



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

UNIVERSITE DE KINSHASA

FACULTE DE MEDECINE

ECOLE DE SANTE PUBLIQUE

SANTE PUBLIQUE

28^{ème} PROMOTION



RIPSEC

Renforcement Institutionnel pour des
Politiques de Santé basées sur l'Evidence
en République Démocratique du Congo

**LES DETERMINANTS DE L'UTILISATION DES SERVICES
CURATIFS A L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE DE
GOMBE-MATADI
PROVINCE DU KONGO CENTRAL**

Par

Mozart MABULA MOZY

Docteur en médecine, chirurgie et accouchement

*Mémoire présenté et défendu en vue de l'obtention
du diplôme de Spécialiste en Santé Publique.*

Option : Santé Publique

Directeur : Prof. Dr MAPATANO MALA ALI

ANNEE ACADEMIQUE 2015-2016

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	4
DEDICACE.....	5
REMERCIEMENTS	6
RESUME.....	7
CHAP. I INTRODUCTION.....	8
1.1 CONTEXTE.....	8
1.2 ENONCE DU PROBLEME.....	11
1.3 REVUE DE LA LITTERATURE.....	13
1.4 LA ZONE DE SANTE DE GOMBE MATADI.....	16
1.5 QUESTIONS DE RECHERCHE.....	20
1.6 HYPOTHESES	21
1.7 BUT DE LA RECHERCHE.....	21
1.8 OBJECTIFS	23
CHAPITRE II. MATERIELS ET METHODE	24
2.1 Cadre de l'étude.....	24
2.2 Type d'étude.....	24
2.3 Echantillonnage.....	24
2.4 La Liste des Variables	26
2.5. Technique de collecte des données	29
2.6 Collecte des données proprement dite.....	29
2.7 Pré-test du questionnaire	30
2.8 Traitement et analyse des données	30
2.9 Considérations éthiques.....	31
CHAPITRE III. PRESENTATION DES RESULTATS.....	32
3.1 Partie descriptive	32
3.2 Partie analytique.....	43
3.3 Partie qualitative.....	45
CHAPITRE IV. DISCUSSION.....	49
4.1. Caractéristiques sociodémographiques, culturelles et économiques des ménages.....	49
4.2 Comportement et perception des ménages face à la maladie et à l'offre des services de l'HGR.....	51
4.3 Les facteurs qui influencent l'utilisation des services à l'HGR Gombe-Matadi.....	52
CHAP. V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS.....	54
VI. REFERENCES.....	56
VII. ANNEXES.....	60
1. