47%
3	278	33%	39	24%	317	32%
4 et plus	182	22%	28	17%	210	21%
Total	835	100%	165	100%	1000	100%

Dans l'ensemble de 3 ZS, le nombre moyen de personnes par chambre à coucher est 2,5 (ET=1). Il est légèrement plus important dans la ZS de Nyiragongo (2,6) et moins important dans la ZS de Goma (2,3).²⁴ Dans l'ensemble de Zones de santé, un ménage type a 2 personnes par chambre à coucher (valeur médiane).

Les ménages dirigés par les femmes ont en moyenne moins de personnes par chambre à coucher que ceux dirigés par les hommes.²⁵ Ceci confirme le résultat trouvé au tableau précédent.

²³ La différence est significative ($p=0,003$)

²⁴ $p=0,032$

²⁵ La différence est significative ($p=0,045$)

Tableau 18. Nombre moyen de personnes par chambre à coucher

	n	Nombre moyen de personnes par chambre	Ecart type	Nombre médian de personnes par chambre
Zone de santé				
Goma	213	2,3	1	2
Karisimbi	642	2,5	1	2
Nyiragongo	145	2,6	1	3
Sexe du chef de ménage				
Masculin	835	2,5	1	2
Féminin	165	2,3	1	2
Total	1000	2,5	1	2

Ainsi, même si dans la ZS de Goma on a enregistré un nombre moyen de personnes par ménage plus important, les ménages habitent des maisons qui ont en moyenne plus de chambres à coucher et donc respectent globalement la norme de 2 personnes par chambre à coucher par rapport aux deux autres Zones de santé.²⁶

La présente étude ne s'est pas intéressée à la dimension des chambres à coucher qui est un autre facteur pouvant exprimer le respect ou non de la norme de logement dans les ménages.

2.3.2 Qualité de l'eau utilisée

Le tableau suivant présente les résultats concernant la source d'approvisionnement en eau dans les 3 Zones de santé.

On constate que 67% de ménages ont accès à l'eau de robinet dans la parcelle ou en dehors de la parcelle. On observe aussi que 3 ménages sur 10 achètent des bidons d'eau chez des vendeurs (transporteurs par vélos et les tanks) et 2% puisent l'eau directement au lac. Dans la Zone de santé de Goma, les ménages s'approvisionnent principalement en eau provenant des robinets dans la parcelle (46%) ou en dehors de la parcelle ou borne fontaine (35%). Pour la ZS de Karisimbi les ménages s'approvisionnent principalement sur des bornes fontaines et dans la ZS de Nyiragongo c'est principalement l'achat des bidons chez les vendeurs.²⁷

²⁷ Les sources d'eau utilisées par les ménages diffèrent significativement entre les Zones de santé (p<0,0001)

Tableau 19 Source d'eau utilisée dans les ménages selon les Zones de santé

D'où provient l'eau que vous utilisez à domicile ?	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Eau de robinet en dehors de la parcelle	75	35%	335	52%	41	28%	451	45%
Achat de bidons chez des vendeurs	25	12%	188	29%	104	72%	317	32%
Eau de robinet dans la parcelle	99	46%	117	18%	0	0%	216	22%
Puisage au Lac	14	7%	2	0%	0	0%	16	2%
Total	213	100%	642	100%	145	100%	1000	100%

Le tableau suivant révèle que les principales sources d'approvisionnement en eau ne diffèrent pas entre les ménages dirigés par les femmes et les hommes.²⁸

Tableau 20 Source d'eau utilisée dans les ménages selon le sexe du chef de ménage

D'où provient l'eau que vous utilisez à domicile ?	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Eau de robinet dans la parcelle	177	21%	39	24%	216	22%
Eau de robinet en dehors de la parcelle	366	44%	85	52%	451	45%
Puisage au Lac	14	2%	2	1%	16	2%
Achat de bidons chez des vendeurs	278	33%	39	24%	317	32%
Total	835	100%	165	100%	1000	100%

2.3.3 type de latrine utilisée

L'élimination inadéquate des excréments humains est associée à un risque accru de contracter des maladies dont les maladies diarrhéiques et la poliomyélite. Les installations sanitaires considérées comme non adéquates sont les latrines à trou foré (plancher en planches ou en terre, sans maçonnerie). Les installations sanitaires adéquates sont les toilettes à chasse d'eau reliées à un système d'égouts, à une fosse septique ou à une fosse d'aisances.

a. Possession des latrines

Du graphique ci-dessous on peut constater que 3% de ménages n'ont pas de latrines. Les types de latrines disponibles sont présentés dans le [tableau n° 20](#) suivant.

²⁸ p=0,093

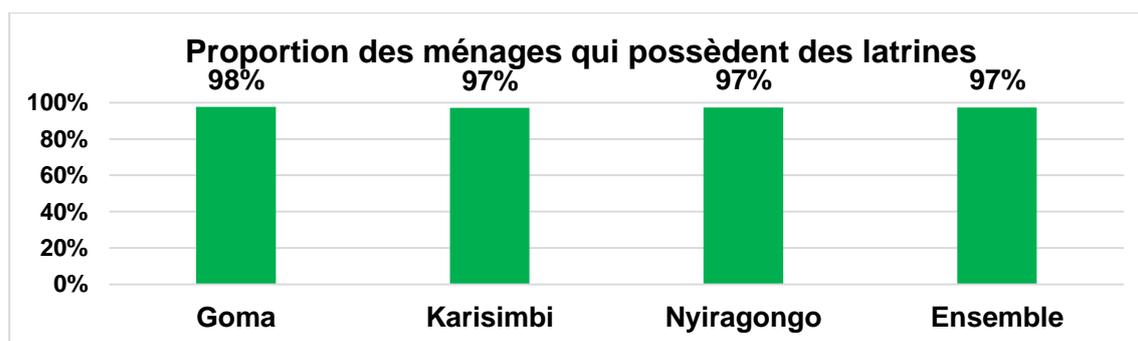


Figure 11. Proportion de ménages ayant accès à des latrines

b. Type de latrine

L'étude montre que 8 ménages sur 10 utilisent des latrines non adéquates, soit des latrines à trou foré ayant des planchers en planches ou en terres sans maçonnerie. A ce pourcentage important, on peut ajouter les 3% qui n'ont pas de latrines. Les types de latrines diffèrent selon les Zones de santé. On constate que 95% ménages sur 10 de Nyiragongo n'ont pas de latrines ou ont des latrines non adéquates contre 75% pour la ZS de Goma et 87% pour la ZS de Karisimbi.²⁹

Tableau 21 Répartition des ménages selon le type de latrines par Zone de santé

Type de latrines	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Latrines à trou foré (plancher en planches ou en terre, sans maçonnerie)	142	67%	541	84%	133	92%	816	82%
Fosse arabe (trou, avec maçonnerie et pose pieds, avec parfois chasse eau)	31	15%	54	8%	8	6%	93	9%
Fosse septique (Cuve avec chasse eau)	29	14%	28	4%	0	0%	57	6%
Latrines VIP (fosse arabe avec antenne d'aération)	6	3%	1	0%	0	0%	7	1%
Pas de latrines	5	2%	18	3%	4	3%	27	3%
Total	213	100%	642	100%	145	100%	1000	100%

L'étude montre que la proportion de ménages qui utilisent des latrines non améliorées ou qui n'ont pas de latrines ne diffère pas entre les ménages dirigés par les hommes et ceux dirigés par les femmes.³⁰

²⁹ En regroupant les ménages qui n'ont pas des latrines à ceux qui ont des latrines inadéquats versus les autres, on constate que la qualité des latrines diffère significativement d'une ZS à l'autre ($p < 0,0001$)

³⁰ $p = 0,83$

Tableau 22 Répartition des ménages selon le type de latrines par sexe du chef de ménage

Type de latrines	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Latrines à trou foré (plancher en planches ou en terre, sans maçonnerie)	684	82%	132	80%	816	82%
Fosse arabe (trou, avec maçonnerie et pose pieds, avec parfois chasse eau)	79	9%	14	8%	93	9%
Fosse septique (Cuve avec chasse eau)	47	6%	10	6%	57	6%
Latrines VIP (fosse arabe avec antenne d'aération)	6	1%	1	1%	7	1%
Pas de latrines	19	2%	8	5%	27	3%
Total	835	100%	165	100%	1000	100%

2.3.4 Source principale de revenu

Dans l'ensemble, près de ¼ de ménages (24%) ont comme principale source de revenu le commerce dominé par le « petit commerce ». Un peu moins de 4 ménages sur 10 (soit 37%) ont comme source principale de revenu le salaire ou prime du secteur public ou privé. Les revenus provenant de la débrouillardise (16%)³¹ et du petit métier (14%) ne sont pas négligeables dans les 3 Zones de santé. Dans les ZS de Goma et Karisimbi, les deux principales sources de revenu sont le commerce et le salaire ou prime du secteur public. Par contre pour la ZS de Nyiragongo ce sont les petits métiers et les salaires des secteurs privés.³²

Tableau 23 Répartition des ménages selon les principales sources de revenu par Zone de santé

Quelle est la source la plus importante de revenu pour votre ménage ?	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Commerce	55	26%	157	24%	24	17%	236	24%
Salaire et/ou prime du secteur public	54	25%	129	20%	15	10%	198	20%
Salaire et /ou prime du secteur privé	29	14%	115	18%	27	19%	171	17%
Débrouillardise	28	13%	108	17%	20	14%	156	16%
Métier	21	10%	70	11%	44	30%	135	14%
Aide/cadeau	10	5%	18	3%	6	4%	34	3%
Activités d'agriculture	8	4%	15	2%	8	6%	31	3%
Frais de loyer des locataires de maison ou de terres	7	3%	21	3%	1	1%	29	3%
Autres à préciser	1	0%	9	1%	0	0%	10	1%
Total	213	100%	642	100%	145	100%	1000	100%

³¹ La débrouillardise est considérée comme **une activité non permanente et non structurée**

³² Les principales sources de revenu diffèrent significativement entre les Zones de santé (p<0,0001)

Les autres sources de revenu sont : l'aide d'un membre de la famille ou revenu issu d'un travail informel.

On observe que les 3 principales sources de revenu diffèrent significativement selon que le ménage est dirigé par une femme ou un homme³³.

- Pour les ménages dirigés par les hommes sont : la salaire ou prime du secteur public (22%), le commerce (21%) et le salaire ou prime du secteur privé (19%).
- Pour les ménages dirigés par les femmes, les 3 principales sources de revenu sont : le Commerce (37%), la Débrouillardise (22%) et l'aide/cadeau (9%).

Tableau 24 Répartition des ménages selon les principales sources de revenu par sexe du Chef de ménage

Quelle est la source la plus importante de revenu pour votre ménage ?	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Commerce	175	21%	61	37%	236	24%
Salaire et/ou prime du secteur public	186	22%	12	7%	198	20%
Salaire et /ou prime du secteur privé	159	19%	12	7%	171	17%
Débrouillardise (activité Non permanente/Non structurée)	120	14%	36	22%	156	16%
Métier	130	16%	5	3%	135	14%
Aide/cadeau	19	2%	15	9%	34	3%
Activités d'agriculture	24	3%	7	4%	31	3%
Frais de loyer des locataires de maison ou de terres	18	2%	11	7%	29	3%
Autres à préciser	4	0%	6	4%	10	1%
Total	835	100%	165	100%	1000	100%

2.3.5 Possession des biens et type de combustibles utilisés dans les ménages

Pour évaluer le niveau socio-économique des ménages, nous avons cherché à savoir, au cours de l'enquête, si les ménages possédaient certains biens considérés comme des indicateurs de bien-être socio-économique. De plus, nous avons voulu savoir quels sont les types de combustibles utilisés pour cuisiner dans les ménages. Les résultats du tableau suivant ont été obtenus.

De ce tableau, il ressort que les biens les plus fréquemment possédés dans l'ensemble de 3 Zones des Santé sont : les chaises, les lits, les lampes, les postes radio. Un peu plus de la moitié de ménages possèdent de l'électricité (la proportion des ménages qui possèdent de l'électricité est plus élevée dans la Zone de santé de Goma et faible dans la Zone concernée par l'étude en territoire de Nyiragongo. Moins de la moitié (46%) de ménages possèdent une télévision. Les biens comme le téléphone fixe, les fours, les groupes électrogènes les réfrigérateurs, les réchauds et les machines à coudre sont rares dans les ménages.

Le combustible utilisé pour cuisiner par la quasi-totalité des ménages (96%) dans la ville de Goma est « *le charbon de bois* ». Le bois est utilisé pour cuisiner par 2 ménages sur

³³ p<0,0001

10. Il s'agit des combustibles solides qui ont un effet négatif sur la qualité de l'air dans le logement.

On constate que seulement 4% utilisent l'électricité pour cuisiner. Les combustibles comme le Gaz naturel et le Kérosène sont utilisés par un nombre insignifiant de ménages. Les gaz propane liquéfié, le biogaz et le charbon lignite ne sont pas utilisés. Il en est de même des résidus agricoles et la bouse qui, comme on pouvait s'y attendre ne sont pas utilisés en milieu urbain.

Tableau 25 Pourcentage de ménages possédant certains biens et ceux utilisant certains types de combustibles par Zone de santé

Possession	Goma (n=213)	Karisimbi (n=642)	Nyiragongo (n=145)	Ensemble (n=1000)
Biens durables possédés par le ménage				
Un (des) chaise(s)	97%	98%	97%	97%
Un (des) lit(s)	96%	95%	97%	96%
Une (des) lampe(s)	73%	86%	84%	83%
Un Poste radio	73%	66%	51%	65%
L'Electricité	70%	52%	39%	54%
Une télévision	66%	44%	22%	46%
Une (des) houe(s)	41%	27%	37%	32%
Une machine à coudre	9%	10%	9%	10%
Un réchaud/cuisinière à gaz /électrique	21%	7%	2%	9%
Un réfrigérateur/Congélateur	20%	5%	0%	7%
Groupe électrogène/Générateur	12%	3%	3%	5%
Un four	2%	2%	2%	2%
Un téléphone fixe	2%	0%	1%	1%
Combustible utilisé pour cuisiner				
Charbon de bois	95%	98%	90%	96%
Bois	17%	19%	41%	22%
Electricité	10%	3%	0%	4%
Paille/branchages/ herbes	0%	0%	3%	1%

Les résultats de l'étude montrent que les ménages dirigés par les femmes possèdent moins de biens que ceux dirigés par les hommes.

En comparaison avec les ménages dirigés par les femmes, on constate une proportion un peu plus importante des ménages dirigés par les hommes qui possèdent des chaises, des lits, des postes radio, l'électricité, les télévisions, les machines à coudre, les réchauds, les groupes électrogènes et les fours. Les ménages dirigés par les femmes possèdent plus les lampes et les houes.

Tableau 26 Pourcentage de ménages possédant certains biens et ceux utilisant certains types de combustibles selon le sexe du chef de ménage.

Possession	Masculin (n=835)	Femme (n=165)	Ensemble (n=1000)
Biens durables possédés par le ménage			
Un (des) chaise(s)	98%	96%	97%
Un (des) lit(s)	97%	92%	96%
Une (des) lampe(s)	82%	87%	83%
Un Poste radio	70%	40%	65%
L'Electricité	57%	41%	54%
Une télévision	48%	34%	46%
Une (des) houe(s)	30%	38%	32%
Une machine à coudre	11%	4%	10%
Un réchaud/cuisinière à gaz /électrique	10%	7%	9%
Un réfrigérateur/Congélateur	7%	5%	7%
Groupe électrogène/Générateur	5%	3%	5%
Un four	2%	1%	2%
Un téléphone fixe	1%	1%	1%
Combustible utilisé dans le ménage			
Charbon de bois	97%	94%	96%
Bois	22%	24%	22%
Electricité	4%	4%	4%
Paille/branchages/ herbes	1%	1%	1%
Gaz naturel	0%	1%	0%
Kérosène	0%	0%	0%

2.3.6 Détermination des quintiles de bien-être

Voici les étapes suivies pour déterminer les quintiles de bien-être :

- Nous avons d'abord déterminé une liste de 13 biens qui pourraient constituer des indicateurs de bien-être.
- A l'issue d'une analyse en composantes principale, nous avons déterminé les pondérations présentées à l'annexe 3.4.
- Nous avons pondéré également les caractéristiques de logement (type de mur, de toitures et de pavement), l'accès à l'eau potable et la qualité des latrines utilisées par le ménage. Ces pondérations sont aussi présentées dans le tableau en annexe 3.4.
- Nous avons ensuite déterminé le score de possession des biens pour chaque ménage en additionnant les pondérations des produits disponibles dans le ménage et les autres indicateurs de bien-être.
- Le score de chaque ménage est affecté aux individus qui le composent
- Après le tri des scores, nous avons déterminé 5 catégories d'effectifs égaux à 200 ménages chacune qui constituent les 5 quintiles de bien-être.

Le tableau suivant montre que les ménages de la ZS de Goma ont un niveau de bien-être plus élevé (64% sont dans le 2 derniers quintiles) à l'opposé de ceux de la Zone de

Santé de Nyiragongo qui ont moins de bien (62% sont dans le 2 premiers quintiles)³⁴. Ceux de la ZS de Karisimbi se situent au milieu de deux extrêmes (42% sont entre le deuxième et quatrième quintile de bien-être).

³⁴ La différence de proportion des ménages selon les quintiles est significative entre les 3 Zones de santé (p<0,0001)

Tableau 27 Quintiles de possession des biens par Zone de santé

Quintile de bien-être	Score de possession des biens	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1	1-7	24	11%	128	20%	48	33%	200	20%
2	7,5-10	25	12%	133	21%	42	29%	200	20%
3	10,5-16	29	14%	137	21%	34	23%	200	20%
4	16,5-20	44	21%	142	22%	14	10%	200	20%
5	20,5-34	91	43%	102	16%	7	5%	200	20%
Total		213	100%	642	100%	145	100%	1000	100%

On constate que les ménages dirigés par les femmes sont plus pauvres que ceux dirigés par les hommes. En effet, plus de la moitié des ménages dirigés par les femmes (52%) sont situés dans les deux premiers quintiles de bien-être contre seulement 37% pour ceux dirigés par les hommes.

Tableau 28 Quintiles de possession des biens selon le sexe du chef de ménage

Quintile de bien-être	Score de possession des biens	Masculin		Féminin		Ensemble	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1	1-7	135	16%	65	39%	200	20%
2	7,5-10	178	21%	22	13%	200	20%
3	10,5-16	170	20%	30	18%	200	20%
4	16,5-20	177	21%	23	14%	200	20%
5	20,5-34	175	21%	25	15%	200	20%
Total		835	100%	165	100%	1000	100%

2.4. MORTALITE DANS LES MENAGES

2.4.1 Estimation du taux brut annuel de mortalité générale

Dans l'ensemble de 1000 ménages visités, nous avons retrouvé 6991 personnes et il a été déclaré 64 décès au cours de 12 derniers mois, soit un taux brut annuel de mortalité générale³⁵ estimé à **9 pour 1000 habitants**.

Comme on peut l'observer dans le tableau suivant, le taux de mortalité est plus élevé dans la Zone de santé de Nyiragongo (11,09 ‰) et moins élevé dans les Zones de santé de Goma (6,28 ‰) et Karisimbi (9,76 ‰).

On constate aussi une surmortalité dans les ménages dirigés par les femmes (21,78 ‰) et dans les ménages du premier quintile du bien-être (21,03 ‰).

Tableau 29 Estimation du taux de mortalité dans les ménages visités

Caractéristique	Nombre de ménages	Nombre total de personnes	Nombre total de décès	Taux de mortalité pour 1000 habitants
Zone de santé				
Goma	213	1592	10	6,28
Karisimbi	642	4407	43	9,76
Nyiragongo	145	992	11	11,09
Sexe du Chef de ménage				
Masculin	835	6027	43	7,13
Féminin	165	964	21	21,78
Quintile du bien -être				
1	200	1284	27	21,03
2	200	1327	13	9,80
3	200	1405	6	4,27
4	200	1441	6	4,16
5	200	1534	12	7,82
Total	1000	6991	64	9,15

Les résultats du tableau précédent confirment le fait que le taux de mortalité est en corrélation négative avec le niveau socioéconomique des ménages. Ainsi, plus faible est le niveau socioéconomique, plus élevé est le taux de mortalité.

2.4.2 Principales causes de décès

A la question de savoir quel est la cause du dernier décès enregistré dans le ménage, nous avons regroupé les réponses dans le tableau suivant. On constate que d'après les déclarations des habitants interrogés, les 5 principales causes de décès sont :

1. L'empoisonnement (communément appelé Karuho) ou sorcellerie,
2. Le paludisme
3. Les Maladies cardiovasculaires, y compris l'hypertension artérielle, l'AVC

³⁵ Nous avons utilisé une expression simple : Il s'agit du nombre de décès d'un certain groupe divisé par le nombre de personnes vivantes dans ce groupe

4. Les traumatismes ou accidents
5. Les diarrhées et troubles digestifs

Tableau 30 Cause de décès dans les ménages par Zone de santé et par sexe du Chef de ménage

Cause du dernier décès enregistré	Zone de santé			Sexe du Chef de ménage		
	Goma	Karisimbi	Nyiragongo	Masculin	Féminin	Ensemble
Karuho/Sorcellerie	2	13	3	11	7	18
Syndrome palustre	0	7	3	10	0	10
Maladie cardio vasculaire, y compris l'hypertension artérielle, l'AVC	1	6	1	5	3	8
Traumatisme/accident	1	4	1	5	1	6
Diarrhée/ troubles digestifs	0	3	2	2	3	5
Diabète sucré, y compris ses complications	1	3	0	1	3	4
Maladie pulmonaire autre que la tuberculose	0	3	0	1	2	3
Etat de grossesse/ accouchement (jusque 42 jours)	0	1	1	2	0	2
Assassinat	1	1	0	2	0	2
Maladie chronique	1	0	0	0	1	1
Pancréas	0	1	0	1	0	1
Vieillesse	1	0	0	1	0	1
Ne connaît pas	2	1	0	2	1	3
Total	10	43	11	43	21	64

2.5. UTILISATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTE CURATIFS

L'étude s'est intéressée à savoir quels sont les membres du ménage qui ont connu des cas de maladie au cours de 12 derniers mois, le nombre d'épisodes maladie enregistrés dans le ménage au cours de 12 derniers mois et le nombre d'épisodes maladie enregistrés au cours de 3 derniers mois.

2.5.1 Membres du ménage ayant connu au moins un cas de maladie au cours de la dernière année.

L'enquête a permis de savoir si chaque membre du ménage a été ou non au moins une fois malade au cours de 12 mois qui précèdent l'enquête. Les résultats du tableau suivant montrent que sur les 6991 personnes retrouvées dans les 1000 ménages enquêtés, 4484 ont été malade au moins une fois au cours de 12 derniers mois (soit 64%).

Ce sont les enfants de moins de 5 ans (74% de cas) et les vieillards de 65 ans et plus qui ont connu plus de cas de maladie (plus de 80% de cas). Cela confirme que ce sont les classes d'âge les plus vulnérables.

Concernant particulièrement les enfants de moins de 5 ans qui représentent 14% dans l'ensemble de la population, ils ont connu plus de cas de maladie étant donné qu'ils représentent 16% parmi les personnes qui ont connu au moins un cas de maladie au cours de 12 derniers mois.

Tableau 31 Pourcentage de membres du ménage qui ont connu au moins un état de maladie

Groupe d'âge	Ensemble personnes	% de l'ensemble	Ont été malade au cours de 12 derniers mois	% de l'ensemble de ceux qui ont eu la maladie au cours de 12 derniers mois	Pourcentage de ceux qui ont été malades au cours de 12 derniers mois
0-4	984	14%	728	16%	74%
5-9	1084	16%	708	16%	65%
10-14	1064	15%	606	14%	57%
15-19	978	14%	563	13%	58%
20-24	694	10%	414	9%	60%
25-29	517	7%	317	7%	61%
30-34	358	5%	225	5%	63%
35-39	314	4%	201	4%	64%
40-44	236	3%	158	4%	67%
45-49	222	3%	146	3%	66%
50-54	164	2%	122	3%	74%
55-59	112	2%	77	2%	69%
60-64	87	1%	65	1%	75%
65-69	66	1%	54	1%	82%
70-74	45	1%	40	1%	89%
75-79	20	0%	20	0%	100%
80+	46	1%	40	1%	87%
Total	6991	100%	4484	100%	64%

2.5.2 Episodes maladies

a. Nombre total d'épisodes au cours de 12 derniers mois et au cours de 3 derniers mois

Le tableau 32 suivant montre que 988 ménages sur les 1000 visités ont enregistré au moins un épisode maladie au cours de 12 derniers mois. Ces ménages ont enregistré un total de 6704 épisodes maladies.

Sur 2053 épisodes maladies enregistrés au cours de 3 derniers mois dans 916 ménages enquêtés, **916 épisodes ont fait l'objet de l'analyse détaillée.**

De 916 épisodes analysés parmi ceux enregistrés pendant les 3 derniers mois, 62(soit **7%**) **n'ont pas reçu un traitement.**

Tableau 32 Nombre d'épisodes enregistrés par an et pendant les trois derniers mois

	Effectifs de ménages	%	Nombre d'épisodes	%
Ménages visités	1000			
Nombre de ménages ayant enregistré au moins un épisode maladie au cours de 12 derniers mois	988	99%		
Nombre de ménages n'ayant enregistré aucun épisode maladie au cours de 12 derniers mois	12	1%		
Nombre total d'épisodes enregistrés dans les 988 ménages au cours de 12 derniers mois			6704	
Nombre de ménages ayant enregistré au moins un épisode maladie au cours de 3 derniers mois	916	92%		
Nombre de ménages n'ayant enregistré aucun épisode maladie au cours de 3 derniers mois	84	8%		
Nombre total d'épisodes enregistrés dans les 916 ménages au cours de 3 derniers mois			2053	
Nombre total d'épisode maladie ayant fait l'objet d'une analyse détaillée			916	45%
Nombre d'épisode qui n'ont reçu aucun traitement			62	7%

b. Nombre moyen d'épisodes maladies par personne par an

A partir du nombre d'épisodes maladies déclarés par le ménage pour une période de 12 mois, nous avons calculé le nombre moyen et médian d'épisodes maladie par ménage et par an ainsi que le nombre moyen d'épisodes par personnes par an.

Ainsi le nombre moyen d'épisodes maladie par ménage par an est de 6,7 (ET=4,7). Les nombres moyens d'épisodes maladies par ménage et par an ne diffèrent pas entre les ZS.³⁶, ni entre les ménages dirigés par les hommes et les femmes.³⁷ Compte tenu de la forte dispersion, nous préférons considérer la médiane. Le nombre médian d'épisodes maladie par ménage est 6.

Le nombre moyen d'épisodes maladie par personne par an est 1. Il correspond à ce que l'OMS préconise à savoir, une consultation par personne par an.

³⁶ p= 0,869

³⁷ p=0,139

Tableau 33 Nombre moyen d'épisodes maladie enregistrés par le ménage par an

	n	Nombre de personnes dans les ménages	Nombre d'épisodes par an	Nombre moyen d'épisode par ménage par an	ET	Nombre médian d'épisodes par ménage par an	Nombre moyen d'épisode par personne par an
Zone de santé							
Goma	213	1592	1404	6,6	5,5	5	0,9
Karisimbi	642	4407	4306	6,7	4,5	6	1,0
Nyiragongo	145	992	994	6,9	3,7	6	1,0
Total	1000	6991	6704	6,7	4,6	6	1,0
Sexe du chef de ménage							
Masculin	835	6027	5678	6,8	4,7	6	0,9
Féminin	165	964	1026	6,2	4,2	6	1,1
Quintile du bien-être							
1	200	1284	1493	7,5	5,6	6	1,2
2	200	1327	1291	6,5	4,4	6	1,0
3	200	1405	1251	6,3	4,0	6	0,9
4	200	1441	1379	6,9	4,3	6	1,0
5	200	1534	1290	6,5	4,5	6	0,8
Ensemble	1000	6991	6704	6,7	4,6	6	1,0

c. Fréquence de cas de maladie au cours de 3 derniers mois

Dans l'ensemble on constate que 8,4% de ménages n'ont enregistré aucun épisode maladie au cours de 3 mois qui précèdent l'enquête. Les pourcentages cumulés montre que 9 ménages sur 10 ont connu au moins un épisode maladie au cours de 3 derniers mois (91,6%) et un peu plus de la moitié (52,7%) ont connu au moins deux épisodes maladies au cours de 3 mois qui précèdent l'enquête.

Tableau 34 Fréquence des épisodes maladies enregistrées par les ménages au cours de 3 derniers mois.

Nombre d'épisode au cours de 3 derniers mois	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
0	84	8,4	100,0
1	389	38,9	91,6
2	252	25,2	52,7
3	143	14,3	27,5
4	62	6,2	13,2
5	28	2,8	7,0
6	11	1,1	4,2
7	12	1,2	3,1
8	8	0,8	1,9
9	2	0,2	1,1
10	3	0,3	0,9

Nombre d'épisode au cours de 3 derniers mois	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
11	1	0,1	0,6
12	2	0,2	0,5
14	2	0,2	0,3
18	1	0,1	0,1
Total	1000	100	

d. Maladies fréquentes dans les ménages

L'étude montre que dans les 3 Zones de santé, le paludisme reste la pathologie la plus fréquente (près de 4 cas sur 10). On ne peut pas négliger la diarrhée et les troubles digestifs (15%) ainsi que les infections des voies respiratoires aiguës supérieures et inférieures (18%). La répartition des pathologies fréquentes est sensiblement similaire entre les 3 Zones de santé mais on peut remarquer que 20% de cas enregistrés dans la ZS de Nyiragongo sont des cas de diarrhée. Les proportions des cas de diarrhée et troubles digestifs sont légèrement faibles dans les Zones de Santé de Goma (15%) et Karisimbi (14%).

Tableau 35 Les principales pathologies enregistrées dans les ménages par Zone de santé

Pour le dernier épisode maladie, de quoi la personne a-t-elle souffert ?	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Syndrome palustre	75	39%	225	38%	48	36%	348	38%
Diarrhée/ troubles digestifs	28	15%	82	14%	27	20%	137	15%
Infection des Voies respiratoires Aigües supérieures	14	7%	73	12%	15	11%	102	11%
Infection des Voies respiratoires inférieures	9	5%	43	7%	8	6%	60	7%
Maux de tête	11	6%	24	4%	12	9%	47	5%
Maladie cardio vasculaire, y compris l'hypertension artérielle, AVC	13	7%	23	4%	3	2%	39	4%
Karuho/Poison/ Sorcellerie	6	3%	16	3%	1	1%	23	3%
Maladie chronique autre que rhumatismale	7	4%	12	2%	2	2%	21	2%
Diabète sucré, y compris ses complications	6	3%	12	2%	1	1%	19	2%
Etat de grossesse/ accouchement (jusqu'à 42 jours)	4	2%	10	2%	5	4%	19	2%
Traumatisme/accident	5	3%	12	2%	2	2%	19	2%
Maladie rhumatismale	3	2%	14	2%	1	1%	18	2%
Candidose digestive	0	0%	5	1%	2	2%	7	1%
Hernie	4	2%	3	1%	0	0%	7	1%
Choléra	0	0%	3	1%	3	2%	6	1%
Gastrite	2	1%	3	1%	1	1%	6	1%
Maux d'yeux	0	0%	5	1%	0	0%	5	1%
Maladie nutritionnelle	0	0%	2	0%	2	2%	4	0%
Anémie	0	0%	3	1%	0	0%	3	0%

Pour le dernier épisode maladie, de quoi la personne a-t-elle souffert ?	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Appendicite	0	0%	3	1%	0	0%	3	0%
Varicelle	0	0%	3	1%	0	0%	3	0%
Autres maladies	6	3%	14	2%	0	0%	20	2%
Total	193	100%	590	100%	133	100%	916	100%

On constate un peu plus de cas de diarrhée et troubles digestives dans les aires de santé concernées par l'étude dans la ZS de Nyiragongo. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'il ont difficilement accès à l'eau potable et aux latrines adéquates. En effet, dans cette ZS, 72% de ménages s'approvisionnent par achat des bidons chez les vendeurs, et 92 % de latrines ne sont pas adéquates (latrines à trous forés).

Les autres maladies citées sont : Tuberculose, fièvre typhoïde, maladie de la peau, maux de dents, douleur des seins, épilepsie, hémorroïde, Infection vaginale grave, méningite, panaris, paralysie, prostate, rougeole, trouble mental, maladies inconnues.

Comme l'illustre le tableau suivant, les maladies fréquentes sont sensiblement les mêmes dans les ménages dirigés par les hommes et par les femmes. Cependant, lorsqu'on considère les cinq maladies les plus fréquentes, on constate qu'au delà du syndrome palustre, des diarrhées/troubles digestifs, des infections respiratoires aiguës supérieures et inférieures et maux de tête on peut ajouter pour les ménages dirigés par les femmes les maladies cardio vasculaires et les maladies rhumatismales.

Tableau 36 Les principales pathologies enregistrées dans les ménages selon le sexe du Chef de ménage

Pour le dernier épisode maladie, de quoi la personne a-t-elle souffert ?	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Syndrome palustre	295	38%	53	36%	348	38%
Diarrhée/ troubles digestifs	122	16%	15	10%	137	15%
Infection des Voies respiratoires Aigües supérieures	85	11%	17	11%	102	11%
Infection des Voies respiratoires inférieures	48	6%	12	8%	60	7%
Maux de tête	43	6%	4	3%	47	5%
Maladie cardio vasculaire, y compris l'hypertension artérielle, AVC	27	4%	12	8%	39	4%
Karuho/Sorcellerie	22	3%	1	1%	23	3%
Maladie chronique autre que rhumatismale	13	2%	8	5%	21	2%
Diabète sucré, y compris ses complications	16	2%	3	2%	19	2%
Etat de grossesse/accouchement (jusque 42 jours)	19	2%	0	0%	19	2%
Traumatisme/accident	16	2%	3	2%	19	2%
Maladie rhumatismale	6	1%	12	8%	18	2%
Candidose digestive	6	1%	1	1%	7	1%
Hernie	5	1%	2	1%	7	1%
Choléra	6	1%	0	0%	6	1%
Gastrite	4	1%	2	1%	6	1%

Pour le dernier épisode maladie, de quoi la personne a-t-elle souffert ?	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Maux d'yeux	4	1%	1	1%	5	1%
Maladie nutritionnelle	3	0%	1	1%	4	0%
Anémie	3	0%	0	0%	3	0%
Appendicite	2	0%	1	1%	3	0%
Varicelle	3	0%	0	0%	3	0%
Autres maladies	20	3%	0	0%	20	2%
Total	768	100%	148	100%	916	100%

2.5.3 Structures fréquentées en cas de maladie

Nous avons cherché à savoir « Quelle est l'itinéraire thérapeutique suivi par les patients dans la ville de Goma ». Dans ce paragraphe nous présentons les structures sanitaires fréquentées en première, deuxième et troisième intention. Les raisons du choix et l'explication relative à la satisfaction ou insatisfaction.

a. Premier recours

• Structures visitées en première intention

L'étude montre qu'en cas de maladie, **plus de la moitié (51%) de patients vont acheter des médicaments à la pharmacie sans prescription** (automédication). Il y a seulement 7% qui vont consulter et chercher les soins dans le Centre de santé de l'aire de santé. La pratique d'automédication est légèrement plus poussée dans les Zones de santé de Nyiragongo (54%) et Karisimbi (53%) que dans la ZS de Goma (41%). On constate également qu'un ménage sur 10 va consulter et chercher des soins dans une structure de santé avec médecin hors de son aire de santé (10%) et près de 1 sur 10 (soit 9%) va consulter et chercher les soins dans un hôpital.

Tableau 37 Les structures de santé visitées par la patientèle en première intention par zone de santé

Pour le dernier épisode maladie, quel a été le premier recours aux soins ?	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Aucun soin	8	4%	41	7%	13	10%	62	7%
Achat des médicaments à la pharmacie sans prescription	80	41%	312	53%	72	54%	464	51%
Consultation et soins dans le centre de santé de l'aire de santé	14	7%	34	6%	15	11%	63	7%
Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin de l'aire de santé	26	13%	31	5%	2	2%	59	6%
Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin de l'aire de santé	12	6%	31	5%	7	5%	50	5%

Pour le dernier épisode maladie, quel a été le premier recours aux soins ?	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin hors de l'aire de santé	20	10%	63	11%	9	7%	92	10%
Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin hors de l'aire de santé	2	1%	7	1%	2	2%	11	1%
Consultation et soins dans un hôpital	26	13%	53	9%	8	6%	87	9%
Soins chez un Guérisseur /pharmacopée traditionnelle	4	2%	16	3%	5	4%	25	3%
Recours à une Eglise/prière	0	0%	2	0%	0	0%	2	0%
Autre à préciser	1	1%	0	0%	0	0%	1	0%
Total	193	100%	590	100%	133	100%	916	100%

Comment on le constate, l'automédication est un phénomène très fréquent dans les ménages de la ville de Goma.

Cette pratique devait susciter l'inquiétude des professionnels de la santé pour plusieurs raisons. Par exemple, certains symptômes qui paraissent similaires peuvent être associés à des problèmes de santé très différents, et il peut arriver que les patients prennent des décisions malheureuses, contre indiquées pour leur état de santé réel. (MABELA Ddm, 2010)

Les risques de l'automédication sont nombreux : risque d'effets indésirables, risques d'erreurs de consommation (surconsommation ou sous consommation), risque d'interaction (entre médicaments, entre aliments et médicaments, entre médicament et alcool, entre médicament et tabac, le médicament peut modifier certains test de laboratoire), risque d'apparition des maladies iatrogènes (en effet, le médicament peut modifier les symptômes de la maladie initiale et finir par la masquer complètement)

Les résultats du tableau suivant comparent le premier recours pour les ménages dirigés par les hommes et ceux dirigés par les femmes. La proportion de patients qui ne cherchent aucun soin est plus élevée dans les ménages dirigés par les femmes (11% versus 6% pour ceux dirigés par les hommes).

La pratique de l'automédication est plus importante chez les patients des ménages dirigés par les hommes (52%) contre 45% pour ceux dirigés par les femmes). Pour les autres formes de recours, les différences ne sont pas très fortes.

Tableau 38 Les structures de santé visitées par la patientèle en première intention par sexe du chef de ménage

Pour le dernier épisode maladie, quel a été le premier recours aux soins ?	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Aucun soin	46	6%	16	11%	62	7%
Achat des médicaments à la pharmacie sans prescription	398	52%	66	45%	464	51%
Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin hors de l'aire de santé	73	10%	19	13%	92	10%
Consultation et soins dans un hôpital	73	10%	14	9%	87	9%
Consultation et soins dans le centre de santé de l'aire de santé	53	7%	10	7%	63	7%
Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin de l'aire de santé	52	7%	7	5%	59	6%
Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin de l'aire de santé	44	6%	6	4%	50	5%
Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin hors de l'aire de santé	8	1%	3	2%	11	1%
Soins chez un Guérisseur /pharmacopée traditionnelle	20	3%	5	3%	25	3%
Recours à une Eglise/prière	0	0%	2	1%	2	0%
Autre à préciser	1	0%	0	0%	1	0%
Total	768	100%	148	100%	916	100%

Pour quelle maladie achète-t-on des médicaments à la pharmacie sans prescription ?

Les trois principales maladies pour lesquelles la patientèle achète des médicaments dans la pharmacie sans prescription sont : le paludisme, les diarrhées/troubles digestifs et les infections des voies respiratoires aiguës supérieures.

Tableau 39 Maladies pour lesquelles les patients achètent des médicaments à la pharmacie sans prescription

Maladie	Achat des médicaments à la pharmacie sans prescription	
	Effectif	%
Syndrome palustre	181	39%
Diarrhée/ troubles digestifs	86	19%
Infection des Voies respiratoires Aigües supérieures	66	14%
Infection des Voies respiratoires inférieures	42	9%
Maladie cardio vasculaire, y compris l'hypertension artérielle, AVC	11	2%
Etat de grossesse/ accouchement (jusque 42 jours)	7	2%
Maladie rhumatismale	6	1%

Maladie	Achat des médicaments à la pharmacie sans prescription	
	Effectif	%
Karuho/Sorcellerie	4	1%
Diabète sucré, y compris ses complications	4	1%
Maladie chronique autre que rhumatismale	2	0%
Traumatisme/accident	2	0%
Maladie nutritionnelle	1	0%
Tuberculose	1	0%
Ne connaît pas	1	0%
Autres maladies	50	11%
Total	464	100%

- **Pourquoi certains ménages ne cherchent-ils pas les soins ?**

Sur les 62 épisodes maladies pour lesquels les patients n'ont pas cherché les soins (soit 7% de l'ensemble de cas analysés en détail), deux principales raisons sont présentées par les patients : Il s'agit du manque d'argent pour payer les soins et le fait de considérer que la maladie n'est pas grave.

Comme on peut le lire dans le tableau en [annexe 3.5](#), l'étude montre qu'un peu plus de 8 patients sur 10 (soit 81%) des ménages dirigés par les femmes ne se font pas soigner par manque d'argent contre 43% pour ceux des ménages dirigés par les hommes.

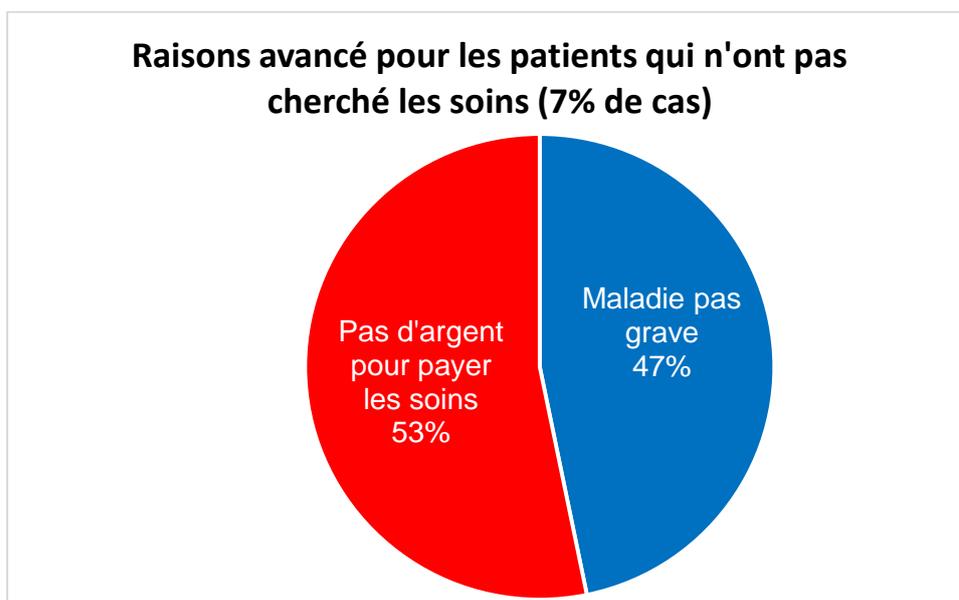


Figure 12 Raisons avancées pour les patients qui ne cherchent pas les soins

- **Critère de choix du premier recours**

Le tableau suivant montre que dans l'ensemble de Zones de santé, la principale raison pour le choix de la structure en première intention est le « *cout abordable* ». Cette raison est suivie du choix des « *structures à proximité de l'habitation* » ou lorsqu'on « *estime que c'est le meilleur choix pour la maladie* ». « *La bonne qualité des soins* » vient en quatrième position.

Compte tenu du niveau socioéconomique plus bas dans les aires de santé concernées par l'étude dans la ZS de Nyiragongo, il est normal que plus de la moitié des patients (55%) choisissent la structure de soin principalement en fonction de son « *coût abordable* ».

La proportion de patients qui choisissent la structure de soins parce qu'ils jugent que c'est le choix le mieux adapté à leur maladie, ou par la bonne qualité des soins, ou du fait qu'ils sont habitués au prestataire de soins ou encore du fait qu'il y a présence des médecins, est plus importante dans la ZS de Goma par rapport aux deux autres ZS.

Tableau 40 Principaux critères de choix des structures au premier recours par zone de santé

Objet de choix au premier recours	Goma (n=185)	Karisimbi (n=549)	Nyiragongo (n=120)	Ensemble (n=854)
Coût abordable	30%	49%	55%	46%
La proximité de la structure par rapport au lieu d'habitation	37%	40%	35%	39%
Estimait que c'était le choix le mieux adapté à la maladie	28%	21%	18%	22%
Bonne qualité des soins	16%	11%	8%	12%
Habitué au prestataire des soins	17%	11%	3%	11%
Présence d'un médecin	14%	8%	3%	9%
Prise en charge par l'employeur	6%	5%	3%	5%
Conseil d'un proche ou un ami	6%	4%	6%	5%
Autres raisons	1%	0%	0%	0%

Pour le choix de la structure de soins en première intention les patients des ménages dirigés par les hommes et les femmes orientent sensiblement de la même manière leur choix. Pour les deux différentes catégories de ménage, les 5 critères prioritaires restent le coût abordable, la courte distance de leur domicile, les soins adaptés à la maladie, la bonne qualité de soins et la présence d'un médecin. On pourrait aussi ajouter l'habitude avec le prestataire pour les ménages dirigés par les hommes.

Tableau 41 Principaux critères de choix des structures au premier recours selon le sexe du Chef de ménage

Objet de choix au premier recours	Masculin (n=722)	Féminin (n=132)	Ensemble (n=854)
Coût abordable	46%	47%	46%
La proximité de la structure par rapport au lieu d'habitation	39%	35%	39%
Estimait que c'était le choix le mieux adapté à la maladie	22%	20%	22%
Bonne qualité des soins	12%	11%	12%
Présence d'un médecin	7%	13%	8%
Prise en charge par l'employeur	4%	5%	4%
Habitué au prestataire des soins	12%	8%	11%
Conseil d'un proche ou un ami	5%	5%	5%
Autres raisons	0%	0%	0%

Le tableau suivant présente les critères de choix selon chaque catégorie de structures de soins choisi en première intention. Ainsi, on constate :

- L'Achat des médicaments à la pharmacie sans prescription est principalement motivé par son « *coût abordable* »
- Les consultations et les recherches des soins dans le Centre de santé de l'aire, dans une autre structure de soins avec ou sans médecin mais de l'aire de santé sont généralement motivée par le fait qu'ils sont « *proches de l'habitation* » du patient.
- Les consultations et les recherches des soins dans des structures avec ou sans médecin hors de l'aire de santé sont justifiées par le fait que les patients jugent qu'ils sont « *mieux adaptés à leur maladie et la qualité des soins qu'elles offrent* ».
- Le choix de la consultation dans un hôpital est justifié par le fait qu'il s'adapte à la maladie ou par la présence des médecins.
- La recherche des soins chez les guérisseurs ou tradi-praticien est motivée par le fait qu'il est le choix le mieux adapté à la maladie du poison (Karuho) ou la sorcellerie.



Tableau 42 Raisons du choix selon chaque structure visitée en première intention

Premier recours	n	La proximité de la structure par rapport au lieu d'habitation	Estimait que c'était le choix le mieux adapté à la maladie	Bonne qualité des soins	Coût abordable	Présence d'un médecin	Prise en charge par l'employeur	Habitué au prestataire des soins	Conseil d'un proche ou un ami
Achat des médicaments à la pharmacie sans prescription	464	36%	12%	4%	72%	0%	0%	5%	4%
Consultation et soins dans le centre de santé de l'aire de santé	63	79%	30%	24%	11%	10%	3%	14%	2%
Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin de l'aire de santé	59	63%	20%	17%	20%	19%	5%	27%	3%
Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin de l'aire de santé	50	74%	18%	10%	26%	2%	0%	14%	4%
Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin hors de l'aire de santé	92	21%	32%	28%	17%	22%	13%	25%	11%
Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin hors de l'aire de santé	11	18%	27%	27%	9%	0%	18%	27%	0%
Consultation et soins dans un hôpital	87	15%	44%	25%	7%	34%	18%	16%	5%
Soins chez un Guérisseur /pharmacopée traditionnelle	25	12%	68%	12%	24%	0%	0%	4%	16%
Recours à une Eglise/prière	2	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Autre à préciser	1	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total	854	39%	22%	12%	46%	8%	4%	11%	5%

- Niveau de satisfaction

L'étude montre que dans l'ensemble 7 sur 10 patients sont satisfait de leur premier recours. La proportion de patients satisfait de leur premier recours ne diffère pas significativement entre les ZS³⁸ comme on peut le voir sur la figure suivante.

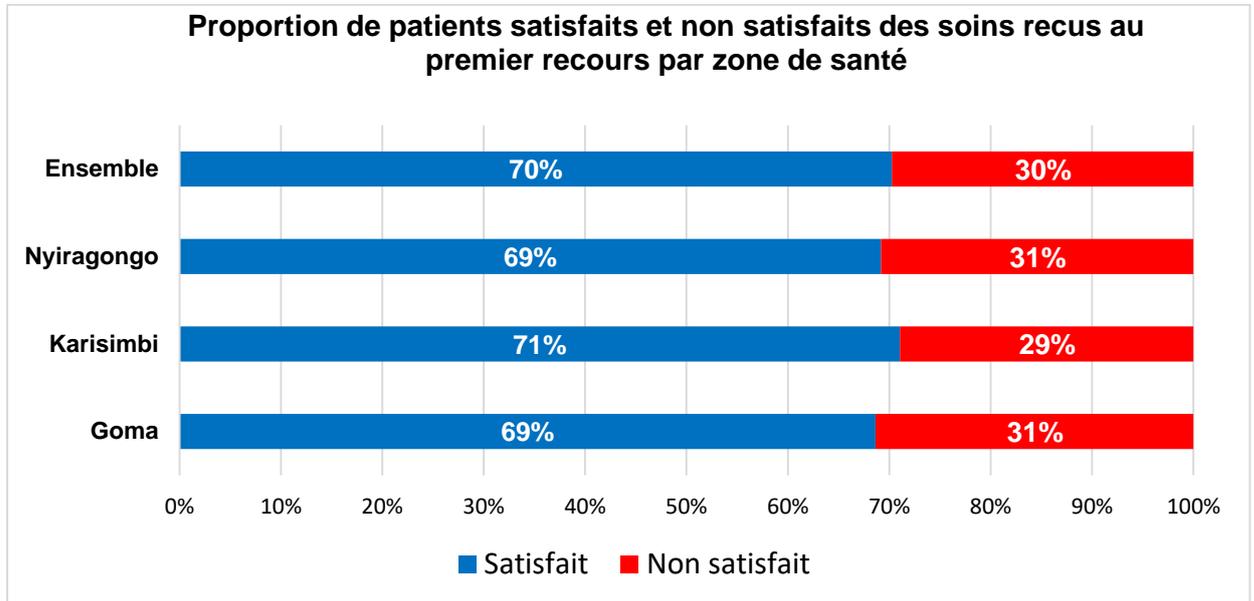


Figure 13 Proportion de patients satisfaits et non satisfait par ZS

Bien que le niveau de satisfaction semble plus élevé pour les patients du 5^{ème} quintile à l'opposé des patients du 1^{er} quintile, l'étude ne permet pas d'affirmer que la satisfaction au premier recours est liée au niveau du bien-être.³⁹

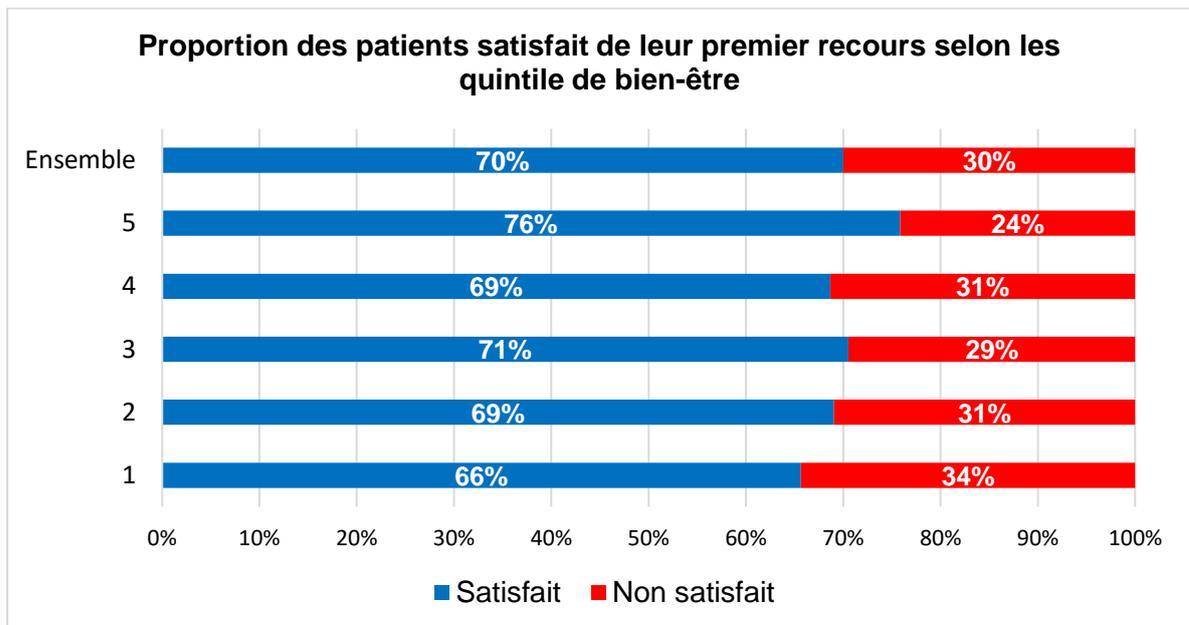


Figure 14 Proportion de patients satisfaits et non satisfait par Quintile du bien-être

³⁸ p=0,852

³⁹ p=0,334

La figure suivante compare le pourcentage des ménages satisfaits ou non de leur premier recours selon que le ménage est dirigé par une femme ou un homme. Les résultats montrent que les niveaux de satisfaction au premier recours ne diffèrent pas significativement selon qu'il s'agit des ménages dirigés par les femmes (68%) et ceux dirigés par les hommes (70%).⁴⁰

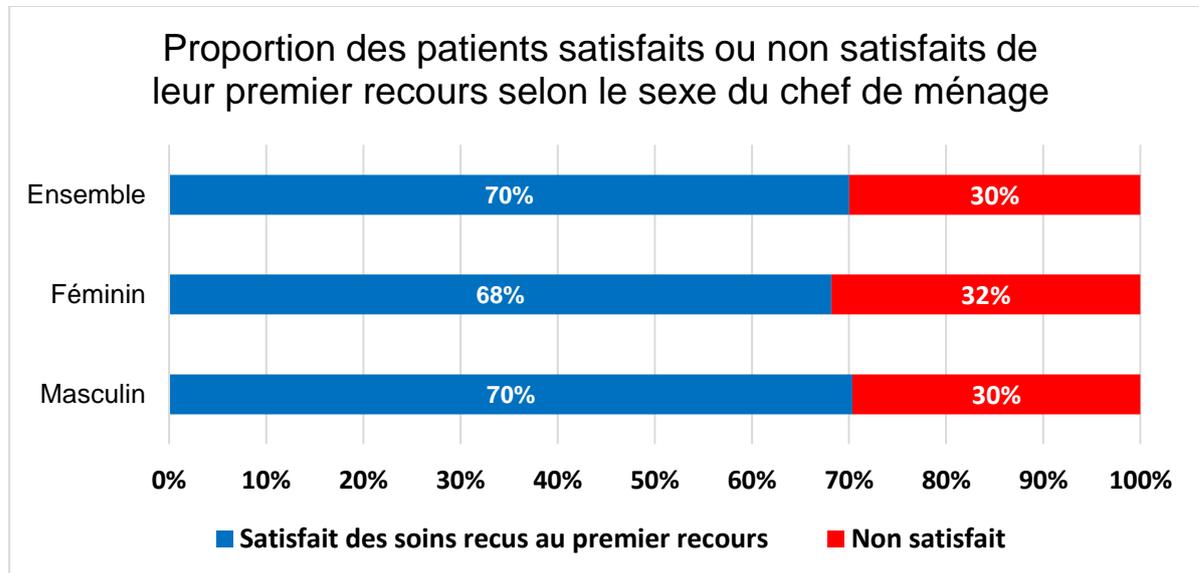


Figure 15 Proportion de patients satisfaits et non satisfaits de leur premier recours selon le sexe du chef de ménage

Le tableau suivant présente la proportion de patients satisfaits selon leur premier recours. On observe qu'un peu plus de 7 patients sur 10 ayant acheté des médicaments à la pharmacie sont satisfaits. Bien que le recours en première intention au centre de santé de son aire de santé soit faible, plus de $\frac{3}{4}$ de patients qui y recourent sont satisfaits. On constate également que seulement 63% de patients sont satisfaits lorsque leur premier recours est l'hôpital.

Tableau 43 Proportion de patients satisfaits selon leur premier recours

Premier recours	n	Satisfait des soins reçus	
		Effectif	%
Achat des médicaments à la pharmacie sans prescription	464	338	73%
Consultation et soins dans le centre de santé de l'aire de santé	63	48	76%
Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin de l'aire de santé	59	45	76%
Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin de l'aire de santé	50	41	82%
Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin hors de l'aire de santé	92	51	55%
Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin hors de l'aire de santé	11	7	64%
Consultation et soins dans un hôpital	87	55	63%

⁴⁰ p=0,615

Premier recours	n	Satisfait des soins reçus	
		Effectif	%
Soins chez un Guérisseur /pharmacopée traditionnelle	25	11	44%
Recours à une Eglise/prière	2	1	50%
Autre à préciser	1	1	100%
Total	854	598	70%

- **Objet principal de satisfaction pour le premier recours**

Les principaux motifs de satisfaction des patients au premier recours dans toutes les Zones de santé sont : (1) la Bonne prise en charge, la qualité de traitement ou la guérison, (2) la disponibilité des médicaments et (3) le prix ou tarification abordable.

Pour la ZS de Goma, on pourrait ajouter la qualité de l'accueil du personnel de santé.

Tableau 44 Objet de satisfaction pour le premier recours par Zone de santé

Objet principal de votre satisfaction pour le premier recours	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Bonne prise en charge/qualité du traitement /guérison	66	52%	222	57%	32	39%	320	54%
Disponibilité des médicaments	14	11%	89	23%	25	30%	128	21%
Prix/tarifcation utilisée abordable	16	13%	39	10%	16	19%	71	12%
Disponibilité d'un personnel médical qualifié	3	2%	18	5%	6	7%	27	5%
Accueil du personnel	13	10%	9	2%	1	1%	23	4%
Bonne qualité des équipements de soins	8	6%	4	1%	1	1%	13	2%
Durée réduite d'accès aux soins	4	3%	5	1%	1	1%	10	2%
Propreté des infrastructures des soins de santé	3	2%	2	1%	1	1%	6	1%
Total	127	100%	388	100%	83	100%	598	100%

Le tableau suivant montre que les raisons de satisfaction pour le premier recours ne diffèrent pas significativement que le ménage soit dirigé par une femme ou un homme.⁴¹

⁴¹ La différence constatée dans la répartition n'est pas significative (p=0,818, Test exact de Fisher)

Tableau 45 Objet de satisfaction pour le premier recours selon le sexe du chef de ménage

Objet principal de votre satisfaction pour le premier recours	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Bonne prise en charge/qualité du traitement /guérison	270	53%	50	56%	320	54%
Disponibilité des médicaments	112	22%	16	18%	128	21%
Prix/tarifcation utilisée abordable	61	12%	10	11%	71	12%
Disponibilité d'un personnel médical qualifié	23	5%	4	4%	27	5%
Accueil du personnel	18	4%	5	6%	23	4%
Bonne qualité des équipements de soins	10	2%	3	3%	13	2%
Durée réduite d'accès aux soins	8	2%	2	2%	10	2%
Propreté des infrastructures des soins de santé	6	1%	0	0%	6	1%
Total	508	100%	90	100%	598	100%



Tableau 46 Objet de satisfaction pour le premier recours selon les quintiles de bien-être

Objet principal de votre satisfaction pour le premier recours	Quintile 1		Quintile 2		Quintile 3		Quintile 4		Quintile 5		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%								
Bonne prise en charge/qualité du traitement /guérison	60	55%	51	44%	72	57%	67	59%	70	53%	320	54%
Disponibilité des médicaments	27	25%	32	28%	26	20%	22	19%	21	16%	128	21%
Prix/tarifcation utilisée abordable	13	12%	21	18%	16	13%	12	11%	9	7%	71	12%
Disponibilité d'un personnel médical qualifié	2	2%	3	3%	7	6%	5	4%	10	8%	27	5%
Accueil du personnel	2	2%	4	3%	1	1%	5	4%	11	8%	23	4%
Bonne qualité des équipements de soins	2	2%	1	1%	2	2%	1	1%	7	5%	13	2%
Durée réduite d'accès aux soins	2	2%	3	3%	1	1%	2	2%	2	2%	10	2%
Propreté des infrastructures des soins de santé	1	1%	1	1%	2	2%	0	0%	2	2%	6	1%
Total	109	100%	116	100%	127	100%	114	100%	132	100%	598	100%

- **Raisons d'insatisfaction au premier recours**

Une raison d'insatisfaction domine dans toutes les Zones de santé. Il s'agit de la « *mauvaise prise en charge ou de la mauvaise qualité de traitement ou lorsqu'il n y a pas de guérison* » observé pour 82% de patients non satisfaits. On ne peut pas négliger également la raison d'indisponibilité des bons médicaments observée surtout dans la Zone de santé de Nyiragongo où cette raison concerne 14% de patients insatisfaits de leur premier recours.

Tableau 47 Raison d'insatisfaction lors du premier recours par Zone de santé

Raison principale de votre insatisfaction	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Mauvaise prise en charge/mauvaise qualité du traitement / pas de guérison	43	74%	137	86%	29	78%	209	82%
Bons médicaments non disponibles	5	9%	8	5%	5	14%	18	7%
Pas de disponibilité d'un personnel médical qualifié	2	3%	7	4%	1	3%	10	4%
Mauvaise qualité des équipements de soins	1	2%	2	1%	2	5%	5	2%
Malpropreté des infrastructures des soins de santé	4	7%	0	0%	0	0%	4	2%
Prix/tarifcation de soins utilisés trop cher	2	3%	1	1%	0	0%	3	1%
Mauvais accueil par le personnel	1	2%	1	1%	0	0%	2	1%
Autres (à préciser)	0	0%	2	1%	0	0%	2	1%
Retard dans l'accès aux soins	0	0%	1	1%	0	0%	1	0%
Total	58	100%	159	100%	37	100%	254	100%

La comparaison des raisons d'insatisfaction pour le premier recours dans le tableau suivant montre que plus de 9 patients sur 10 (soit 95%) des ménages dirigés par les femmes parmi ceux qui ne sont pas satisfait de leur premier recours avancent comme raison d'insatisfaction « *la mauvaise prise en charge* ».

Pour les patients des ménages dirigés par les hommes, c'est 8 sur 10 qui se plaignent de « *la mauvaise prise en charge* » dans la structure choisie en première intention. A ceux-là, on peut ajouter 8% qui déclarent que les bons médicaments ne sont pas disponibles et 4% qui parlent de l'indisponibilité du personnel qualifié.

Tableau 48 Raison d'insatisfaction lors du premier recours selon le sexe du Chef de ménage

Raison principale de votre insatisfaction	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Mauvaise prise en charge/mauvaise qualité du traitement / pas de guérison	169	80%	40	95%	209	82%
Bons médicaments non disponibles	18	8%	0	0%	18	7%
Pas de disponibilité d'un personnel médical qualifié	9	4%	1	2%	10	4%
Mauvaise qualité des équipements de soins	5	2%	0	0%	5	2%
Malpropreté des infrastructures des soins de santé	3	1%	1	2%	4	2%
Prix/tarifcation de soins utilisés trop cher	3	1%	0	0%	3	1%
Mauvais accueil par le personnel	2	1%	0	0%	2	1%
Autres (à préciser)	2	1%	0	0%	2	1%
Retard dans l'accès aux soins	1	0%	0	0%	1	0%
Total	212	100%	42	100%	254	100%

Les résultats du tableau suivant montrent que la raison principale d'insatisfaction lors du premier recours reste « *la mauvaise prise en en charge* » que le ménage soit pauvre (quintiles 1 et 2) ou moins pauvre (quintiles 4 et 5).

Toutefois, on constate que les patients des ménages les moins pauvres (quintiles 4 et 5) ajoutent des raisons d'insatisfaction suite au **manque de qualité** (indisponibilité des bons médicaments, indisponibilité d'un personnel médical qualifié, mauvaise qualité des équipements de soins, malpropreté des infrastructures des soins de santé).

Tableau 49 Raison d'insatisfaction lors du premier recours selon les quintiles de bien-être

Raison principale de votre insatisfaction au premier recours	Quintile 1		Quintile 2		Quintile 3		Quintile 4		Quintile 5		Ensemble	
	Effectif	%										
Mauvaise prise en charge/mauvaise qualité du traitement / pas de guérison	48	84%	45	87%	44	83%	43	83%	31	74%	211	82%
Bons médicaments non disponibles	3	5%	2	4%	4	8%	6	12%	3	7%	18	7%
Pas de disponibilité d'un personnel médical qualifié	2	4%	1	2%	3	6%	2	4%	2	5%	10	4%
Mauvaise qualité des équipements de soins	2	4%	0	0%	1	2%	0	0%	2	5%	5	2%
Malpropreté des infrastructures des soins de santé	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%	2	5%	4	2%
Prix/tarifcation de soins utilisés trop cher	0	0%	1	2%	0	0%	1	2%	1	2%	3	1%
Mauvais accueil par le personnel	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	1	2%	2	1%
Autres	0	0%	2	4%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%
Retard dans l'accès aux soins	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%
Total	57	100%	52	100%	53	100%	52	100%	42	100%	256	100%

b. Deuxième recours

• Structures visitées au deuxième recours

Lorsque le patient n'est pas satisfait de son premier recours, il peut se décider, soit de ne plus chercher de soin, soit d'aller chercher les soins dans d'autres structures sanitaires.

On constate que sur les 256 patients qui ont déclaré qu'ils n'étaient pas satisfaits de leur premier recours, 34% n'ont cherché aucun autre soin.

Il y a seulement 15% qui ont poursuivi les soins par automédication en achetant sans prescription des médicaments à la pharmacie. La proportion de ceux qui font recours à l'automédication au deuxième recours est plus importante chez les patients de la Zone de santé de Nyiragongo (24% pour Nyiragongo contre 14% pour Goma et 14% pour Karisimbi).

Nous remarquons que 13% consultent et cherchent les soins dans des structures avec médecins et 13% sont ceux qui consultent et cherchent des soins dans les hôpitaux. Les résultats du tableau suivant montrent que 30% des patients de la ZS de Goma, 27% de ceux de Karisimbi et seulement 13% font recours à des structures avec médecin hors de l'aire ou à des hôpitaux.

Il n'y a que 7% qui font recours au centre de santé de l'aire (Goma : 9%, Karisimbi : 6% et Nyiragongo : 8%).

Tableau 50 Structures sanitaires visitées au deuxième recours par Zone de santé

Deuxième recours aux soins	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Aucun soin	18	31%	58	36%	12	32%	88	34%
Achat des médicaments à la pharmacie sans prescription	8	14%	22	14%	9	24%	39	15%
Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin hors de l'aire de santé	9	16%	21	13%	3	8%	33	13%
Consultation et soins dans un hôpital	8	14%	23	14%	2	5%	33	13%
Consultation et soins dans le centre de santé de l'aire de santé	5	9%	10	6%	3	8%	18	7%
Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin de l'aire de santé	4	7%	9	6%	2	5%	15	6%
Soins chez un Guérisseur /pharmacopée traditionnelle	4	7%	6	4%	3	8%	13	5%
Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin de l'aire de santé	0	0%	5	3%	2	5%	7	3%

Deuxième recours aux soins	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin hors de l'aire de santé	2	3%	3	2%	1	3%	6	2%
Recours à une Eglise/prière	0	0%	4	2%	0	0%	4	2%
Total	58	100%	161	100%	37	100%	256	100%

L'étude montre que ce sont surtout les patients des ménages dirigés par les femmes qui ne font aucun deuxième recours lorsqu'ils ne sont pas satisfaits de leur premier recours (48% pour chef de ménage de sexe féminin contre 32% pour ceux de sexe masculin).

L'automédication en deuxième recours est plus pratiquée par les patients des ménages dirigés par les hommes (17% pour les Masculin versus 7% pour les féminins).

Le recours en deuxième intention aux structures ayant des médecins hors de l'aire ou à des hôpitaux est légèrement plus important chez les patients des ménages dirigés par les femmes (29%) par rapport à ceux des ménages dirigés par les hommes (25%).

Tableau 51 Structures sanitaires visitées au deuxième recours selon le sexe du chef de ménage

Deuxième recours aux soins	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Aucun soin	68	32%	20	48%	88	34%
Achat des médicaments à la pharmacie sans prescription	36	17%	3	7%	39	15%
Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin hors de l'aire de santé	26	12%	7	17%	33	13%
Consultation et soins dans un hôpital	28	13%	5	12%	33	13%
Consultation et soins dans le centre de santé de l'aire de santé	17	8%	1	2%	18	7%
Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin de l'aire de santé	14	7%	1	2%	15	6%
Soins chez un Guérisseur /pharmacopée traditionnelle	12	6%	1	2%	13	5%
Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin de l'aire de santé	4	2%	3	7%	7	3%
Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin hors de l'aire de santé	5	2%	1	2%	6	2%
Recours à une Eglise/prière	4	2%	0	0%	4	2%
Total	214	100%	42	100%	256	100%

Le tableau suivant présente les deuxièmes recours par quintile de bien-être pour les patients qui n'ont pas été satisfaits par leur premier recours.

On constate une proportion plus importante des patients qui ne font aucun deuxième recours même lorsqu'ils n'ont pas été satisfaits par leur premier recours parmi les ménages les plus pauvres. Ainsi, on observe des proportions respectives de patients non satisfaits du premier recours qui ne font aucun deuxième recours de 42% pour le quintile 1 et 48% pour le quintile 2 contre seulement 21% pour le quintile 5 et 27% pour le quintile 4.

De plus, l'étude montre que ce sont les patients des ménages les « *moins pauvres* » qui ont tendance à recourir en deuxième intention aux structures avec médecin hors de leur aire (21% pour le quintile 5 contre 12% pour le quintile 1) et aux hôpitaux (29% pour le quintile 5 contre 7% pour le quintile 1).

Tableau 52 Structures sanitaires visitées au deuxième recours selon les quintiles de bien-être

Deuxième recours	Quintile1		Quintile 2		Quintile 3		Quintile 4		Quintile 5		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Aucun soin	24	42%	25	48%	16	30%	14	27%	9	21%	88	34%
Achat des médicaments à la pharmacie sans prescription	9	16%	6	12%	10	19%	12	23%	2	5%	39	15%
Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin hors de l'aire de santé	7	12%	8	15%	5	9%	4	8%	9	21%	33	13%
Consultation et soins dans un hôpital	4	7%	4	8%	7	13%	6	12%	12	29%	33	13%
Consultation et soins dans le centre de santé de l'aire de santé	4	7%	5	10%	2	4%	4	8%	3	7%	18	7%
Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin de l'aire de santé	0	0%	0	0%	7	13%	7	13%	1	2%	15	6%
Soins chez un Guérisseur /pharmacopée traditionnelle	4	7%	1	2%	3	6%	2	4%	3	7%	13	5%
Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin de l'aire de santé	4	7%	0	0%	2	4%	1	2%	0	0%	7	3%
Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin hors de l'aire de santé	1	2%	1	2%	1	2%	1	2%	2	5%	6	2%
Recours à une Eglise/prière	0	0%	2	4%	0	0%	1	2%	1	2%	4	2%
Total	57	100%	52	100%	53	100%	52	100%	42	100%	256	100%

- **Critère de choix du deuxième recours**

Les raisons du choix du deuxième recours diffèrent selon les Zones de santé :

- On observe que dans la ZS de Goma, le choix du deuxième recours est orienté par la « *Bonne qualité de soins* » (28%), ensuite par la proximité de la structure, le fait que le patient estime que c'est le choix le mieux adapté à sa maladie et le coût abordable.
- Pour la ZS de Karisimbi, le premier critère de choix est « *la proximité de la structure par rapport au lieu d'habitation* » (38%). Vient ensuite le coût abordable et le fait que le patient estime que c'est le choix le mieux adapté à sa maladie.
- Dans la ZS de Nyiragongo, le choix du deuxième recours est orienté principalement par « *le fait qu'ils estiment que c'est le choix le mieux adapté à la maladie* » (36%). Les critères dominants sont le facteur coût abordable et la proximité de la structure par rapport au lieu d'habitation.

Tableau 53 Objet de choix au deuxième recours par zone de santé

Objet de choix au deuxième recours	Goma (n=40)	Karisimbi (n=103)	Nyiragongo (n=25)	Ensemble (n=168)
La proximité de la structure par rapport au lieu d'habitation	23%	38%	28%	33%
Coût abordable	23%	27%	32%	27%
Estimait que c'était le choix le mieux adapté à la maladie	23%	24%	36%	26%
Bonne qualité des soins	28%	18%	16%	20%
Présence d'un médecin	20%	20%	8%	18%
Conseil d'un proche ou un ami	13%	11%	8%	11%
Présence d'un médecin spécialiste	18%	4%	8%	8%
Référence du personnel de santé	8%	7%	0%	6%
Prise en charge par l'employeur	8%	6%	0%	5%
Habitué au prestataire des soins	3%	4%	8%	4%
Autres raisons	3%	1%	0%	1%

La comparaison des justifications de choix du deuxième recours entre les ménages dirigés par les hommes et les femmes montre que le critère principal est « *la proximité de la structure de soins par rapport au lieu d'habitation* ». Toutefois, quelques légères différences s'observent :

- Les patients des ménages dirigés par les hommes choisissent le type de recours le mieux adapté à leur maladie, ou en fonction du coût abordable.
- Pour les patients des ménages dirigés par les femmes, c'est aussi la présence d'un médecin et le coût abordable.
- Pour les deux catégories de ménages, la recherche de la bonne qualité de soins n'est pas négligeable comme critère de choix du deuxième recours.

Tableau 54 Objet de choix au deuxième recours selon le sexe du Chef de ménage

Objet de choix au deuxième recours	Masculin (n=146)	Féminin (n=22)	Ensemble (n=168)
La proximité de la structure par rapport au lieu d'habitation	32%	41%	33%
Estimait que c'était le choix le mieux adapté à la maladie	27%	14%	26%
Bonne qualité des soins	21%	18%	20%
Coût abordable	27%	27%	27%
Présence d'un médecin	16%	36%	18%
Conseil d'un proche ou un ami	10%	18%	11%
Présence d'un médecin spécialiste	7%	14%	8%
Référence du personnel de santé	6%	5%	6%
Prise en charge par l'employeur	6%	0%	5%
Habitué au prestataire des soins	4%	5%	4%
Autres raisons	1%	0%	1%

Le tableau suivant montre que le choix du deuxième recours diffère selon que le patient provient d'un ménage très pauvre ou d'un ménage moins pauvre.

- Les patients provenant des ménages du quintile 1 (les plus pauvres) choisissent le type et le lieu du deuxième recours selon principalement la proximité par rapport à leur habitation (42%), au coût abordable (27%) et le conseil d'un ami (18%).
- Pour les patients des ménages du quintile 2, le choix du deuxième recours est orienté par la proximité du lieu d'habitation (41%), le fait que ce choix est mieux adapté à la maladie (37%) et le coût abordable (30%).
- Pour les patients des ménages du quintile 3, le choix est principalement orienté par la proximité du lieu d'habitation (38%), le fait que ce recours est le mieux adapté à la maladie (27%) et la bonne qualité de soins (24%).
- Concernant les patients des ménages du quintile 4, leurs principaux critères de choix du deuxième recours sont : Coût abordable (39%), la bonne qualité (26%) et la structure ou le type de recours le mieux adapté à la maladie (24%).
- Les patients des ménages du quintile 5 (les moins pauvres) sont orientés par principalement par : le recours adapté à la maladie (30%), la présence d'un médecin spécialiste (24%) ou la proximité du lieu d'habitation (24%).

Tableau 55 Objet de choix au deuxième recours selon les quintiles du bien-être

Objet de choix au deuxième recours	Quintile 1 (n=33)	Quintile 2 (n=27)	Quintile 3 (n=37)	Quintile 4 (n=38)	Quintile 5 (n=33)	Ensemble (n=168)
La proximité de la structure par rapport au lieu d'habitation	42%	41%	38%	21%	24%	33%
Estimait que c'était le choix le mieux adapté à la maladie	12%	37%	27%	24%	30%	26%
Bonne qualité des soins	12%	15%	24%	26%	21%	20%
Coût abordable	27%	30%	22%	39%	15%	27%
Présence d'un médecin	12%	26%	14%	21%	21%	18%
Présence d'un médecin spécialiste	0%	4%	5%	5%	24%	8%
Prise en charge par l'employeur	3%	4%	3%	3%	15%	5%
Habitué au prestataire des soins	3%	11%	0%	8%	0%	4%
Référence du personnel de santé	6%	4%	3%	8%	9%	6%
Conseil d'un proche ou un ami	18%	11%	8%	8%	9%	11%
Autres raisons	0%	0%	0%	5%	0%	0%

- Niveau de satisfaction au deuxième recours

Dans l'ensemble 8 patients sur 10 sont satisfaits de leur deuxième recours.

Le niveau de satisfaction des patients à leur deuxième recours ne diffère pas significativement selon les Zones de santé⁴², selon le sexe du chef de ménage⁴³ et selon les quintiles du bien-être⁴⁴ comme on peut le lire dans le tableau suivant.

Tableau 56 Pourcentage de patients satisfait de leur deuxième recours

	n	Satisfait	Satisfait	Non satisfait	Non satisfait
Zone de santé					
Goma	40	33	83%	7	18%
Karisimbi	103	83	81%	20	19%
Nyiragongo	25	19	76%	6	24%
Sexe du chef de ménage					
Masculin	146	117	80%	29	20%
Féminin	22	18	82%	4	18%
Quintile de bien-être					
1	33	26	79%	7	21%
2	27	22	81%	5	19%
3	37	32	86%	5	14%
4	38	30	79%	8	21%
5	33	25	76%	8	24%
Total	168	135	80%	33	20%

- Objet principal de satisfaction au deuxième recours

Pour les 80% de patients qui ont déclaré leur satisfaction à leur deuxième recours, la raison principale est qu'ils ont « *fait l'objet d'une bonne prise en charge (79%)* », et dans une faible proportion qu'il y avait « *disponibilité des médicaments (8%)*»

La proportion de patients qui justifient leur satisfaction au deuxième recours par la « *Bonne prise en charge* » est plus élevée dans la ZS de Karisimbi (84%) et moins élevée dans les ZS de Nyiragongo (63%) et Goma (73%).

C'est surtout les patients de la ZS de Nyiragongo qui déclarent être satisfaits de leur deuxième recours à cause de la « *disponibilité des médicaments* » (soit 16% pour Nyiragongo contre 6% pour Goma et 7% pour Karisimbi).

⁴² p=0,810

⁴³ p=0,558

⁴⁴ p=0,837

Tableau 57 Pourcentage de patients selon l'objet de satisfaction au deuxième recours par zone de santé

Objet de satisfaction au deuxième recours	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Bonne prise en charge/qualité du traitement /guérison	24	73%	70	84%	12	63%	106	79%
Disponibilité des médicaments	2	6%	6	7%	3	16%	11	8%
Bonne qualité des équipements de soins	2	6%	3	4%	1	5%	6	4%
Disponibilité d'un personnel médical qualifié	1	3%	2	2%	1	5%	4	3%
Prix/tarifcation utilisée abordable	2	6%	1	1%	1	5%	4	3%
Accueil du personnel	0	0%	1	1%	1	5%	2	1%
Propreté des infrastructures des soins de santé	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
Durée réduite d'accès aux soins	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%
Total	33	100%	83	100%	19	100%	135	100%

Les objets de satisfaction aux deuxième recours sont sensiblement similaires entre les patients provenant des ménages dirigés par les femmes et ceux dirigé par les hommes comme l'illustre le tableau suivant.

Tableau 58 Pourcentage de patients selon l'objet de satisfaction au deuxième recours par sexe du chef de ménage

Objet de satisfaction au deuxième recours	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Bonne prise en charge/qualité du traitement /guérison	91	78%	15	83%	106	79%
Disponibilité des médicaments	10	9%	1	6%	11	8%
Bonne qualité des équipements de soins	5	4%	1	6%	6	4%
Disponibilité d'un personnel médical qualifié	4	3%	0	0%	4	3%
Prix/tarifcation utilisée abordable	3	3%	1	6%	4	3%
Accueil du personnel	2	2%	0	0%	2	1%
Propreté des infrastructures des soins de santé	1	1%	0	0%	1	1%
Durée réduite d'accès aux soins	1	1%	0	0%	1	1%
Total	117	100%	18	100%	135	100%

Lors du choix des structures à visiter en cas de maladie au deuxième recours, les plus pauvres (quintile 1) s'intéressent en premier lieu de la bonne prise en charge (85%) et en second lieu au prix abordable (12%). Par contre, en dehors de la bonne prise en charge (60%), les moins pauvres (quintile 5) s'intéressent également à la disponibilité des médicaments (16%) et à la qualité des équipements de soins (12%).

Tableau 59 Pourcentage de patients selon l'objet de satisfaction au deuxième recours par quintile du bien-être

Objet de satisfaction au deuxième recours	Quintile 1		Quintile 2		Quintile 3		Quintile 4		Quintile 5		Ensemble	
	Effectif	%										
Bonne prise en charge/qualité du traitement /guérison	22	85%	18	82%	26	81%	25	83%	15	60%	106	79%
Disponibilité des médicaments	1	4%	2	9%	4	13%	0	0%	4	16%	11	8%
Bonne qualité des équipements de soins	0	0%	0	0%	1	3%	2	7%	3	12%	6	4%
Disponibilité d'un personnel médical qualifié	0	0%	1	5%	1	3%	2	7%	0	0%	4	3%
Prix/tarifcation utilisée abordable	3	12%	0	0%	0	0%	0	0%	1	4%	4	3%
Accueil du personnel	0	0%	1	5%	0	0%	1	3%	0	0%	2	1%
Propreté des infrastructures des soins de santé	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	4%	1	1%
Durée réduite d'accès aux soins	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	4%	1	1%
Total	26	100%	22	100%	32	100%	30	100%	25	100%	135	100%

- **Raisons d'insatisfaction au deuxième recours**

L'étude a montré que 20% de patients n'étaient pas satisfaits de leur deuxième recours. Ils déclarent qu'ils ont principalement fait l'objet d'une mauvaise prise en charge et donc ne sont pas arrivés à la guérison.

Comme on peut le constater dans les tableaux **en annexe 3.6, 3.7 et 3.8** cette principale raison d'insatisfaction au deuxième recours est confirmée dans toutes les 3 Zones de santé en étude, dans les ménages dirigés par les hommes comme ceux dirigés par les femmes et dans tous les quintiles du bien-être.



c. Troisième recours

- Structures visitées au troisième recours

Sur 168 ménages qui ont fait un deuxième recours, 33 n'étaient pas satisfaits. Parmi, ces derniers, 18 n'ont fait aucun recours. Les 15 restants ont principalement fait recours à l'automédication par achat des médicaments à la pharmacie sans prescription. Peu d'entre eux ont consulté et cherché les soins dans les structures avec médecins hors de l'aire de santé, dans le CS de l'aire ou chez les guérisseurs.

Tableau 60 Structures sanitaires visitées au troisième recours par zone de santé, sexe du chef de ménage et quintiles du bien-être

Troisième recours aux soins	Zone de santé			Sexe du Chef de ménage		Quintile du bien-être					
	Goma	Karisimbi	Nyiragongo	Masculin	Féminin	Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5	Ensemble
Aucun soin	2	10	6	17	1	3	3	4	6	2	18
Achat des médicaments à la pharmacie sans prescription	3	2	0	4	1	1	0	0	1	3	5
Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin hors de l'aire de santé	1	3	0	3	1	1	1	0	0	2	4
Consultation et soins dans le centre de santé de l'aire de santé	0	2	0	1	1	0	0	1	1	0	2
Soins chez un Guérisseur /pharmacopée traditionnelle	1	1	0	2	0	1	1	0	0	0	2
Consultation et soins dans un hôpital	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1
Recours à une Eglise/prière	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Total	7	20	6	29	4	7	5	5	8	8	33

- Critère de choix du troisième recours

Comme on peut le lire dans le tableau en [annexe 3.12](#) au troisième recours, les principaux critères de choix sont respectivement par ordre d'importance décroissant : Présence d'un médecin, le fait que l'on estime que c'est le choix le mieux adapté à la maladie, le coût abordable, la bonne qualité de soins, la proximité de la structure par rapport au lieu d'habitation, le fait d'être familier ou habitué au prestataire et enfin sur conseil d'un ami ou un proche.

- Niveau de satisfaction au troisième recours

Sur 15 patient ayant fait un troisième recours, 9 déclarent être satisfait de leur choix. Les détails par zone de santé, selon le sexe du chef de ménage et selon les quintiles de bien-être sont présentés dans le tableau [en annexe 3.13](#).

- Objet principal de satisfaction au troisième recours

Parmi les 9 patients qui ont déclaré être satisfaits de leur troisième recours, 8 ont expliqué leur satisfaction par la « *Bonne prise en charge* » dont ils ont fait l'objet et un a dit qu'il était satisfait par l'accueil du personnel. Les détails par Zone de santé, selon que le patient est d'un ménage dirigé par l'homme ou la femme et selon les quintiles de bien-être sont présentés dans le tableau en annexe 3.14.

- Raisons d'insatisfaction au troisième recours

Deux principales raisons d'insatisfaction ont été évoquées par les 6 patients non satisfaits de leur troisième recours aux soins. Il s'agit de la mauvaise prise en charge (5 sur 6 cas) et de l'indisponibilité d'un personnel médical qualifié (1 sur 6 cas). Les détails par Zone de santé, selon que le patient est d'un ménage dirigé par l'homme ou la femme et selon les quintiles de bien-être sont présentés dans le tableau en annexe 3.15.

2.5.4 Qui décide du type et du lieu de recours

Le graphique suivant montre que dans l'ensemble pour plus de la moitié de ménages (52%) c'est le Chef de ménage qui prend la décision sur le type et le lieu de recours, dans 1 ménage sur 10 c'est le (la) conjoint (e) qui prend la décision et dans 3 ménages sur 10, c'est une décision partagée entre le couple. Il n'y a que 7% de ménages où la décision est prise par une autre personne que le mari et son épouse.

On constate une différence de répartition de celui qui prend la décision sur le type et le lieu de recours selon les Zones de santé⁴⁵. Ainsi, dans 55% de ménages de la ZS de Karisimbi, 52% de ménages de la ZS de Goma et seulement 40 % des ménages de la ZS Nyiragongo c'est le Chef de ménage seul qui prend la décision du type et du lieu de recours aux soins de santé.

On peut lire les détails dans le tableau en [annexe 3.9](#).

⁴⁵ p=0,00029

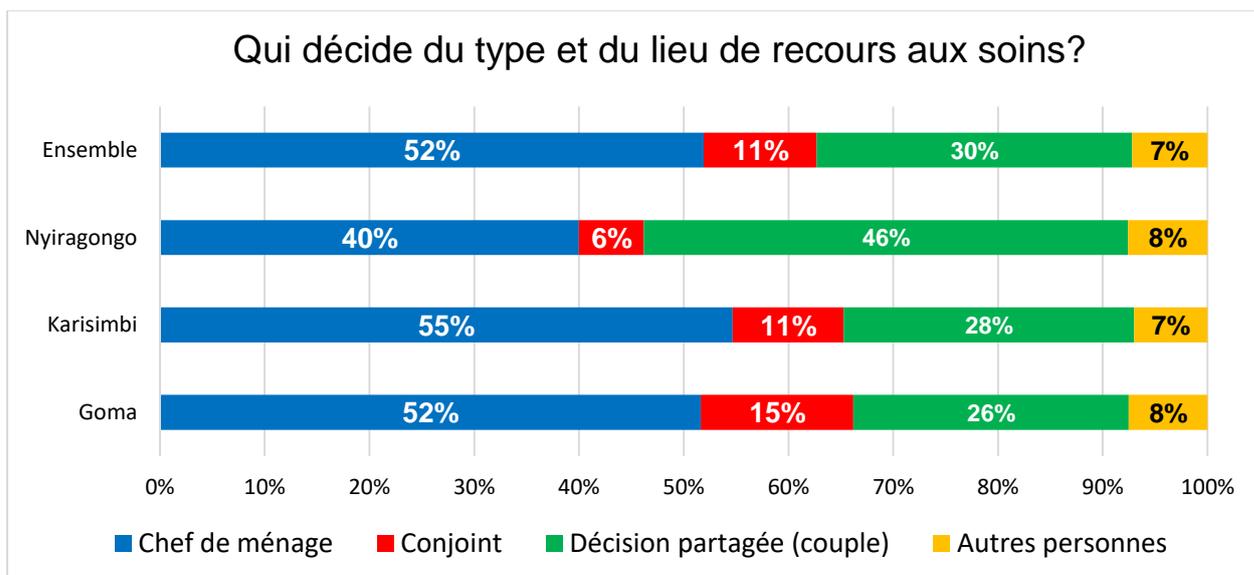


Figure 16 Proportion de ménages selon celui qui décide du type et lieu de recours par Zone de santé

Il est tout à fait logique que contrairement aux ménages dirigés par les hommes, que dans les ménages dirigés par les femmes ça soit principalement le chef de ménage seul qui décide du type et du lieu de recours⁴⁶. En effet, c'est dans près de 8 ménages sur dix dirigés par les femmes (79%) et dans moins de la moitié dirigé par les hommes (46%) que les chefs de ménages décident seul du type et lieu de recours. C'est dans les ménages dirigés par les femmes que l'on trouve une proportion importante d'autres personnes (au-delà du couple) qui prennent les décisions sur le type et le lieu de recours (17% pour ménages dirigés par les femmes contre seulement 5% pour ceux dirigés par les hommes). On peut retrouver plus de détail dans le tableau [en annexe 3.10](#).

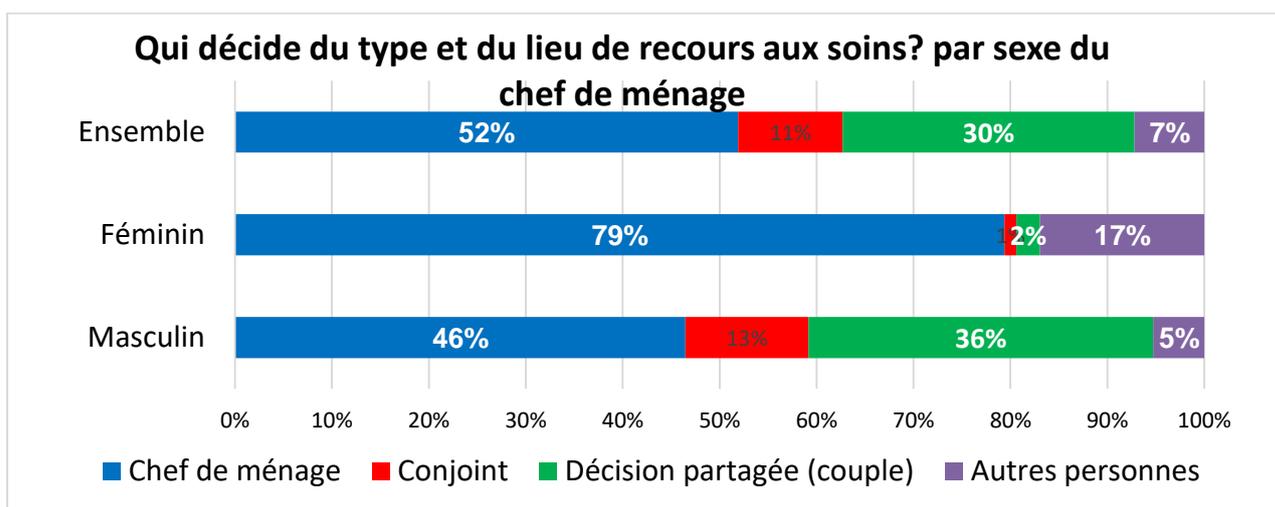


Figure 17 Proportion de ménages selon celui qui décide du type et lieu de recours par sexe du Chef de ménage

⁴⁶ La différence est très significative ($p < 0,0001$)

Nous avons cherché à comparer la prise de décision sur le type et le lieu de recours en fonction des quintiles de bien-être. Nous constatons que la répartition de ceux qui décident du type et du lieu de recours ne diffère pas significativement entre les ménages très pauvres et les ménages moins pauvres.⁴⁷

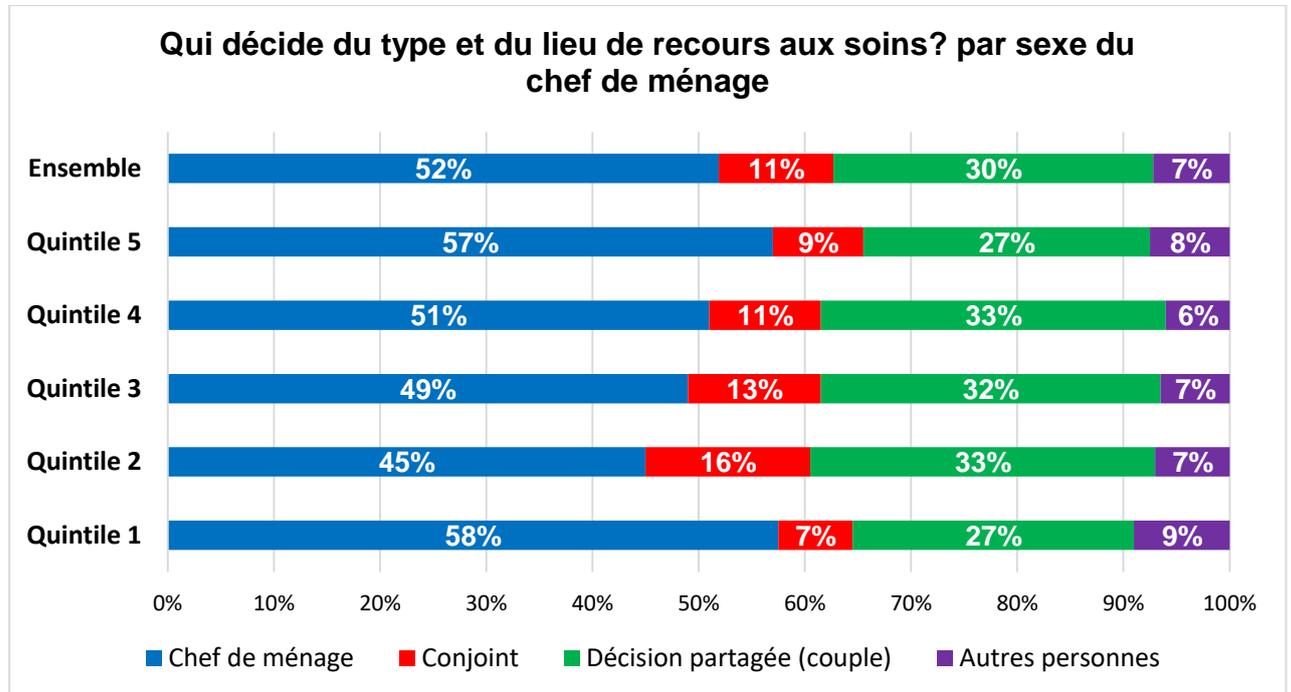


Figure 18 Proportion de ménages selon celui qui décide du type et lieu de recours par quintile de bien-être

2.6. PAIEMENT DES SOINS DE SANTE

2.6.1 Coût moyen pour l'ensemble de recours aux soins

a. Selon les Zones de santé, le sexe du chef de ménage et le quintile du bien-être

L'étude montre qu'en moyenne un patient paie 55,63\$ (avec un écart type de 172,75\$) pour l'entièreté des recours.⁴⁸ Etant donné la forte dispersion autour de la moyenne, nous considérons le coût médian. Ainsi, **un patient type⁴⁹ paie 10,66\$ pour l'ensemble de recours.**

Un patient type de la ZS de Goma paie pour l'entièreté de ses recours, 3,3 fois plus qu'un patient type de la ZS de Nyiragongo. Tandis qu'un patient type de la ZS de Karisimbi paie 1,6 fois plus que celui de Nyiragongo et la moitié de celui de la ZS de Goma.⁵⁰

Comme on peut le lire dans le tableau suivant la différence des coûts moyens pour l'ensemble de recours ne diffère pas significativement entre les patients des ménages dirigés par les femmes et ceux dirigés par les hommes.⁵¹

⁴⁷ La différence observée n'est pas significative ($p=0,162$)

⁴⁸ Le Coefficient de variation relative étant au-delà de 100%, il y a donc une très forte dispersion.

⁴⁹ Le patient type est celui dont le coût de l'ensemble de recours est médian.

⁵⁰ La comparaison des moyennes montre que $p=0,054$

⁵¹ $p=0,837$

De même il n'y a pas de différence significative entre les coûts payés par les patients des ménages des différents quintile de bien-être.⁵² Toutefois, on constate qu'un patient type du quatrième quintile dépense 3 fois plus que celui du premier quintile.

Tableau 61 Coût moyen et médian pour l'entièreté des recours aux soins de santé

Caractéristiques	n	Coût moyen en \$ US	ET en \$ US	Coût médian en \$ US
Zone de santé				
Goma	185	70,74	127,96	21,00
Karisimbi	549	45,18	108,56	10,30
Nyiragongo	120	80,12	364,49	6,30
Sexe du Chef de ménage				
Masculin	722	55,11	178,48	10,66
Féminin	132	58,47	137,76	11,00
Quintile du bien-être				
Quintile 1	166	58,66	241,03	5,81
Quintile 2	168	47,53	223,22	8,40
Quintile 3	180	46,54	93,93	10,00
Quintile 4	166	52,34	109,56	20,00
Quintile 5	174	73,09	150,25	15,25
Ensemble	854	55,63	172,75	10,66

b. Selon le nombre de recours

L'étude montre que le coût de soins augmente logiquement avec le nombre de recours.⁵³ On constate que le coût moyen d'un seul recours est 30,04\$ (ET=72,56\$). Etant donné la forte dispersion des coûts supportés par les patients/les ménages lors des différents recours, nous considérons les coûts médians. Ainsi, un patient type qui n'a fait qu'un seul recours paie 6\$. Celui qui fait deux recours paye près de 8 fois plus que celui qui n'a fait qu'un recours (soit 46\$). Et celui qui fait 3 recours paye plus de 46 fois plus que celui qui s'est arrêté à un recours (soit 279\$).

Tableau 62 Coût moyen et médian selon le nombre de recours

Nombre de recours	n	Coût moyen en \$ US	ET en \$ US	Coût médian en \$ US
1	686	30,04	72,56	6,00
2	153	142,95	344,02	46,00
3	15	335,00	276,84	279,00
Total	854	55,63	172,75	10,66

c. Selon la structure visitée au premier recours

⁵² p=0,60

⁵³ La différence des coûts moyens selon les différents nombre de recours est très significative (p<0,0001)

Nous avons cherché à savoir si les coûts de soins diffèrent selon la structure choisie en première intention. Nous constatons effectivement que les coûts moyens diffèrent significativement. Compte tenu de la forte dispersion autour de la moyenne, nous considérons la médiane. Ainsi, à part les cas d'automédication où le patient type paie 4\$, ce sont les soins qui débutent au Centre de santé de l'aire qui sont moins chères (30\$)⁵⁴ lorsqu'on considère les traitements dans les structures modernes des soins.

Tableau 63 Coût de soins pour l'entièreté des recours selon le premier recours

Premier recours aux soins	n	Coût Moyen en \$ US	Ecart type en \$ US	Médiane en \$ US
Achat des médicaments à la pharmacie sans prescription	464	20,32	66,00	4,00
Consultation et soins dans le centre de santé de l'aire de santé	63	48,63	132,43	30,00
Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin de l'aire de santé	59	71,83	100,14	46,20
Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin de l'aire de santé	50	42,93	43,54	31,00
Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin hors de l'aire de santé	92	82,74	126,50	36,97
Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin hors de l'aire de santé	11	52,98	39,84	53,00
Consultation et soins dans un hôpital	87	217,31	439,22	77,00
Soins chez un Guérisseur /pharmacopée traditionnelle	25	58,23	165,85	10,00
Recours à une Eglise/prière	2	0,50	0,71	0,50
Autre à préciser	1	70,00		70,00
Total	854	55,63	172,75	10,66

2.6.2 Appréciation du coût des soins

- On constate que malgré le fait que le coût de soins d'un « patient type » est plus élevé dans la ZS de Goma par rapport aux deux autres ZS, la proportion de patients qui jugent que les coûts de soins pour l'entièreté de recours sont « *Trop chers* » est plus faible (soit 26% pour la ZS de Goma contre 39% pour la ZS de Karisimbi et 38% pour la ZS de Nyiragongo).⁵⁵
- La répartition des répondants qui trouvent que les coûts de soins pour l'entièreté de recours sont « *trop chers* » n'est pas significativement différente entre les patients des ménages dirigés par les hommes (36%) et ceux dirigés par les femmes (40%)⁵⁶.

⁵⁴ La différence est très significative ($p < 0,0001$)

⁵⁵ La différence observée entre les proportions selon les niveaux d'appréciation de coût pour l'entièreté des recours est significative ($p = 0,021$)

⁵⁶ La différence observée n'est pas significative ($p = 0,552$)

- On observe une gradation inverse dans la répartition des patients qui jugent que les coûts des soins pour l'ensemble de recours sont « trop chers » selon les quintiles du bien-être⁵⁷. En effet, la proportion de ceux qui trouvent que les coûts de soins sont « trop chers » est plus élevée chez les patients des quintiles 1 (42%) et quintile 2 (42%) et faible chez les patients des quintiles 4 (33%) et quintile 5 (24%).

Tableau 64 Appréciation du coût de soins selon les zones de santé, le sexe du chef de ménage et les quintiles du bien-être

Caractéristiques	n	Coût médian en \$ US	Moins cher		Abordable		Trop cher	
			Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Zone de santé								
Goma	185	21,0	45	24%	91	49%	49	26%
Karisimbi	545	10,3	99	18%	233	43%	213	39%
Nyiragongo	120	6,3	18	15%	56	47%	46	38%
Sexe du Chef de ménage								
Masculin	719	10,66	136	19%	327	45%	256	36%
Féminin	131	11,00	26	20%	53	40%	52	40%
Quintile de bien-être								
1	166	5,81	33	20%	63	38%	70	42%
2	168	8,40	25	15%	73	43%	70	42%
3	178	10,00	34	19%	71	40%	73	41%
4	166	20,00	33	20%	79	48%	54	33%
5	172	15,25	37	22%	94	55%	41	24%
Total	850	10,66	162	19%	380	45%	308	36%

2.6.3 Stratégies utilisées par le ménage pour payer toutes les dépenses liées à la maladie

Dans l'ensemble, la principale stratégie utilisée par près de 7 ménages sur 10 (soit 69%) est le recours au revenu du ménage. Les autres stratégies de paiement moins fréquentes sont : Aide d'un voisin/ famille/ami dont vous serez redevable (12%), Endettements auprès des tiers (4%), contracter des dettes à la formation sanitaire (4%) et paiement par l'employeur (3%).

Comme on peut l'observer dans le tableau suivant, les sources de paiement des dépenses liées à la maladie sont légèrement un peu plus diversifiées dans la ZS de Goma où contrairement aux autres zones de santé, seulement 59% déclarent recourir au revenu du ménage. (72%, pour la ZS de Karisimbi et 70% pour la ZS de Nyiragongo). Dans cette ZS, il y a un plus grand pourcentage de patients qui bénéficient du paiement de l'employeur (6%), qui recourent à l'épargne du ménage non-prévu pour les problèmes de santé (6%) ou contracter de dettes dans la formation sanitaire (5%).

⁵⁷ La différence observée entre les quintiles de bien-être est significative (p=0,007).

Les patients de la ZS de Nyiragongo ont plus recours aux endettements auprès des tiers que dans les autres ZS (soit 6% pour Nyiragongo contre 3% pour Goma et 4% pour Karisimbi).

Tableau 65 Source de paiement des dépenses liées à la maladie par zone de santé.

Sources de paiement des dépenses liées à la maladie	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Recours au revenu du ménage	110	59%	391	72%	84	70%	585	69%
Aide d'un voisin/ famille/ami dont vous serez redevable	24	13%	66	12%	16	13%	106	12%
Autre endettement auprès des tiers	6	3%	20	4%	7	6%	33	4%
Contracter une dette à la FoSa	10	5%	15	3%	5	4%	30	4%
Paiement par l'employeur	12	6%	14	3%	2	2%	28	3%
Recours à l'épargne du ménage non-prévue pour les problèmes de santé	11	6%	7	1%	0	0%	18	2%
Restriction de la consommation du ménage	3	2%	11	2%	1	1%	15	2%
Intervention financière de la mutuelle/assurance	3	2%	8	1%	0	0%	11	1%
Recours à l'épargne du ménage prévue pour les problèmes de santé	2	1%	5	1%	0	0%	7	1%
Gratuité	1	1%	2	0%	2	2%	5	1%
Vente d'un bien de faible valeur	1	1%	1	0%	1	1%	3	0%
Vente d'un bien de grande valeur	1	1%	0	0%	1	1%	2	0%
Mise en gage d'un bien de valeur	0	0%	2	0%	0	0%	2	0%
Autre moyen	1	1%	3	1%	1	1%	5	1%
Total	185	100%	545	100%	120	100%	850	100%

Les résultats du tableau suivant montrent que un peu plus de 7 sur 10 patients (71%) des ménages dirigés par les hommes font recours au revenu du ménage pour payer les dépenses liées à la maladie. Par contre, il y a seulement un peu plus de la moitié (56%) des patients des ménages dirigés par les femmes qui recourent au revenu du ménage. On constate que près de 3 patients sur 10 issue des ménages dirigés par les femmes font recours à l'aide de membres de la famille, des voisins ou des amis. Cette stratégie confirme qu'il y a une proportion plus importante des ménages dirigés par les femmes parmi les pauvres (52% appartenant aux quintiles 1 et 2).

Tableau 66 Source de paiement des dépenses liées à la maladie selon le sexe du chef de ménage.

Sources de paiement des dépenses liées à la maladie	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Recours au revenu du ménage	512	71%	73	56%	585	69%
Aide d'un voisin/ famille/ami dont vous serez redevable	69	10%	37	28%	106	12%
Autre endettement auprès des tiers	32	4%	1	1%	33	4%
Contracter une dette à la FoSa	26	4%	4	3%	30	4%
Paiement par l'employeur	25	3%	3	2%	28	3%
Recours à l'épargne du ménage non-prévue pour les problèmes de santé	16	2%	2	2%	18	2%
Restriction de la consommation du ménage	12	2%	3	2%	15	2%
Intervention financière de la mutuelle/assurance	9	1%	2	2%	11	1%
Recours à l'épargne du ménage prévue pour les problèmes de santé	6	1%	1	1%	7	1%
Gratuit	3	0%	2	2%	5	1%
Vente d'un bien de faible valeur	3	0%	0	0%	3	0%
Autres moyens	6	1%	3	2%	9	1%
Total	719	100%	131	100%	850	100%

La comparaison des sources de paiements chez les patients des différents quintiles montre que :

- Les moins pauvres (quintiles 5 et 4) ont la possibilité de varier les sources de paiement. En effet, au delà du revenu du ménage et l'aide des amis ou membres de la famille utilisé principalement par la majorité des patients, une proportion non négligeable bénéficie du paiement de leur employeur, peuvent recourir à l'épargne du ménage non-prévue pour les problèmes de santé ou contracter les dettes à la formation sanitaire.
- Par contre les plus pauvres (quintiles 1 et 2) recourent surtout au revenu du ménage, à l'aide des amis, voisins ou membres de la famille et à l'endettement auprès des tiers.

Tableau 67 Source de paiement des dépenses liées à la maladie selon les quintiles.

Sources de paiement des dépenses liées à la maladie	Quintile 1		Quintile 2		Quintile 3		Quintile 4		Quintile 5		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%								
Recours au revenu du ménage	109	66%	115	68%	124	69%	126	76%	111	64%	585	69%
Aide d'un voisin/ famille/ami dont vous serez redevable	25	15%	25	15%	30	17%	11	7%	15	9%	106	12%
Autre endettement auprès des tiers	11	7%	9	5%	5	3%	5	3%	3	2%	33	4%
Contracter une dette à la FoSa	7	4%	4	2%	6	3%	4	2%	9	5%	30	4%
Paiement par l'employeur	5	3%	3	2%	3	2%	6	4%	11	6%	28	3%
Recours à l'épargne du ménage non-prévue pour les problèmes de santé	1	1%	4	2%	1	1%	4	2%	8	5%	18	2%
Restriction de la consommation du ménage	2	1%	2	1%	4	2%	3	2%	4	2%	15	2%
Intervention financière de la mutuelle/assurance	0	0%	1	1%	4	2%	2	1%	4	2%	11	1%
Recours à l'épargne du ménage prévue pour les problèmes de santé	0	0%	0	0%	1	1%	2	1%	4	2%	7	1%
Gratuit	2	1%	1	1%	1	1%	1	1%	0	0%	5	1%
Vente d'un bien de faible valeur	1	1%	2	1%	0	0%	0	0%	0	0%	3	0%
Autres moyens	2	1%	2	1%	0	0%	1	1%	4	2%	9	1%
Total	165	100%	168	####	179	100%	165	100%	173	100%	850	100%

2.6.4 Couverture par l'assurance santé, mutuelle ou autre formes d'assurance

- a. Répartition des membres du ménage selon le type d'assurance santé auxquels ils bénéficient

Dans l'ensemble, il n'y a que 8% des habitants qui sont couverts par un système d'assurance santé : 6% pour l'assurance santé principalement la prise en charge par l'employeur et seulement 2% pour la mutuelle de santé.

Les proportions des habitants qui sont couverts par un certain système d'assurance diffèrent d'une zone de santé à l'autre⁵⁸. Ainsi, on constate que 9% des habitants de la ZS de Goma bénéficient de la prise en charge de l'employeur (contre 6% pour Karisimbi et seulement 2% pour Nyiragongo).

Concernant la mutuelle de santé, on constate que 2% des habitants de la ZS de Karisimbi sont membres contre seulement 1% dans la ZS de Goma et 1% dans la ZS de Nyiragongo.

Les résultats du tableau suivant montrent que la proportion des habitants couverts par un certain système d'assurance ne diffère pas selon que le ménage est dirigé par une femme ou un homme⁵⁹.

L'étude montre également que ce sont les habitants les moins pauvres qui bénéficient d'un certain système d'assurance surtout la prise en charge de l'employeur (10% pour les habitants du quintile 4 et 12% pour ceux du quintile 5 contre seulement 3% pour ceux du quintile 1 et 2% pour le quintile 2).⁶⁰ L'adhésion à la mutuelle de santé reste faible dans tous les différents quintiles mais la plus grande proportion (3%) est observée dans le quintile médian (quintile 3).

Tableau 68 Proportion des membres du ménage qui sont couverts par une certaine assurance

Caractéristiques	n	Couvert par une assurance santé (Mutuelle santé ou autre)					
		Non couvert		Autre système d'assurance santé		Mutuelle santé	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Zone de santé							
Goma	1592	1433	90%	145	9%	14	1%
Karisimbi	4407	4023	91%	283	6%	101	2%
Nyiragongo	992	964	97%	23	2%	5	1%
Sexe du Chef de ménage							
Masculin	6027	5537	92%	385	6%	105	2%
Féminin	964	883	92%	66	7%	15	2%
Quintile							
Quintile 1	1283	1235	96%	33	3%	15	1%
Quintile 2	1328	1278	96%	29	2%	21	2%
Quintile 3	1405	1309	93%	60	4%	36	3%

⁵⁸ La différence est significative ($p < 0,0001$)

⁵⁹ $p = 0,80$

⁶⁰ La différence observée est très significative ($p < 0,0001$)

Caractéristiques	n	Couvert par une assurance santé (Mutuelle santé ou autre)					
		Non couvert		Autre système d'assurance santé		Mutuelle santé	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Quintile 4	1441	1270	88%	146	10%	25	2%
Quintile 5	1534	1328	87%	183	12%	23	1%
Ensemble	6991	6420	92%	451	6%	120	2%

- b. Distribution de la subvention financière des dépenses par la mutuelle de santé ou toute autre forme d'assurance

Sur **25 cas de maladie** où la subvention financière des dépenses par une certaine forme d'assurance ou la mutuelle de santé a été évaluée, nous constatons que la moyenne est à 88,71\$ US (avec un écart type de 109,57\$). Comme il y a une forte dispersion, nous préférons considérer la subvention médiane, soit 50\$ US pour l'ensemble.

La subvention financière d'un cas type est plus élevée dans la ZS de Goma (120\$) contre respectivement 30\$ pour Karisimbi et 44\$ pour Nyiragongo.⁶¹

Les subventions moyennes par une certaine forme d'assurance ou la mutuelle de santé ne diffèrent pas significativement selon que le ménage est dirigé par un chef de sexe masculin ou féminin ⁶²et selon les différents quintiles⁶³.

Tableau 69 Distribution de la subvention financière des dépenses par une assurance, une mutuelle ou par l'employeur

Caractéristiques	n	Subvention moyenne en \$ US	Ecart type en \$ US	Subvention médiane en \$ US
Zone de santé				
Goma	11	160,73	135,28	120
Karisimbi	12	30,14	15,74	30
Nyiragongo	2	44,00	12,73	44
Sexe du Chef de ménage				
Masculin	23	92,14	113,39	50
Féminin	2	49,25	43,49	49,25
Quintile de bien-être				
Quintile 1	3	185,83	272,31	40
Quintile 2	3	21,88	18,57	30
Quintile 3	5	41,30	18,36	50
Quintile 4	5	66,00	35,60	60
Quintile 5	9	117,56	93,35	100
Ensemble	25	88,71	109,57	50

⁶¹ La différence des subventions financières moyennes par l'assurance ou la mutuelle diffère significativement d'une zone de santé à l'autre.

⁶² p=0,606

⁶³ p=0,270

2.7. CONSÉQUENCES MAJEURES DE L'ÉPISODE MALADIE

a. Conséquences majeures de l'épisode maladies

L'étude montre que dans l'ensemble, 3 épisodes sur 10 n'ont eu aucune conséquence pour le ménage.

Les 3 principales conséquences enregistrées par les ménages, sont la perte de revenu pour le ménage (31%), la perte de journées de travail pour le garde malade (31%) et pour le patient (30%). Ces 3 principales conséquences ont été plus ressenties par les ménages de la ZS de Nyiragongo et un peu moins par les ménages de la ZS de Goma.

On constate que 2% d'épisodes maladie ont eu comme conséquence « la perte d'emploi pour le patient ».

Tableau 70 Proportion des patients par conséquence de l'épisode maladie selon les Zones de santé

Conséquences majeures de l'épisode maladie *	Goma (n=193)	Karisimbi (n=590)	Nyiragongo (n=133)	Ensemble (n=916)
Perte de revenu du ménage causée par la suspension ou l'arrêt des activités productives du patient, de l'aidant et/ou de l'accompagnant	28%	30%	40%	31%
Perte des journées de travail pour le garde malade	30%	32%	34%	31%
Perte des journées de travail pour le patient	27%	29%	38%	30%
Perte d'emploi pour le patient	3%	1%	4%	2%
Dette	0%	0%	1%	0%
Mort	1%	0%	0%	0%
Aucune conséquence	33%	31%	21%	30%

*Plusieurs réponses possibles

Les ménages dirigés par les femmes ont plus enregistré les pertes de revenu, tandis que les ménages dirigés par les hommes ont plus enregistré les pertes des journées de travail pour le garde malade. Toutefois, les 3 principales conséquences sont similaires entre ces deux catégories de ménage.

Tableau 71 Proportion des patients par conséquence de l'épisode maladie selon le sexe du Chef de ménage

Conséquences majeures de l'épisode maladie *	Masculin (n=768)	Féminin (n=148)	Ensemble (n=916)
Perte de revenu du ménage causée par la suspension ou l'arrêt des activités productives du patient, de l'aidant et/ou de l'accompagnant	31%	34%	31%
Perte des journées de travail pour le garde malade	32%	28%	31%
Perte des journées de travail pour le patient	30%	30%	30%
Perte d'emploi pour le patient	1%	3%	2%
Dette	0%	0%	0%
Mort	0%	1%	0%
Aucune conséquence	31%	27%	30%

*Plusieurs réponses possibles

Le tableau suivant montre que la perte de revenu a été plus enregistrée par les ménages dans le quintile 5 et les pertes des journées du travail chez le garde malade et le patient ont été plus enregistrées dans les ménages du quintile 4.

Les épisodes qui n'ont entraîné aucune conséquence sont surtout ceux de quintiles 2 et 3. Ainsi, le niveau de pauvreté n'est pas clairement lié aux conséquences de l'épisode maladie.

Tableau 72 Proportion des patients par conséquence de l'épisode maladie selon le quintile

Conséquences majeures de l'épisode maladie*	Quintile 1 (n=187)	Quintile 2 (n=178)	Quintile 3 (n=188)	Quintile 4 (n=180)	Quintile 5 (n=183)	Ensemble (n=916)
Perte de revenu du ménage causée par la suspension ou l'arrêt des activités productives du patient, de l'aidant et/ou de l'accompagnant	32%	33%	31%	28%	34%	31%
Perte des journées de travail pour le garde malade	31%	31%	28%	34%	32%	31%
Perte des journées de travail pour le patient	30%	28%	30%	34%	28%	30%
Perte d'emploi pour le patient	4%	1%	1%	1%	1%	2%
Dettes	0%	0%	1%	0%	0%	0%
Mort	0%	0%	0%	0%	1%	0%
Aucune conséquence	28%	34%	34%	29%	26%	30%

*Plusieurs réponses possibles

b. Impact des épisodes maladie sur le revenu du ménage

L'impact des épisodes maladie a été calculé comme la différence entre le revenu total du mois précédent le (s) épisode(s) maladie et le revenu total du mois suivant le (s) épisode(s) maladie. Notons que c'est seulement pour 283 ménages où nous avons pu calculer le revenu total du mois suivant le (s) épisode (s) maladies. Ainsi, l'impact n'a été calculé que sur ces cas.

Les résultats présentés dans le tableau suivant montrent que ces 283 ménages, 40% ont enregistré des diminutions de revenu du ménage, 54% n'ont pas connu de changement de leur revenu et 6% ont enregistré une augmentation de leur revenu.

L'étude montre que la diminution du revenu a été moins ressentie par les ménages de la Zone de santé de Karisimbi (37%) par rapport aux deux autres ZS de Goma (43%) et Nyiragongo (44%). Les augmentations de revenu ont été plus enregistrées dans la ZS de Nyiragongo (18% par rapport aux ZS de Goma (5%) et Karisimbi (4%).⁶⁴

⁶⁴ Les variations de revenu sont significativement différentes entre les Zones de santé (p=0,036, Test exact)

Les variations de revenu ne diffèrent pas significativement selon que le ménage est dirigé par un homme ou une femme⁶⁵ et selon les différents quintiles du bien-être⁶⁶.

Tableau 73 Variation du revenu du ménage un mois avant et un mois après les épisodes maladie

Caractéristique	n	Diminution du revenu		Pas de changement du revenu		Augmentation du revenu	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Zone de santé							
Goma	79	34	43%	41	52%	4	5%
Karisimbi	170	63	37%	100	59%	7	4%
Nyiragongo	34	15	44%	13	38%	6	18%
Sexe du chef de ménage							
Masculin	242	94	39%	134	55%	14	6%
Féminin	41	18	44%	20	49%	3	7%
Quintile de bien-être							
Quintile 1	53	17	32%	31	58%	5	9%
Quintile 2	50	18	36%	29	58%	3	6%
Quintile 3	72	35	49%	35	49%	2	3%
Quintile 4	49	22	45%	24	49%	3	6%
Quintile 5	59	20	34%	35	59%	4	7%
Total	283	112	40%	154	54%	17	6%

c. Réduction du revenu moyen selon les principales sources

- Dans l'ensemble, le revenu moyen d'un ménage un mois avant le(s) épisode(s) maladie est de 202,46\$ (avec un écart type de 301,88\$) tandis que le revenu moyen un mois après le(s) épisode(s) maladie est de 186,15 \$ (avec un écart type de 251,52\$).⁶⁷ Les revenus d'un ménage type (valeurs médianes) sont respectivement de 140\$ un mois avant le(s) épisodes maladie et 120\$ le mois suivant les épisodes maladie.
- Le revenu moyen d'un ménage un mois avant le(s) épisodes maladie dans la ZS de Goma est 2,5 fois plus grand que celui d'un ménage dans la ZS de Nyiragongo et 1,5 fois plus élevé que celui d'un ménage de la ZS de Karisimbi.⁶⁸ Cela confirme le fait que les conditions de vie sont plus favorables dans les ménages de la ZS de Goma et moins favorables dans la ZS de Nyiragongo. Un ménage type de la ZS de Goma a un revenu de 200\$ contre 100\$ pour celui de la ZS de Nyiragongo et 133\$ pour celui de la ZS de Karisimbi.

⁶⁵ p=0,759

⁶⁶ p=0,536

⁶⁷ Etant donné que les coefficients de variation relative avant et après les épisodes malades sont très supérieurs à 30%, ce qui signifie une très forte dispersion, nous allons interpréter les revenus médians dans les deux cas.

⁶⁸ La différence des revenus moyens est très significative (p<0,0001)

- Notons toutefois, que lorsqu'on compare les revenus moyens du mois suivant le(s) épisode(s) maladie, la différence entre les Zones de santé n'est plus significative.⁶⁹ Néanmoins, le revenu d'un ménage type un mois après le(s) épisode(s) maladie reste environ 2 fois plus élevé dans la ZS de Goma par rapport à la ZS de Nyiragongo et 1,4 fois celui de la ZS de Karisimbi
- Les revenus moyens avant comme après le(s) épisode(s) ne sont pas significativement différent entre les ménages dirigés par les femmes et ceux dirigés par les hommes.⁷⁰ Cependant, le revenu d'un ménage type dirigé par un homme est environ 2 fois plus que celui d'un ménage dirigé par une femme, avant comme après le (s) épisode(s) maladie.
- La comparaison des revenus moyens et médians des quintiles du bien-être montre une gradation⁷¹. Cela confirme la différence de niveau de pauvreté entre les différents groupes de 20% de ménage qui forment les quintiles. Le ménage type du quintile 5 avait un revenu 4 fois plus élevé que celui du quintile 1.

⁶⁹ $p=0,158$

⁷⁰ Pour les revenus moyens avant les épisodes maladies, $p=0,933$ tandis que pour les revenus moyen après, $p=0,078$

⁷¹ Les différences constatées avant comme après les épisodes maladie sont très significatives entre les différents quintiles de bien-être ($p<0,0001$)

Tableau 74 Revenu moyen du mois précédent et du mois suivant le (s) épisode (s) maladie

Caractéristiques	n	Revenu moyen du mois précédent le(s) épisode(s) en \$ US	Ecart type en \$ US	Revenu médian du mois précédent le(s) épisode(s) en \$ US	n	Revenu moyen du mois suivant le(s) épisode(s) en \$ US	Ecart type en \$ US	Revenu médian du mois suivant le(s) épisode(s) en \$ US
Zone de santé								
Goma	193	286,18	516,78	200	79	183,83	145,03	150
Karisimbi	589	194,46	220,71	133	170	202,16	304,66	107
Nyiragongo	133	116,35	87,00	100	34	111,46	92,06	80
Sexe du Chef de ménage								
Masculin	767	202,83	215,98	150	242	197,00	263,64	130
Féminin	148	200,54	568,82	80	41	122,07	149,34	70
Quintile du bien-être								
Quintile 1	186	86,80	96,89	62	53	94,22	118,36	70
Quintile 2	178	145,75	113,41	120	50	95,41	84,62	65
Quintile 3	188	164,56	143,05	120	72	153,39	141,02	100
Quintile 4	180	240,17	232,57	188	49	264,87	362,90	190
Quintile 5	183	377,00	557,72	253	59	320,20	340,57	200
Ensemble	915	202,46	301,88	140	283	186,15	251,52	120

Nous avons comparé le revenu moyens de 283 ménages spécifiques pour lesquels l'évaluation du revenu un mois après les épisodes maladies a été possible. Le revenu moyen est allé de 216,52\$ avant les épisodes maladie à 186,15\$ après les épisodes maladie, soit une réduction relative de 14%. Les ménages types sont allé de 150\$ avant les épisodes maladie à 120\$ après les épisodes maladie, soit une réduction de 20%.

Seuls les ménages types du quintile 1 ont vu leur revenu augmenter de 12%. Tous les autres regroupement ont connu une diminution de leur revenu moyen ou médian après les épisodes maladie comme on peut le lire dans le tableau suivant.

Tableau 75 Comparaison des revenus moyens et médians du mois précédent et du mois suivant le (s) épisode (s) maladie

Caractéristiques	n	Revenu moyen du mois précédent le(s) épisode(s) en \$ US	Ecart type en \$ US	Revenu moyen du mois suivant le(s) épisode(s) en \$ US	Ecart type en \$ US	Réduction relative du revenu moyen	Revenu médian du mois précédent le(s) épisode(s) en \$ US	Revenu médian du mois suivant le(s) épisode(s) en \$ US	Réduction relative du revenu médian
Zone de santé									
Goma	79	216,12	152,16	183,83	145,03	-15%	200	150	-25%
Karisimbi	170	234,61	312,55	202,16	304,66	-14%	131,65	106,68	-19%
Nyiragongo	34	127,03	100,61	111,46	92,06	-12%	105	80	-24%
Sexe du Chef de ménage									
Masculin	242	226,41	269,76	197,00	263,64	-13%	150	130	-13%
Féminin	41	158,16	178,65	122,07	149,34	-23%	78,6	70	-11%
Quintile de bien-être									
Quintile 1	53	103,72	125,01	94,22	118,36	-9%	62,5	70	12%
Quintile 2	50	128,39	102,68	95,41	84,62	-26%	100	64,85	-35%
Quintile 3	72	197,73	172,54	153,39	141,02	-22%	151,25	100	-34%
Quintile 4	49	290,45	362,76	264,87	362,90	-9%	200	190	-5%
Quintile 5	59	354,09	341,03	320,20	340,57	-10%	250	200	-20%
Ensemble	283	216,52	259,41	186,15	251,52	-14%	150	120	-20%

a. Revenu moyen selon les principales sources

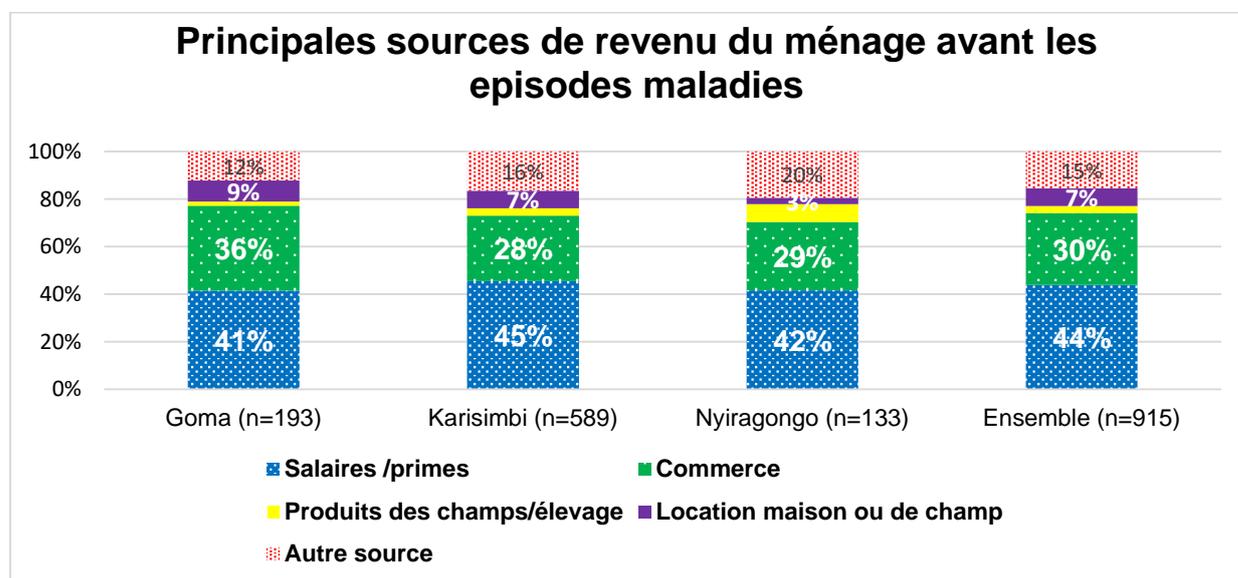
Comme l'illustre le tableau et la figure ci-dessous, les 2 principales sources de revenu sont pour un peu plus de 4 ménages sur 10, le « *salaire ou prime* » et pour 3 ménages sur 10, « *le commerce* » dominé par le petit commerce⁷².

La proportion des ménages qui a comme source principale le salaire ou prime est plus importante dans la Zone de santé de Karisimbi (45%). Tandis que le commerce est la source de revenu pour une plus grande proportion des habitants de la ZS de Goma (36%).

Tableau 76 Principales sources de revenu par zone de santé

Sources de revenu	Goma (n=193)		Karisimbi (n=589)		Nyiragongo (n=133)		Ensemble (n=915)	
	Revenu moyen en \$	%						
Salaires /primes	118,73	41%	88,41	45%	48,40	42%	88,99	44%
Commerce	102,00	36%	53,64	28%	33,47	29%	60,91	30%
Produits des champs/élevage	5,18	2%	5,96	3%	8,70	7%	6,19	3%
Location maison ou de champ	25,27	9%	14,45	7%	3,09	3%	15,08	7%
Autre source	35,00	12%	32,01	16%	22,70	20%	31,29	15%
Total	286,18	100%	194,46	100%	116,35	100%	202,46	100%

Les autres sources de revenu sont : la débrouillardise, le don et les petits métiers.



2.8. DEPENSES DU MENAGE UN MOIS AVANT LES EPISODES DE 3 DERNIERS MOIS

Pour estimer les dépenses du ménage, nous nous sommes basé sur une période de 30 jours (un mois). La question posée à chaque ménage était : « *Les 30 derniers jours qui*

⁷² Le *petit commerce* désigne des transactions commerciales journalières ne dépassant pas 100 USD.

ont précédé votre ou vos épisodes de maladie, combien avez-vous dépensés pour différents besoins du ménage ». L'évaluation concernait : « les dépenses alimentaires » et globalement toutes « les autres dépenses ». Dans le contexte de notre pays, il s'agit ici d'une estimation relativement plus fiable du revenu des ménages. En effet, les ménages évaluent plus facilement leurs dépenses que leurs recettes.

2.8.1 Dépenses moyenne globale

On constate que dans l'ensemble des ménages, la dépense moyenne globale est de 208,85\$ (avec un écart type de 377,21\$)⁷³. Le ménage type de la ville de Goma dépense mensuellement 155,63\$.

Comme l'illustre le tableau suivant, la dépense mensuelle moyenne ne diffère pas significativement entre les zones de santé⁷⁴, entre les ménages dirigés par les femmes et les hommes⁷⁵.

Toutefois, on observe une gradation significative entre les quintiles de bien-être. Les ménages du quintile 5 (le plus élevé) dépensent en moyenne 3 fois plus que ceux du quintile 1 (le plus bas)⁷⁶.

Tableau 77 Dépense mensuelle moyenne et médiane

Caractéristique	n	Dépense totale moyenne en \$ US	Ecart type en \$ US	Dépense totale médiane en \$ US
Zone de santé				
Goma	193	247,56	400,44	182,81
Karisimbi	589	193,20	156,83	152,81
Nyiragongo	133	221,97	799,35	125,00
Sexe du Chef de ménage				
Masculin	767	209,40	361,06	159,00
Féminin	148	205,99	453,16	122,50
Quintile de bien-être				
Quintile 1	186	106,01	78,94	84,31
Quintile 2	178	154,00	98,51	133,06
Quintile 3	188	166,72	106,75	145,94
Quintile 4	180	268,02	413,48	190,31
Quintile 5	183	351,82	692,33	250,00
Ensemble	915	208,85	377,21	155,63

⁷³ Le coefficient de variation relative est au-delà de 100%. Il y a donc une très forte dispersion. Nous préférons interpréter la médiane.

⁷⁴ p=0,201

⁷⁵ p=0,920

⁷⁶ La différence est très significative p<0,0001

2.8.2 Dépenses moyenne par personne par jours

Nous avons calculé les dépenses des ménages par personne par jour. Les résultats montrent que 28% des ménages dépenses tout au plus 0,5\$ par personne par jour. Ces ménages vivent loin en dessous du seuil de pauvreté absolue considéré couramment par la Banque Mondiale à 2\$ par personne par jour. Il y a 65% qui dépensent tout au plus 1\$ par personne par jour et $\frac{1}{4}$ de ménages qui dépensent entre 1\$ et 2\$ par personne par jour. C'est seulement 1 ménage sur 10 qui dépense plus de 2\$ par personne par jour.

La proportion de ménages qui dépensent au-delà de 1\$ par personne par jour est plus élevée dans la ZS de Goma (44%). Elle est moins élevée dans la ZS de Karisimbi (34%) et très faible dans la ZS de Nyiragongo (21%)⁷⁷.

On constate que la répartition des ménages en fonction des dépenses par personne par jour ne diffère pas entre les ménages dirigés par les femmes et ceux dirigés par les hommes⁷⁸.

La proportion des ménages qui vivent sous le seuil de pauvreté absolu diffèrent d'un quantile à l'autre et les résultats du tableau suivant montrent que les quintiles identifient bien les ménages selon le degré de pauvreté. En effet, on constate qu'il y a seulement 2% de ménages qui ont une dépense supérieure à 2\$ par personne par jours dans le quintile plus bas versus 21% pour le quintile le plus élevé⁷⁹.

⁷⁷ La différence observé est très significative ($p < 0,0001$)

⁷⁸ $p = 0,687$

⁷⁹ La différence est très significative ($p < 0,0001$)

Tableau 78 Dépense moyenne par personne par jour

Caractéristiques	n	Dépense par personne par jours							
		0\$ à 0,5\$		0,51\$ à 1\$		1,01\$ à 2\$		> 2\$	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Zone de santé									
Goma	193	51	26%	55	28%	67	35%	20	10%
Karisimbi	589	157	27%	232	39%	143	24%	57	10%
Nyiragongo	133	49	37%	56	42%	17	13%	11	8%
Sexe du Chef de ménage									
Masculin	767	212	28%	291	38%	193	25%	71	9%
Féminin	148	45	30%	52	35%	34	23%	17	11%
Quintile de bien-être									
Quintile 1	186	103	55%	52	28%	28	15%	3	2%
Quintile 2	178	49	28%	89	50%	30	17%	10	6%
Quintile 3	188	59	31%	75	40%	40	21%	14	7%
Quintile 4	180	29	16%	62	34%	67	37%	22	12%
Quintile 5	183	17	9%	65	36%	62	34%	39	21%
Ensemble	915	257	28%	343	37%	227	25%	88	10%

2.8.3 Dépenses moyennes pour les produits alimentaires

L'alimentation pèse lourd dans le budget des ménages pauvres. Pour eux, cette dépense de subsistance dépasse largement celle liée au logement ou aux transports⁸⁰.

Dans l'ensemble, les ménages visités dépensent autour de 60% de leur revenu pour l'alimentation.

On constate aussi que le montant consacré à l'alimentation augmente inversement au niveau de pauvreté comme l'illustrent les quintiles de bien-être⁸¹. Le ménage du quintile supérieur (quintile 5) dépense pour l'alimentation un montant équivalent à 1,5 fois le montant dépensé pour l'alimentation par un ménage du quintile le plus bas (quintile 1).

Tableau 79 Dépenses mensuelle pour les produits alimentaires

Caractéristiques	n	Dépense moyenne pour les produits alimentaires en \$ US	Ecart type en \$ US	Dépense médiane pour les produits alimentaires en \$ US
Zone de santé				
Goma	193	161,32	385,78	117,19
Karisimbi	589	119,71	89,57	93,75
Nyiragongo	133	88,50	59,55	75,00
Sexe du Chef de ménage				
Masculin	767	120,40	87,67	100,00
Féminin	148	142,35	438,45	87,81
Quintile de bien-être				
Quintile 1	186	70,54	47,25	56,25
Quintile 2	178	95,73	59,34	87,81
Quintile 3	188	105,99	70,95	93,75
Quintile 4	180	179,79	399,59	138,75
Quintile 5	183	169,21	104,29	141,56
Total	915	123,95	193,46	93,75

2.9. ANALYSE DU GENRE

Sous ce paragraphe nous essayons de ressortir les barrières (culturelles, sociales, économique etc.) chez les femmes ; comment la femme et l'homme participent-ils à la prise de décision du choix du type et du lieu de recours en cas de maladie dans le ménage et quelques statistiques désagrégées entre les ménages dirigés par les hommes et par les femmes. Nous montrons également quelles sont les implications de ces barrières.

Notre échantillon concerne 1000 ménages dont la composition montre un taux de féminité de 51% et un rapport de masculinité de 97 hommes pour 100 femmes. La structure de la population montre que 45,3% et 44,3% parmi les personnes respectivement de sexe

⁸⁰ ISEE, Synthèse N° 27, Edition Octobre 2013.

⁸¹ Les dépenses moyennes diffèrent significativement entre les quintiles ($p < 0,0001$)

masculin et féminin sont âgées de moins de 15 ans. Ceci est à la fois un atout mais également un défi pour le développement de la ville de Goma.

Dans l'ensemble des ménages visités, 17% sont dirigés par les femmes. La proportion de ménages dirigés par les femmes est plus importante dans la ZS de Karisimbi par rapport à la ZS Goma et moins élevée dans la Zone de santé de Nyiragongo.

Notons que l'éducation de la femme continue à être une barrière à son épanouissement. Les femmes chef de ménage n'ont pas un bon niveau d'instruction comparativement à leurs homologues hommes. En effet, l'étude montre que 28% de chefs de ménage de sexe féminin n'ont pas étudié contre 5% chez les chefs de ménage de sexe masculin. De plus, on constate que plus de la moitié de femmes chefs de ménage (55%) n'ont pas dépassé l'école primaire contre 23% seulement pour les hommes. Les messages de sensibilisation à la santé n'atteindront pas facilement la femme qui pourtant est l'actrice principale dans l'encadrement à domicile des patients.

Il serait intéressant de prévoir des séances d'alphabétisation des adultes ou à défaut utiliser les panneaux d'affichage, le théâtre et les émissions radio pour élever tant soit peu le niveau d'éducation des femmes.

Les Chefs de ménage de sexe masculin exercent principalement des emplois du secteur public, du secteur privé et informel. Tandis que les chefs de ménage femmes exercent le commerce, le travail informel ou sont en chômage (ou simplement ménagères). Le bas niveau de formation de la femme, la marginalisation de la femme pourraient justifier l'emploi exercé par les femmes. Cela justifie les faits que les principales sources de revenu diffèrent significativement selon que le ménage est dirigé par une femme ou un homme.

Les résultats de l'étude montrent que plus de 6 ménages sur 10 dirigés par les femmes (64%) sont propriétaires de leur logement contre 57% pour les ménages dirigés par les hommes. La majorité des femmes chef de ménage étant formée des veuves, une faible proportion occupe des maisons louées et une proportion plus importante que chez les chefs de ménage masculins est hébergée par des tiers.

Les matériaux de construction, les toitures et les pavements des maisons habitées par les ménages dirigés par les hommes et ceux dirigés par les femmes ne sont pas significativement différents. On constate que les maisons habitées par des ménages dont le chef est de sexe masculin ont en moyenne plus de chambres que celles habitées par les ménages dont le chef est de sexe féminin. Toutefois, 55% des ménages dirigés par les hommes contre 41% pour les ménages dirigés par les femmes ont 3 et plus de personnes par chambre à coucher. Le problème de promiscuité serait plus constaté dans les ménages dirigés par les hommes.

Les principales sources d'approvisionnement en eau, le type et qualité de latrines utilisées et le combustible utilisé pour cuisiner ne diffèrent pas entre les ménages dirigés par les femmes et les hommes.

Notons que le combustible utilisé pour cuisiner par la quasi-totalité des ménages (96%) dans la ville de Goma est « *le charbon de bois* ». De plus, le bois est utilisé pour cuisiner par 2 ménages sur 10. Il s'agit des combustibles solides qui ont un effet négatif sur la qualité de l'air dans le logement.

Les ménages dirigés par les femmes sont plus pauvres et possèdent moins de biens considérés comme des indicateurs de bien-être socio-économique que ceux dirigés par les hommes. En effet, plus de la moitié des ménages dirigés par les femmes (52%) sont situés dans les deux premiers quintiles de bien-être contre seulement 37% pour ceux dirigés par les hommes.

On constate aussi une surmortalité dans les ménages dirigés par les femmes (21,78 ‰) par rapport à ceux dirigés par les hommes (7,13 ‰).

Les maladies fréquentes sont sensiblement les mêmes dans les ménages dirigés par les hommes et par les femmes. Cependant, lorsqu'on considère les cinq maladies les plus fréquentes, on constate qu'au delà du syndrome palustre, des diarrhées/troubles digestifs, des infections respiratoires aiguës supérieures et inférieures et des maux de tête on peut ajouter pour les ménages dirigés par les femmes les maladies cardio vasculaires et les maladies rhumatismales.

La proportion de patients qui ne cherchent aucun soin est plus élevée dans les ménages dirigés par les femmes (11%) contre 6% pour ceux dirigés par les hommes. Les ménages dirigés par les femmes étant les plus pauvres, il est normal que la raison principale du manque de soins soit « le manque d'argent »

Les patients des ménages dirigés par les hommes et les femmes orientent sensiblement de la même manière leur choix du recours aux soins. Il s'agit en priorité du coût abordable et de la proximité de leur domicile. Les niveaux et les raisons de satisfaction au premier recours ne diffèrent pas significativement selon qu'il s'agit des ménages dirigés par les femmes (68%) et ceux dirigés par les hommes (70%). De plus, la raison principale d'insatisfaction lors du premier recours reste « *la mauvaise prise en charge* » quel que soit le type de ménage.

C'est dans près de 8 ménages sur dix dirigés par les femmes (79%) et dans moins de la moitié dirigé par les hommes (46%) que les chefs de ménages décident seul du type et lieu de recours. C'est aussi dans les ménages dirigés par les femmes que l'on trouve une proportion importante d'autres personnes (au-delà du couple) qui prennent les décisions sur le type et le lieu de recours (17% pour ménages dirigés par les femmes contre seulement 5% pour ceux dirigés par les hommes). La femme sera toujours marginalisée dans les espaces de décisions, ce qui peut freiner son épanouissement intégral et limiter sa participation aux actions visant l'amélioration de la santé du ménage.

La différence des coûts moyens pour l'ensemble de recours et la répartition des répondants qui trouvent que les coûts de soins pour l'entièreté de recours sont « *trop chers* » ne diffèrent pas significativement entre les patients des ménages dirigés par les femmes et ceux dirigés par les hommes.

Concernant les stratégies pour payer les dépenses liées à la maladie, 71% des ménages dirigés par les hommes contre 56% pour ceux dirigés par les femmes, qui font recours au revenu du ménage. On constate que près de 3 patients sur 10 issue des ménages dirigés par les femmes font recours à l'aide de membres de la famille, des voisins ou des amis. Cette stratégie confirme qu'il y a une proportion plus importante des ménages dirigés par les femmes parmi les pauvres.

La proportion des habitants couverts par un certain système d'assurance ne diffère pas selon que le ménage est dirigé par une femme ou un homme. Il n'y a pas aussi des différences entre les deux catégories de ménages concernant les subventions moyennes versées pour les patients par une certaine forme d'assurance ou la mutuelle de santé.

En cas de maladie, les ménages dirigés par les femmes et les hommes enregistrent de manière similaire les pertes de revenu (les variations de revenu ne diffèrent pas significativement selon que le ménage est dirigé par un homme ou une femme), les pertes des journées de travail pour le garde malade et le patient.

La dépense mensuelle moyenne ne diffère pas significativement entre les ménages dirigés par les femmes et les hommes.

Globalement quelques différences sont observées entre les deux catégories de ménages et pourraient expliquer la vulnérabilité des ménages dirigés par les femmes.

CONCLUSION

La présente enquête transversale sur l'itinéraire thérapeutique de la patientèle dans la Ville de Goma s'est déroulée au mois de septembre 2017 par sondage aléatoire simple. Elle compare les résultats dans trois Zones de santé à savoir Goma, Karisimbi et la partie urbaine de Nyiragongo. Elle compare également les résultats dans les ménages dirigés par les hommes et les femmes et par rapport aux cinq quintiles de bien-être.

L'étude montre qu'en cas de maladie, 7% de patients ne cherchent pas de soins soit par manque d'argent, soit par négligence de la gravité de la maladie. Plus de la moitié des patients se décident de chercher les soins en première intention principalement par *achat des médicaments dans les pharmacies sans prescription ou automédication*. Il est connu que l'automédication comporte d'énormes risques et conséquences. Les principales maladies pour lesquelles la patientèle achète des médicaments dans la pharmacie sans prescription sont : le paludisme, les diarrhées/troubles digestifs et les infections des voies respiratoires aiguës supérieures.

Les autres patients choisissent principalement les structures avec médecins même en dehors de leur aire de santé (10%) ou des hôpitaux (9%) et le centre de santé de l'aire ne vient qu'en quatrième position (avec seulement 7%).

La principale raison pour le choix de la structure en première intention est le « *coût abordable* ». Cela est tout à fait explicable car il y a 65% de ménages dont les dépenses moyennes par personne par jour ne dépassent pas 1\$ et 90% dont les dépenses moyennes par personne par jour ne dépassent pas le seuil de pauvreté absolu fixé couramment à 2\$ par la Banque mondiale. Cette raison est suivie du choix des « *structures à proximité de l'habitation* » ou lorsqu'on « *estime que c'est le meilleur choix pour la maladie* ». Le critère de choix selon « *La bonne qualité des soins* » ne vient seulement qu'en quatrième position. L'étude montre que dans l'ensemble, 7 sur 10 patients sont satisfaits de leur premier recours. Les principaux motifs de satisfaction des patients au premier recours sont : la Bonne prise en charge, la disponibilité des médicaments et le prix ou tarification abordable.

Une raison d'insatisfaction domine dans toutes les Zones de santé. Il s'agit de la « *mauvaise prise en charge* » observée pour plus de 8 sur 10 patients non satisfaits. Parmi les patients non satisfaits de leur premier recours, 34% n'ont cherché aucun autre soin (surtout les ménages les plus pauvres), 15% ont poursuivi les soins par automédication moderne, 13% sont allés chercher les soins dans des structures avec médecins, 13% sont allés dans les hôpitaux et seulement 7% dans le Centre de santé de l'aire.

Au deuxième recours, le choix de la structure est principalement orienté par la « *qualité de soins* » dans la ZS de Goma, « *la proximité de la structure par rapport au lieu d'habitation* » pour la ZS de Karisimbi et « *le recours adapté à la maladie* » pour la ZS de Nyiragongo. Le « *coût abordable* » vient en deuxième position. Les critères de choix varient selon que le ménage est très pauvre ou moins pauvre. On constate que 8 sur 10 patients sont satisfaits de leur deuxième recours qu'ils expliquent par « *une bonne prise en charge* ».

Parmi les patients non satisfaits de leur deuxième recours, plus de la moitié n'ont fait aucun recours. Les restants ont principalement fait recours à l'automédication. Peu d'entre eux ont consulté et cherché les soins dans les structures avec médecins hors de l'aire de santé ou dans le CS de l'aire ou chez les guérisseurs.

Un patient type paie 10,66\$ pour l'ensemble de recours. On constate qu'un patient type de la ZS de Goma paie pour l'entièreté de ses recours, 3,3 fois plus qu'un patient type de la ZS de Nyiragongo et 1,6 fois plus que celui de la ZS de Karisimbi. Près de 4 patients sur 10 trouvent que le coût payé pour l'ensemble de recours est « *très cher* ».

La principale stratégie utilisée par près de 7 ménages sur 10 pour payer toutes les dépenses liées à la maladie est le recours au revenu du ménage. On ne peut pas négliger l'aide des amis ou membres de la famille et l'endettement après des tiers ou de la formation sanitaire. Dans l'ensemble, il n'y a que 8% des habitants qui sont couverts par un système d'assurance santé. La subvention financière type des dépenses par une certaine forme d'assurance ou la mutuelle de santé est de 50\$.

L'étude montre que dans l'ensemble, 3 épisodes sur 10 n'ont eu aucune conséquence pour le ménage. Les 3 principales conséquences enregistrées par les ménages, sont la perte de revenu pour le ménage (31%), la perte de journées de travail pour le garde malade (31%) et pour le patient (30%). Concernant l'impact des épisodes maladie sur le revenu du ménage, 40% ont enregistré des diminutions de revenu, 54% n'ont pas connu de changement de leur revenu et 6% ont enregistré une augmentation de leur revenu. Le ménage type a connu une réduction relative de 20% de son revenu à la suite des épisodes maladie.

L'étude a permis également de déterminer les caractéristiques des enquêtés et les conditions de vie de la population.

La composition moyenne d'un ménage est de 7 personnes. La pyramide des âges de la population de la Ville de Goma présente une base élargie qui se rétrécit rapidement en accent circonflexe. Ceci est la caractéristique des pays à forte fécondité et à forte mortalité. Concernant la mortalité, les résultats montrent que le taux de mortalité est plus élevé dans la Zone de santé de Nyiragongo (11,09 ‰) par rapport aux deux autres Zones de santé. On constate aussi une surmortalité dans les ménages dirigés par les femmes (21,78 ‰) et dans les ménages du premier quintile du bien-être (21,03 ‰). « L'autopsie communautaire » indique que la majorité de cas meurent de poison (communément appelé Karuho) ou sorcellerie, du syndrome palustre, des maladies cardiovasculaires, y compris l'hypertension artérielle, l'AVC, des traumatismes/accidents et des diarrhées/ troubles digestifs. Notons que le combustible utilisé pour cuisiner par la quasi-totalité des ménages (96%) dans la ville de Goma est « *le charbon de bois* ». De plus, le bois est utilisé pour cuisiner par 2 ménages sur 10. Il s'agit des combustibles solides qui ont un effet négatif sur la qualité de l'air dans le logement.

Les maisons habitées avec en moyenne 3 chambres à coucher sont en majorité en planches avec des toitures en tôles et des pavements principalement en ciments ou carreaux dans les ZS de Goma et Karisimbi et en terre battue dans la ZS de Nyiragongo. Moins de 7 sur 10 ménages ont accès à l'eau potable et 8 sur 10 utilisent des latrines non adéquates.

L'analyse du genre nous permet de voir que dans l'ensemble des ménages visités, 17% sont dirigés par les femmes (en proportion plus importante dans la ZS de Karisimbi). L'éducation de la femme continue à être une barrière à son épanouissement. Les femmes chef de ménage n'ont pas un bon niveau d'instruction comparativement à leurs homologues hommes. En effet, on constate que plus de la moitié de femmes chefs de ménage n'ont pas dépassé l'école primaire contre 23% seulement pour les hommes. Cela explique que les messages de sensibilisation à la santé n'atteindront pas facilement la femme qui pourtant est l'actrice principale dans l'encadrement à domicile des patients.

Les Chefs de ménage de sexe masculin exercent principalement des emplois structurés et formel des secteurs publics, privés et aussi informel ou la débrouillardise. Par contre les chefs de ménage femmes exercent le petit commerce, le travail informel ou sont simplement ménagères considérés comme chômeurs. Le bas niveau de formation de la femme, la marginalisation de la femme pourraient justifier l'emploi non structuré exercé par les femmes.

Le problème de promiscuité serait plus constaté dans les ménages dirigés par les hommes. En effet, 55% des ménages dirigés par les hommes contre 41% pour les ménages dirigés par les femmes ont 3 et plus de personnes par chambre à coucher.

Les ménages dirigés par les femmes sont plus pauvres et possèdent moins de biens considérés comme des indicateurs de bien-être socio-économique par rapport à ceux dirigés par les hommes. En effet, plus de la moitié des ménages dirigés par les femmes (52%) sont situés dans les deux premiers quintiles de bien-être contre seulement 37% pour ceux dirigés par les hommes.

La proportion de patients qui ne cherchent aucun soin est plus élevée dans les ménages dirigés par les femmes (11%) contre 6% pour ceux dirigés par les hommes.

Globalement quelques différences sont observés entre les deux catégories de ménages et pourrait expliquer la vulnérabilité des ménages dirigés par les femmes.

Recommandations

Pour le Ministère Provinciale du genre, les Organisations non gouvernementales et les partenaires techniques et financiers

- Il serait intéressant de prévoir des séances d'alphabétisation des adultes ou à défaut utiliser les panneaux d'affichage, le théâtre et les émissions radio pour élever tant soit peu le niveau d'éducation des femmes.
- Autonomiser les femmes, surtout celles qui sont cheffes de ménage en organisant des activités génératrices de revenu ou en octroyant de crédits rotatif pour qu'elles soient à mesure de prendre en charge les soins des membres de leurs ménages.
- Sensibiliser les couples pour qu'ils accordent une attention particulière au rôle de la femme surtout dans la prise de décision en matière de type et lieu de recours aux soins pour les membres du ménage

Pour la Mairie de la Ville de Goma

- Renforcer la disponibilité d'eau potable jusque dans le Nyiragongo pour réduire l'achat de l'eau non sécurisée chez des vendeurs
- Sensibiliser la population sur l'utilisation des latrines hygiéniques
- Améliorer la disponibilité du courant électrique en vue de réduire l'utilisation des énergies solides comme le charbon de bois et le bois.

Pour la Division Provinciale de la santé

- Exiger la présence des pharmaciens qualifiés, veiller à renforcer la régulation et la certification des officines pharmaceutiques respectant les normes parmi les nombreuses qui pullulent dans la ville de Goma et fermer ceux qui constituent un danger pour la population
- Veiller à renforcer la qualité des médicaments et leur conservation en vue de réduire les risques en cas d'automédication

- Sensibiliser la population sur les risques et les conséquences de l'automédication
- Etablir des listes des produits qui pourraient être achetés sans prescription dans les pharmacies

Pour le Ministère de la santé et les partenaires techniques et financiers

- Poursuivre la réflexion en cours sur la réorganisation des services de santé urbains, au regard des résultats de cette étude ;
- Etudier attentivement l'offre des soins, y compris les officines pharmaceutiques compte tenu de leur rôle joué dans le premier recours aux soins;
- Mettre en place des stratégies pouvant permettre d'améliorer le plateau technique, la disponibilité des médicaments et assurer la présence du personnel qualifié y compris les médecins dans les Centres de santé pour attirer les patients qui ont tendance à chercher les soins en dehors de l'aire de santé.
- Renforcer les capacités du personnel dans les structures sanitaires tant publiques que privées pour améliorer l'accueil et assurer une bonne prise en charge des patients
- Pour permettre l'accessibilité financière à la population, il est souhaitable de contracter et subventionner les structures (publiques et privées) en vue d'améliorer la qualité des soins et réduire le coût de soins.
- Faire une mise à jour régulière de la cartographie des structures sanitaires dans les différentes Zones de santé
- Evaluer régulièrement la qualité des soins dans les structures sanitaires tant publiques que privées

Pour le Ministère du plan et son service spécialisé l'INS

- Organiser le recensement général de la population en vue d'obtenir des bases de sondage plus ou moins fiables

BIBLIOGRAPHIE

1. Chenge Mukalenge Faustin (2013) De la nécessité d'adapter le modèle de district au contexte urbain : Exemple de la ville de Lubumbashi en RD Congo. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 22, 2003 Series editors: W. Van Lerberghe, G. Kegels, V. De Brouwere ©ITGPress, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerp, Belgium. 130p.
2. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Questions d'économie de la santé* 2011 ; 169 :1-8.
3. Dominique Desplats (2011). Faisabilité de l'installation des médecins privés communautaires en Afrique et à Madagascar. *Facts reports*, pp55-64
4. Grodos D et Tonglet R. Maîtriser un espace urbain cohérent et performant dans les villes d'Afrique subsaharienne : le district de sante à l'épreuve. *Tropical Medicine and International Health* 2002 ; 7(2) : 977-992.
5. Kapinga Mulume Kala B. Enquête sur les coûts des soins de santé dans la province du Nord Kivu. Rapport final. Ministère de la Santé/Projet Banque Mondiale, Kinshasa, 2015.
6. Laurence Codjia, Françoise Jabot, Henri Dubois (2010). Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées. Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé au Mali. OMS, Genève, 54p
7. Mabela Ddm, Automédication dans la ville de Lubumbashi, mémoire, Université de Lubumbashi, 2010.
8. Manzambi JK. Les déterminants du comportement de recours au tradipraticien en milieu urbain africain: résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo. *Revue Psychologie et Société Nouvelle* 2009 ; 7 :3-19.
9. Marcellini A, Turpin JP, Rolland Y et Ruffié S. Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine. Le recours aux thérapies alternatives : une éducation à un « autre corps » ? *Corps et culture* [En ligne], Numéro 5 | 2000, mis en ligne le 24 septembre 2007, URL : <http://corpsetculture.revues.org/710>
10. Ministère de la santé de la RDC. Plan national de développement sanitaire 2016-2020. Vers la couverture sanitaire universelle. Ministère de la santé de la RDC, Kinshasa, 2016, 97p
11. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en Œuvre de la Révolution de la Modernité, Ministère de la Santé Publique, *Enquête démographique et de Santé* (2013-2014), Rockville, Maryland, USA, septembre 2014,
12. Monique Van Dormael et Sylvie Dugas (2000). Projet de recherche « Médecine de première ligne dans les pays en développement ». Etude de cas « Mali ». IMT Anvers, 54p
13. Nkoma PP. Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : Les déterminants du recours à l'automédication. 7ème Conférence sur la Population Africaine : "Dividende démographique en Afrique : Perspectives, Opportunités et défis. Nov 2015, Johannesburg, Afrique du Sud. 015, <<http://uaps2015.princeton.edu/>>. <Hal-01339418>
14. Oleffe A. La provision des SSP en milieu urbain. Pourquoi travailler en zone de santé urbaine de Goma. Réflexions basées sur les résultats d'une mission de consultance sur la méthodologie de croisement des savoirs conduite à Goma au niveau des aires de santé CCLK et Mapendo. Bruxelles, 2016.
15. Ouédraogo M, Kouanda S, Bongouanou K, Dembélé M, Zoubga Z A, Ouédraogo S M et Coulibaly G. Itinéraire thérapeutique des tuberculeux bacillifères dépistés dans deux centres de traitement de la tuberculose au Burkina Faso. *Int J Tuberc Lung Dis* 10(2) : 184-187.
16. Ouendo E-M, Makoutode M, Moussiliou N P, Wilmet-Dramaix M et Dujardin B. Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé). *Tropical Medicine and International Health* 2005 ; 10(2) : 179–186
17. Sylvie Dugas et Monique Van Dormael (2003). La construction de la médecine de famille dans les pays en développement. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 22, 2003 Series editors: W. Van Lerberghe, G. Kegels, V. De Brouwere ©ITGPress, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerp, Belgium. 353p

18. Tape YB. Analyse économétrique de l'itinéraire thérapeutique des ménages de Côte d'Ivoire. Mémoire de fin d'études. Université Laval, 80p.

ANNEXES

Annexe 1 : Personnel de l'enquête

Conception du protocole d'étude :

1. L'Equipe PADISS, avec l'appui de la Direction ULB Coopération et l'appui des experts de l'ULB.

Validation du protocole, y compris ses aspects éthiques : Comité d'éthique de l'ULPGL.

Suivi Global de l'étude :

1. Dr Jean-Bosco KAHINDO, Coordinateur PADISS,
2. Dr Prudence MITANGALA, Assistant Technique PADISS.

Coordinateur :

KIMANUKA RURIHO Célestin

Superviseurs

1. KAMBALE KABAKA Jonathan
2. KASEREKA KAVULIRENE Promesse

Enquêteurs

1. Aymar MUDASINDA
2. Benjamin NYARUBWA
3. Bonhomme KARIM
4. Céline MUISA
5. Immaculée NTIBIHORWAMO
6. Mireille CHIBANVUNYA
7. Pius MAOMBI
8. Solange MAJUNE
9. Sylvana HAWA
10. Thierry HABIMANA

Encodeurs

1. Armand AMBAZA
2. Blaise SENGA
3. Marcelin BAHATI
4. Mukoko KYAKIMWA
5. Claudine VISTONGELE

Annexe 2 : Questionnaire d'enquête

Questionnaire d'enquête ménage N° |_.|.|.|.|

Question d'enquête sur l'itinéraire thérapeutique à Goma

I. DESCRIPTION DU QUESTIONNAIRE

1.1 Identification (A compléter par l'enquêteur)

Province	_. .
Zone de santé	_. .
Aire de santé/quartier	_. .
Village/Avenue/Rue	_. .
Numéro de l'unité d'habitation/parcelle		_. . .
Nombre de ménages dans la parcelle		_. .
Numéro du ménage		_. . .
Numéro du ménage dans la base de sondage	_. . . .	

1.2 Déroulement de l'enquête (A compléter par l'enquêteur)

Date d'enquête	_. . / _. . / _. . . .
Heure de début	_. . / _. .

Résultats de l'interview	<i>1. Rempli</i> <i>2. Refus</i> <i>3. Absent de la maison</i> <i>4. Partiellement rempli</i> <i>5. Pas de répondant</i>	_
--------------------------	--	---

Langues de l'interview	<i>1. Français</i> <i>2. Swahili</i> <i>3. Autres (à préciser)</i>	_
	

4. Equipe	Enquêteur	Superviseur	Agent de saisie
Nom
Numéro	_. .	_. .	_. .
Date	_. . / _. . / _. . .	_. . / _. . / _. . .	_. . / _. . / _. . .
Signature

Note de Consentement

Bonjour Madame, monsieur,

Je suis Mr/Mme.....enquêteur (trice) engagé pour collecter les données d'une étude dans le domaine de la santé auprès des habitants de Goma.

Cette étude vise une meilleure compréhension de ce que vit la population de Goma chaque fois qu'un membre de ménage est malade. Les informations qui seront issues de cette étude permettront à la Division Provinciale de la santé de Nord Kivu avec l'appui de ses partenaires de travailler à une meilleure organisation des services de santé dans la ville de Goma, afin que ces derniers répondent au mieux aux attentes de la patientèle. Votre ménage figure dans notre échantillon. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de répondre à notre questionnaire, à votre qualité de chef de ménage. Toutefois nous souhaitons que vous puissiez accepter afin de nous permettre d'accéder l'information recherchée. Quel que soit votre avis par rapport aux questions posées, il sera respecté. Toutes les informations qui seront recueillies sont et resteront confidentielles. Elles ne pourront être divulguées à des tiers et ne seront utilisées que dans le cadre strict de cette étude. L'administration du questionnaire prendra plus ou moinsminutes

Avez-vous compris l'objet de cet entretien ? Etes-vous d'accord de participer ? Oui (1) / Non (2) |__|. **Merci**

Mimi ni Mwana inchi.....mwenye kusaidia utafuti inayousu afia ndani ya mji wa Goma.

Hii utafiti inaelekea kujua vizuri namna gani jama za Goma wanajikaza kutunza mmoja wao kama ana gonjwa. Hii utafiti inafanyika kwa jamaa chache, na jamaa yenu imechaguliwa kati ya wale wanao toa jibu kwa maulizo iliyo andaliwa na watafiti. Kujibu inafatana na wewe, kwani unaweza kubali ao hapana. Sisi tungependa ukubali kujibu kwani jibu zenu kwa jumla ni ya muhimu Kwa Division ya Afya ya Nord Kivu na wasaidizi wake, pupanga vema vituo vya afya mujini Goma.

Unakubali kujibu ao hapana ? Ndiyo (1)/Hapana (2) |__|. Aksanti Kwako.

II.COMPOSITION DU MENAGE (répondant : chef de ménage ou son compagnon /compagne/conjoint(e))

N°	Sexe	Age	Lien avec chef de ménage	Niveau d'études actuel	Emploi/activité	Couvert par une assurance santé (Mutuelle santé ou autre)	Etat de maladie au cours de 12 derniers mois
1	__	__.._	_1_ (Chef de ménage)	__	__.._	__	__
2	__	__.._	__	__	__.._	__	__
3	__	__.._	__	__	__.._	__	__
4	__	__.._	__	__	__.._	__	__
5	__	__.._	__	__	__.._	__	__
6	__	__.._	__	__	__.._	__	__
7	__	__.._	__	__	__.._	__	__
8	__	__.._	__	__	__.._	__	__
9	__	__.._	__	__	__.._	__	__
10	__	__.._	__	__	__.._	__	__
11	__	__.._	__	__	__.._	__	__
12	__	__.._	__	__	__.._	__	__

1. Masculin
2. Féminin

1. Chef de ménage
2. Conjoint
3. Enfant biologique
4. Enfant sous tutelle
5. Neveu /nièce
6. Parent/ Grand parent
7. Frère/ Sœur
8. Beau-frère/Belle-sœur
9. Petit fils/fille
10. Autre à préciser

1. Pas été à l'école
2. alphabétisé
3. Primaire incomplet
4. primaire complet
5. Secondaire
6. Supérieure
7. Universitaire
8. Non applicable (NA)

1. Chômeur
2. Salarié secteur public
3. Salarié secteur privé
4. Commerçant
5. Informel
6. Police/Militaire
7. Elève (Primaire/Secondaire/ Supérieur)
8. Ménagère
9. Cultivateur
10. Artisan
11. Autre (préciser)
12. NA

1. Mutuelle santé
2. Autre système d'assurance santé
3. Non couvert

1. a été malade
2. N'a pas été malade

III.NIVEAU SOCIO ECONOMIQUE DU MENAGE (répondant : chef de ménage)

13	Mentionner le sexe du répondant	1. Masculin 2. Féminin	<input type="checkbox"/>
14	Etes-vous propriétaire de cette maison que vous habitez ? (Hii nyumba ni yako ao unapanga ?)	1. Propriétaire 2. Locataire 3. Logé par l'employeur 4. Logé par un tiers 5. Autre à préciser	<input type="checkbox"/>
15	Combien de chambres à coucher ? (Ina vyumba ngapi vya kulalia mwa hii nyumba?)		<input type="text"/>
16	Type de matériel de construction (L'enquêteur observe) 1. Oui 2. Non	Brique à terre cuite	<input type="checkbox"/>
		Bloc de ciment	<input type="checkbox"/>
		Planches	<input type="checkbox"/>
		Tôles (murs en tôles)	<input type="checkbox"/>
		Autre à préciser	<input type="checkbox"/>
17	Type de toiture (L'enquêteur observe) 1. Oui 2. Non	En tôle	<input type="checkbox"/>
		En paille	<input type="checkbox"/>
		En tuile	<input type="checkbox"/>
		Autre à préciser	<input type="checkbox"/>
18	Type de pavement (L'enquêteur observe) 1. Oui 2. Non	En carreaux	<input type="checkbox"/>
		En ciment	<input type="checkbox"/>
		En bois	<input type="checkbox"/>
		En terre battue	<input type="checkbox"/>
		Autre à préciser	<input type="checkbox"/>
19	Type de latrines (L'enquêteur observe)	1. Fosse septique (Cuve avec chasse eau) 2. Latrines à trou foré (plancher en planches ou en terre, sans maçonnerie) 3. Latrines VIP (fosse arabe avec antenne d'aération) 4. « ECOSSAN » (2 trous fermables, utilisables l'un après l'autre) 5. Fosse arabe (trou, avec maçonnerie et pose pieds, avec parfois chasse eau) 6. Pas de latrines 7. Autre à préciser.....	<input type="checkbox"/>
20	D'où provient l'eau que vous utilisez à domicile ? (Maji muna tumikishaka hapa, munayachota wapi ?)	1. Eau de robinet dans la parcelle 2. Eau de robinet en dehors de la parcelle 3. Puisage au Lac 4. Achat de bidons chez des vendeurs 5. Autre à préciser	<input type="checkbox"/>

21	Quelle est la source la plus importante de revenu pour votre ménage (<i>Kazi gani inaletea franga mingi zaidi kwa jama</i>) ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salaire et/ou prime du secteur public 2. Salaire et /ou prime du secteur privé 3. Commerce 4. Frais de loyer des locataires de maison ou de terres 5. Activités d'agriculture 6. Activités d'élevage 7. Métier 8. Débrouillardise (activité Non permanente/Non structurée) 9. Aide/cadeau 10. Offrandes 11. Autres (à préciser) 	<input type="checkbox"/>
22	Dans ce ménage, avez-vous (Muna vitu hivi ?) 1 .Oui 2. Non	L'électricité ?	<input type="checkbox"/>
		Un poste radio ?	<input type="checkbox"/>
		Une télévision ?	<input type="checkbox"/>
		Un téléphone fixe ?	<input type="checkbox"/>
		Réfrigérateur/ Congélateur ?	<input type="checkbox"/>
		Groupe électrogène/Générateur ?	<input type="checkbox"/>
		Un réchaud/cuisinière à gaz /électrique ?	<input type="checkbox"/>
		Un (des) chaise(s)	<input type="checkbox"/>
		Un (des) lit(s) ?	<input type="checkbox"/>
		Une (des) lampe(s)	<input type="checkbox"/>
		Un four ?	<input type="checkbox"/>
		Une (des) houe(s)	<input type="checkbox"/>
		Une machine à coudre	<input type="checkbox"/>
23	Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour cuisiner ? (<i>Aina gani ya umeme ao moto munatumia kwa ku piga chakula</i> ?) 1. Oui 2. Non	Electricité	<input type="checkbox"/>
		Gaz propane liquéfié (GPL)	<input type="checkbox"/>
		Gaz naturel	<input type="checkbox"/>
		BIOGAZ	<input type="checkbox"/>
		Kérosène	<input type="checkbox"/>
		Charbon, lignite	<input type="checkbox"/>
		Charbon de bois	<input type="checkbox"/>
		Bois	<input type="checkbox"/>
		Paille/branchages/ herbes	<input type="checkbox"/>
		Résidu agricoles	<input type="checkbox"/>
		Bouse	<input type="checkbox"/>
		Pas de repas préparé dans le ménage	<input type="checkbox"/>
		Autre	<input type="checkbox"/>

IV.DECES ET MALADIE DANS LE MENAGE

(Répondant : le chef de ménage, avec l'aide des membres âgés d'au moins 18 ans)

24	Quel âge avez-vous (en années) ? (<i>Una myaka ngapi ya tandu kuzaliwa ?</i>)	_ _		
25	Combien de fois avez-vous enregistré un cas de maladie (épisode maladie) dans votre ménage au cours des douze derniers mois ? (<i>Mara ngapi umekuwa na mgonjwa myezi kumi na mbili iliyo pita?</i>)	_ _		
26	Quelle a été la suite de ces maladies ? (<i>guérison, pas d'évolution, issue fatidique ; si décès indiquez le nombre</i>) ? (<i>Kufatana na ile magonjwa, kuna mtu muliyofisha ndani ya hii jamaa, myezi kumi na mbili iliyo pita ?</i>) (<i>Inscrire le nombre de décès</i>)	_	Si 0 aller à 28	
27	Pour tous les cas de maladie qui se sont manifestés dans le ménage, la guérison était de mise ? S'il y a eu au moins un décès enregistré, quelle été la cause du dernier décès enregistré ? (<i>Kwa Kifo ya mwisho, ni juu ya ugonjwa gani ?</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Syndrome palustre 2. VIH/Sida et ses affections opportunistes 3. Tuberculose 4. Maladie pulmonaire autre que la tuberculose 5. Diabète sucré, y compris ses complications 6. Maladie cardio vasculaire, y compris l'hypertension artérielle, l'AVC 7. Diarrhée/ troubles digestifs 8. Etat de grossesse/accouchement (jusque 42 jours) 9. Maladie chronique 10. Traumatisme/accident 11. Assassinat 12. Karuho/Sorcellerie 13. Ne connait pas 14. Autres 	_ _	
28	Combien de fois avez-vous enregistré un cas de maladie au cours de 3 derniers mois au sein de votre ménage ? (<i>Wana memba wa hii nyumba wamegonjwa mara ngapi kwa myezi tatu iliyopita ?</i>)	_	Si 0 aller à 57	
29	Pour le dernier épisode maladie, de quoi la personne a-t-elle souffert ? (<i>Kwa ugonjwa wa mwisho, ilikuwa ugonjwa gani ?</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Syndrome palustre 2. VIH/Sida et ses affections opportunistes 3. Tuberculose 4. Infection des Voies respiratoires Aigües supérieures 5. Infection des Voies respiratoires inférieures 6. Diabète sucré, y compris ses complications 7. Maladie cardio vasculaire, y compris l'hypertension artérielle, AVC 8. Diarrhée/ troubles digestifs 9. Maladie nutritionnelle 	_ _	

		<p>10. <i>Etat de grossesse/accouchement (jusque 42 jours)</i></p> <p>11. <i>Maladie rhumatismale</i></p> <p>12. <i>Maladie chronique autre que rhumatismale</i></p> <p>13. <i>Traumatisme/accident</i></p> <p>14. <i>Karuho/Sorcellerie</i></p> <p>15. <i>Ne connait pas</i></p> <p>16. <i>Autres</i></p> <p>.....</p>		
--	--	---	--	--

V. RECOURS, SATISFACTION/INSATISFACTION AU COURS DU PARCOURS DE SOINS

30	Le dernier épisode de maladie dans le ménage date de combien de temps (jours)			_ _ _	
31	Pour le dernier épisode maladie, quel a été le premier recours aux soins ? (<i>Ulipata dawa ao matunzo ? Yalianja wapi?</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Aucun soin</i> 2. <i>Achat des médicaments à la pharmacie sans prescription</i> 3. <i>Achat des médicaments au marché</i> 4. <i>Consultation et soins dans le centre de santé de l'aire de santé</i> 5. <i>Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin de l'aire de santé</i> 6. <i>Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin de l'aire de santé</i> 7. <i>Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin hors de l'aire de santé</i> 8. <i>Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin hors de l'aire de santé</i> 9. <i>Consultation et soins dans un hôpital</i> 10. <i>Soins chez un Guérisseur /pharmacopée traditionnelle</i> 11. <i>Recours à une Eglise/prière</i> 12. <i>Autre à préciser</i> 		_ _	Si 1 aller à 32
32	↳ Si réponse 1 (aucun soin) à la question 31, pourquoi n'avez-vous pas cherché des soins? (<i>juu ya nini hauku twala dawa ao kuenda kwa mganga?</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Maladie pas grave</i> 2. <i>Pas d'argent pour payer les soins</i> 3. <i>Structure de santé éloignée</i> 4. <i>Structure de santé pas de qualité</i> 5. <i>Autre raison :</i> 		_	Aller à 51
33	Pourquoi avez-vous choisi cette structure de soins ? (<i>Sababu gani ulichagua ile Kituo cha afya ?</i>) <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i> 	<i>La proximité de la structure par rapport au lieu d'habitation</i>		_	
		<i>Estimait que c'était le choix le mieux adapté à la maladie</i>		_	
		<i>Bonne qualité des soins</i>		_	
		<i>Coût abordable</i>		_	
		<i>Présence d'un médecin</i>		_	
		<i>Prise en charge par l'employeur</i>		_	
		<i>Habitué au prestataire des soins</i>		_	
<i>Conseil d'un proche ou un ami</i>		_			

		Autre à préciser		_	
34	Avez-vous été satisfait des soins reçus (<i>Ulifurahishwa na matunzo uliyo pata</i>) ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Satisfait 2. Non satisfait 		_	Si 2 aller à 36
35	↳Si oui , quel est l'objet principal de votre satisfaction (<i>Ni kwa nini ulifurahishwa na matunzo</i>) ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accueil du personnel 2. Disponibilité d'un personnel médical qualifié 3. Disponibilité des médicaments 4. Propreté des infrastructures des soins de santé 5. Bonne qualité des équipements de soins 6. Bonne prise en charge/qualité du traitement /guérison 7. Durée réduite d'accès aux soins 8. Prix/tarifcation utilisée abordable 9. Autres (à préciser) 		_	
36	↳Si non quel est la raison principale de votre insatisfaction (<i>Ni kwa nini haukufurahisha na matunzo</i>) ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mauvais accueil par le personnel 2. Pas de disponibilité d'un personnel médical qualifié 3. Bons médicaments non disponibles 4. Malpropreté des infrastructures des soins de santé 5. Mauvaise qualité des équipements de soins 6. Mauvaise prise en charge/mauvaise qualité du traitement / pas de guérison 7. Retard dans l'accès aux soins 8. Prix/tarifcation de soins utilisés trop cher 9. Autres (à préciser) 		_	
37	↳Si le premier recours aux soins pour le dernier épisode maladie n'a pas donné entière satisfaction , quel a été le Deuxième recours aux soins ? (<i>Ulipata dawa ao matunzo ya pili wapi?</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aucun soin 2. Achat des médicaments à la pharmacie sans prescription 3. Achat des médicaments au marché 4. Consultation et soins dans le centre de santé de l'aire de santé 5. Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin de l'aire de santé 6. Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin de l'aire de santé 		_ _	Si 1 aller 47

		<p>7. Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin hors de l'aire de santé</p> <p>8. Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin hors de l'aire de santé</p> <p>9. Consultation et soins dans un hôpital</p> <p>10. Soins chez un Guérisseur /pharmacopée traditionnelle</p> <p>11. Recours à une Eglise/prière</p> <p>12. Autre à préciser</p>			
38	<p>Pourquoi avez-vous choisi cette structure de soins ? (Sababu gani ulichagua ile Kituo cha afya ?)</p> <p>1. Oui</p> <p>2. Non</p>	<p>La proximité de la structure par rapport au lieu d'habitation</p> <p>Estimait que c'était le choix le mieux adapté à la maladie</p> <p>Bonne qualité des soins</p> <p>Coût abordable</p> <p>Présence d'un médecin</p> <p>Présence d'un médecin spécialiste</p> <p>Prise en charge par l'employeur</p> <p>Habitué au prestataire des soins</p> <p>Référence du personnel de santé</p> <p>Conseil d'un proche ou un ami</p> <p>Autre à préciser</p>			<p><input type="checkbox"/></p>
39	<p>Avez-vous été satisfait des soins reçus pour ce deuxième recours ? (Ulifurahishwa na matunzo ya pili uliyo pata) ?</p>	<p>1. Satisfait</p> <p>2. Non satisfait</p>			<p><input type="checkbox"/></p> <p>Si 2 aller à 41</p>
40	<p>↳Si oui, quel est l'objet de votre satisfaction au niveau de ce deuxième recours (Ni kwa nini ulifurahisha na matunzo ya pili) ?</p>	<p>1. Accueil du personnel</p> <p>2. Disponibilité d'un médecin</p> <p>3. Disponibilité des médicaments</p> <p>4. Propreté des infrastructures des soins de santé</p> <p>5. Bonne qualité des équipements de soins</p> <p>6. Bonne prise en charge/qualité du traitement /guérison</p> <p>7. Durée réduite d'accès aux soins</p> <p>8. Prix/tarifcation utilisée abordable</p> <p>9. Autres (à préciser)</p>			<p><input type="checkbox"/></p>
41	<p>↳Si non quel est la raison de votre insatisfaction au</p>	<p>1. Mauvais accueil par du personnel</p> <p>2. Pas de disponibilité d'un personnel médical qualifié</p> <p>3. Bons médicaments non disponibles</p>			<p><input type="checkbox"/></p>

	niveau de ce deuxième recours (Ni kwa nini haukufurahisha na matunzo ya pili) ?	<p>4. Malpropreté des infrastructures des soins de santé</p> <p>5. Mauvaise qualité des équipements de soins</p> <p>6. Mauvaise prise en charge/mauvaise qualité du traitement / pas de guérison</p> <p>7. Retard dans l'accès aux soins</p> <p>8. Prix/tarifification de soins utilisés trop cher</p> <p>9. Autres (à préciser)</p>			
42	↳Si le deuxième recours aux soins pour le dernier épisode maladie n'a pas donné entière satisfaction, quel a été le troisième recours aux soins ? (Ulipata dawa ao matunzo ya tatu wapi ?)	<p>1. Aucun soin</p> <p>2. Achat des médicaments à la pharmacie sans prescription</p> <p>3. Achat des médicaments au marché</p> <p>4. Consultation et soins dans le centre de santé de l'aire de santé</p> <p>5. Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin de l'aire de santé</p> <p>6. Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin de l'aire de santé</p> <p>7. Consultation et soins dans une autre structure de soins avec médecin hors de l'aire de santé</p> <p>8. Consultation et soins dans une autre structure de soins sans médecin hors de l'aire de santé</p> <p>9. Consultation et soins dans un hôpital</p> <p>10. Soins chez un Guérisseur /pharmacopée traditionnelle</p> <p>11. Recours à une Eglise/prière</p> <p>12. Autre à préciser</p>		_	Si 1 aller à 47
43	Pourquoi avez-vous choisi cette structure de soins ? (Sababu gani ulichagua ile Kituo cha afya ?)	La proximité de la structure par rapport au lieu d'habitation		_	
	1. Oui 2. Non	Estimait que c'était le choix le mieux adapté à la maladie		_	
		Bonne qualité des soins		_	
		Coût abordable		_	
		Présence d'un médecin		_	
		Présence d'un spécialiste		_	
		Prise en charge par l'employeur		_	
		Habitué au prestataire des soins		_	
		Référence du personnel de santé		_	
		Conseil d'un proche ou un ami		_	
		Autre à préciser		_	

44	Avez-vous été satisfait des soins reçus pour ce troisième recours (<i>Ulifurahis hwa na matunzo ya tatu uliyo pata</i>) ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Satisfait</i> 2. <i>Non satisfait</i> 		_	Si 2 aller à 46
45	↳Si oui , quel est l'objet de votre satisfaction au niveau de ce troisième recours (<i>Ni kwa nini ulifurahisha na matunzo ya tatu</i>) ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Accueil du personnel</i> 2. <i>Disponibilité d'un médecin</i> 3. <i>Disponibilité des médicaments</i> 4. <i>Propreté des infrastructures des soins de santé</i> 5. <i>Bonne qualité des équipements de soins</i> 6. <i>Bonne prise en charge/qualité du traitement /guérison</i> 7. <i>Durée réduite d'accès aux soins</i> 8. <i>Prix/tarifcation utilisée abordable</i> 9. <i>Autres (à préciser)</i> 		_	
46	↳Si non quel est la raison de votre insatisfaction au niveau de ce troisième recours ? (<i>Ni kwa nini haukufurahisha na matunzo ya tatu</i>) ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Mauvais accueil par du personnel</i> 2. <i>Pas de disponibilité d'un personnel médical qualifié</i> 3. <i>Bons médicaments non disponibles</i> 4. <i>Malpropreté des infrastructures des soins de santé</i> 5. <i>Mauvaise qualité des équipements de soins</i> 6. <i>Mauvaise prise en charge/mauvaise qualité du traitement / pas de guérison</i> 7. <i>Retard dans l'accès aux soins</i> 8. <i>Prix/tarifcation de soins utilisé trop cher</i> 9. <i>Autres (à préciser)</i> 		_	

47	Combien d'argent avez-vous payé pour l'entièreté des recours aux soins pour le dernier épisode maladie (<i>Kwa hiyo matunzo yote ulilipa franga ngapi kwa jumla</i>) ?:				
		FC	USD	Total en \$	
	<i>Consultations</i>				
	<i>Laboratoire</i>				
	<i>Médicaments</i>				
	<i>Hospitalisation</i>				
	<i>Autres services et soins</i>				
	<i>Transport / taxi</i>				
	<i>Nourriture</i>				
	<i>Autres dépenses liées à l'épisode maladie</i>				
	TOTAL				
48	Que pensez-vous de ce coût de soins ? (<i>Maoni yako ni gani juu ya yale malipo</i> ?)	1. <i>Moins cher</i> 2. <i>Abordable</i> 3. <i>Trop cher</i>		<input type="checkbox"/>	
49	Comment avez-vous payé toutes les dépenses liées à la maladie? (<i>Réponse spontanée dominante</i>) <i>Pesa inayoelekeya ile ugonjwa ilipwa namna gani</i> ?	1. <i>Recours au revenu du ménage</i> 2. <i>Recours à l'épargne du ménage prévue pour les problèmes de santé</i> 3. <i>Recours à l'épargne du ménage non-prévue pour les problèmes de santé (Par exemple, épargne prévue pour des investissements futurs)</i> 4. <i>Restriction de la consommation du ménage</i> 5. <i>Aide d'un voisin/ famille/ami dont vous serez redevable (càd avoir une dette sociale)</i> 6. <i>Contracter une dette à la FoSa</i> 7. <i>Autre endettement auprès des tiers</i> 8. <i>Vente d'un bien de faible valeur</i> 9. <i>Vente d'un bien de grande valeur</i> 10. <i>Mise en gage d'un bien de valeur</i> 11. <i>Paiement par l'employeur</i> 12. <i>Intervention financière de la mutuelle/assurance</i> 13. <i>Autre à préciser</i>		<input type="checkbox"/>	Si 11 ou 12 aller à 50
50	<i>Si Intervention financière de la mutuelle/assurance ou de l'employeur; quel montant a été payé en \$ USD ? (Kama mutuelle ao assurance ao kazi ili lipa pesa ngapi kwa jumla?)</i>	\$		
51	Quelles ont été les conséquences majeures de l'épisode maladie sur le ménage ? (<i>Matokéo gani</i>)	<i>Perte des journées de travail pour le garde malade</i>		<input type="checkbox"/>	
		<i>Perte des journées de travail pour le patient</i>		<input type="checkbox"/>	
		<i>Perte d'emploi pour le patient</i>		<input type="checkbox"/>	

	mulipata kufwatana na hio shida ya magonjwa) 1. Oui 2. Non	<i>Perte de revenu du ménage causée par la suspension ou l'arrêt des activités productives du patient, de l'aidant et/ou de l'accompagnant</i>		_			
52	Par rapport aux épisodes enregistrés par le ménage au cours de 3 derniers mois, comment a évolué le revenu du ménage entre le mois ayant précédé ces épisodes maladie et le mois ayant suivi ces épisodes maladie (<i>Kufuatana na ile magonjwa mulipata iyi mwezi tatu inapita, pato la jamaa kwa mwezi ilikua namna gani mwezi mbele ya magonjwa na mwezi kiisha magonjwa</i>) ? :				_		
		Revenu du mois précédent le ou les épisodes		Revenu du mois suivant le ou les épisodes			
		FC	USD	Total USD	FC	USD	Total USD
Salaires /primes (<i>mshahara</i>)							
Commerce (<i>uchuruzi</i>)							
Produits des champs/élevage (<i>Mavuno ya shamba ao ufugo</i>)							
Location maison ou de champ (<i>Kupangisha nyumba ao shamba</i>)							
Autre source (<i>Ao kwa njia ingine</i>)							
53	Les 30 derniers jours qui ont précédé votre ou vos épisodes de maladie, combien avez-vous dépensés pour différents besoins du ménage (<i>Siku makumi tatu uliyopita mwanzi ya magonjwa mulipata kati ya mwezi tatu ilipita, mulitumiya pesa ngapi kwa matumizi ya ?</i>)		<i>Jour en FC</i>	<i>Semaine en FC</i>	<i>Mois en FC</i>		
Produits alimentaires (<i>chakula</i>)							
Autres dépenses (autre que alimentaires) (<i>matumizi ingine</i>)							
Dépenses totales (<i>matumizi yote kwa jumla ilikuwa ngapi</i>)							
54	<i>Quel est le nom de la première formation sanitaire ou officine pharmaceutique utilisée (si formation sanitaire ou officine pharmaceutique) ? (Jina la kituo cha afya ao cha dawa?)</i>					

55	<i>Quel est le nom de la deuxième formation sanitaire ou officine pharmaceutique utilisée (si deuxième recours à une formation sanitaire)? (Jina la kituo cha afya ao cha dawa?)</i>			
56	<i>Quel est le nom de la troisième formation sanitaire ou officine pharmaceutique utilisée (si 3^{ème} recours) ? (Jina la kituo cha afya ao cha dawa?)</i>			
57	<i>Dans votre ménage, qui décide du type et du lieu de recours aux soins : (Ndani ya hii nyumba, nani njo anapangaka fasi ya kwenda kutunziwa),</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Chef de ménage 2. Conjoint 3. Décision partagée (couple) 4. Enfant biologique tiers payant 5. Neveu/nièce tiers payant 6. Parent/ Grand parent tiers payant 7. Frère/ Sœur tiers payant 8. Autre tiers payant à préciser 				<input type="checkbox"/>

Pour des besoins d'informations complémentaires nous pourrions revenir. Pourriez-vous nous l'autoriser ?

Kwa mafasiriyo zaidi, unaweza kuturuhusu kurudia tena hapa nyumbani ?(1 :Oui 2 : Non)

Heure de fin de l'entretien	_ _ / _ _
------------------------------------	-------------

Je vous remercie pour avoir accepté de répondre à ce questionnaire d'étude.

Aksanti kwa jibu !

Annexe 3 : Résultats détaillés

Annexe 3.1. Répartition des ménages selon le type de matériel de construction utilisé

Matériel de construction	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Planches	161	75,6%	551	85,8%	140	96,6%	852	85,2%
Bloc de ciment/pierre	48	22,5%	65	10,1%	1	0,7%	114	11,4%
Tôles (murs en tôles)	3	1,4%	17	2,6%	4	2,8%	24	2,4%

Matériel de construction	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Bâche	0	0,0%	6	0,9%	0	0,0%	6	0,6%
Brique à terre cuite	1	0,5%	3	0,5%	0	0,0%	4	0,4%
Total	213	100,0%	642	100,0%	145	100,0%	1000	100,0%

Annexe : 3.2. Répartition des ménages selon les toitures des maisons par Zone de santé

Toiture	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
En tôle	211	99%	638	99%	144	99%	993	99%
Béton	2	1%	3	0%	0	0%	5	1%
Paille	0	0%	0	0%	1	1%	1	0%
Bâche	0	0%	1	0%	0	0%	1	0%
Total	213	100%	642	100%	145	100%	1000	100%

Annexe : 3.3. Répartition des ménages selon les toitures des maisons par sexe du Chef de ménage

Type de toiture	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
En tôle	829	99%	164	99%	993	99%
En paille	1	0%	0	0%	1	0%
Bâche	0	0%	1	1%	1	0%
Béton	5	1%	0	0%	5	1%
Total	835	100%	165	100%	1000	100%

Annexe 3.4 Pondération des biens pour le calcul des quintiles du bien-être

	Pondération
Bien	
Une télévision ?	5
Dans ce ménage, avez-vous L'électricité ?	5
Réfrigérateur/ Congélateur ?	4
Un réchaud/cuisinière à gaz /électrique ?	4
Un poste radio ?	3
Groupe électrogène/Générateur ?	2
Un téléphone fixe ?	1
Une (des) houe(s)	1
Un (des) lit(s) ?	1
Un (des) chaise(s)	1
Une (des) lampe(s)	1
Un four ?	1
Une machine à coudre	1

	Pondération
Caractéristique des logements	
Mur	
Tôle ou bâche	0
Planche	1
Bloc Ciment/Brique en terre cuite	2
Toiture	
En paille	0
En tôle/en béton	1
Conditions de vie	
Latrine	
Pas de latrine	0
Latrine à trou foré (plancher en planche ou en terre sans maçonnerie)	1
Fosse arabe (trou avec pose pied avec parfois chasse eau)	2
Latrine VIP	2
Fosse septique	2
Accès à l'eau	
Puisage au lac	0
Achat des bidons chez les vendeurs	0
Eau de robinet en dehors de la parcelle	1
Eau de robinet dans la parcelle	2

Annexe 3.5. Répartition des patients qui n'ont pas cherché les soins selon le sexe du chef de ménage

Sexe	n	Maladie pas grave		Pas d'argent pour payer les soins	
		Effectif	%	Effectif	%
Masculin	46	26	57%	20	43%
Féminin	16	3	19%	13	81%
Total	62	29	47%	33	53%

Annexe 3.6 Raison d'insatisfaction au deuxième recours par zone de santé

Raison d'insatisfaction	Goma	Karisimbi	Nyiragongo	Ensemble
Mauvaise prise en charge/mauvaise qualité du traitement / pas de guérison	6	14	6	26
Bons médicaments non disponibles	0	2	0	2
Malpropreté des infrastructures des soins de santé	1	1	0	2
Prix/tarifcation de soins utilisés trop cher	0	2	0	2
Pas de disponibilité d'un personnel médical qualifié	0	1	0	1
Total	7	20	6	33

Annexe 3.7 Raison d'insatisfaction au deuxième recours selon le sexe du chef de ménage

Raison d'insatisfaction au Deuxième recours	Masculin	Féminin	Ensemble
Mauvaise prise en charge/mauvaise qualité du traitement / pas de guérison	24	2	26
Bons médicaments non disponibles	2	0	2
Malpropreté des infrastructures des soins de santé	1	1	2
Prix/tarification de soins utilisés trop cher	1	1	2
Pas de disponibilité d'un personnel médical qualifié	1	0	1
Total	29	4	33

Annexe 3.8 Raison d'insatisfaction au deuxième recours selon les quintiles de bien-être

Raison d'insatisfaction	Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5	Ensemble
Mauvaise prise en charge/mauvaise qualité du traitement / pas de guérison	6	5	3	6	6	26
Bons médicaments non disponibles	0	0	1	1	0	2
Malpropreté des infrastructures des soins de santé	1	0	0	0	1	2
Prix/tarification de soins utilisés trop cher	0	0	1	1	0	2
Pas de disponibilité d'un personnel médical qualifié	0	0	0	0	1	1
Total	7	5	5	8	8	33

Annexe 3.9 Qui décide du type et du lieu de recours aux soins par Zone de santé ?

Qui décide du type et du lieu de recours aux soins?	Goma		Karisimbi		Nyiragongo		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Chef de ménage	110	52%	351	55%	58	40%	519	52%
Décision partagée (couple)	56	26%	178	28%	67	46%	301	30%
Conjoint	31	15%	68	11%	9	6%	108	11%
Enfants biologiques tiers payant	10	5%	24	4%	8	6%	42	4%
Autres tiers payant	2	1%	9	1%	2	1%	13	1%
Frère/Sœur tiers payant	0	0%	8	1%	1	1%	9	1%
Parent/Grand parent tiers payant	4	2%	4	1%	0	0%	8	1%
Total	213	100%	642	100%	145	100%	1000	100%

Annexe 3.10 Qui décide du type et du lieu de recours selon le sexe du chef de ménage?

Qui décide du type et du lieu de recours aux soins?	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Chef de ménage	388	46%	131	79%	519	52%
Conjoint	106	13%	2	1%	108	11%
Décision partagée (couple)	297	36%	4	2%	301	30%
Enfants biologiques tiers payant	23	3%	19	12%	42	4%
Parent/Grand parent tiers payant	5	1%	3	2%	8	1%
Frère/Sœur tiers payant	5	1%	4	2%	9	1%
Autres tiers payant	11	1%	2	1%	13	1%
Total	835	100%	165	100%	1000	100%

Annexe 3.11 Qui décide du type et du lieu de recours selon les quintiles du bien-être ?

Qui décide du type et du lieu de recours aux soins?	Quintile 1		Quintile 2		Quintile 3		Quintile 4		Quintile 5		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%								
Chef de ménage	115	58%	90	45%	98	49%	102	51%	114	57%	519	52%
Conjoint	14	7%	31	16%	25	13%	21	11%	17	9%	108	11%
Décision partagée (couple)	53	27%	65	33%	64	32%	65	33%	54	27%	301	30%
Enfants biologiques tiers payant	12	6%	4	2%	9	5%	8	4%	9	5%	42	4%
Parent/Grand parent tiers payant	1	1%	4	2%	1	1%	2	1%	0	0%	8	1%
Frère/Sœur tiers payant	3	2%	4	2%	1	1%	1	1%	0	0%	9	1%
Autres tiers payant	2	1%	2	1%	2	1%	1	1%	6	3%	13	1%
Total	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	1000	100%

Annexe 3.12 Critère de choix des structures au troisième recours

Objet de choix au Troisième recours	Zone de santé			Sexe du chef de ménage		Quintile du bien-être					Ensemble (n=15)
	Goma (n=5)	Karisimbi (n=10)	Nyiragongo (n=0)	Masculin (n=12)	Féminin (n=3)	Quintile 1 (n=4)	Quintile 2 (n=2)	Quintile 3 (n=1)	Quintile 4 (n=2)	Quintile 5 (n=6)	
Présence d'un médecin	1	4	0	3	2	2	1	0	0	2	5
Estimait que c'était le choix le mieux adapté à la maladie	1	3	0	3	1	1	0	0	0	3	4
Coût abordable	3	1	0	4	0	0	1	0	0	3	4
Bonne qualité des soins	1	2	0	2	1	2	0	0	0	1	3
La proximité de la structure par rapport au lieu d'habitation	0	2	0	1	1	1	0	1	0	0	2
Habitué au prestataire des soins	1	1	0	2	0	0	0	0	2	0	2
Conseil d'un proche ou un ami	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1

Annexe 3.13 Niveau de satisfaction des patents au troisième recours

Caractéristiques	Satisfait du troisième recours	Non satisfait du troisième recours	Ensemble
Zone de santé			
Goma	4	1	5
Karisimbi	5	5	10
Sexe du Chef de ménage			
Masculin	8	4	12
Féminin	1	2	3
Quintile de bien-être			
Quintile 1	2	2	4
Quintile 2	2	0	2
Quintile 3	0	1	1
Quintile 4	2	0	2
Quintile 5	3	3	6
Total	9	6	15

Annexe 3.14 Objet de satisfaction au troisième recours

Caractéristiques	Bonne prise en charge/qualité du traitement /guérison	Accueil du personnel	Total
Zone de santé			
Goma	4	0	4
Karisimbi	4	1	5
Sexe du Chef de ménage			
Masculin	7	1	8
Féminin	1	0	1
Quintile du bien-être			
Quintile 1	2	0	2
Quintile 2	2	0	2
Quintile 3	0	0	0
Quintile 4	2	0	2
Quintile 5	2	1	3
Ensemble	8	1	9

Annexe 3.15 Nombre de patients selon la raison d'insatisfaction au troisième recours

	Mauvaise prise en charge/mauvaise qualité du traitement / pas de guérison	Pas de disponibilité d'un personnel médical qualifié	Total
Zone de santé			
Goma	1	0	1
Karisimbi	4	1	5
Sexe du Chef de ménage			
Masculin	4	0	4

	Mauvaise prise en charge/mauvaise qualité du traitement / pas de guérison	Pas de disponibilité d'un personnel médical qualifié	Total
Féminin	1	1	2
Quintile du bien-être			
Quintile 1	2	0	2
Quintile 2	0	0	0
Quintile 3	0	1	1
Quintile 4	0	0	0
Quintile 5	3	0	3
Ensemble	5	1	6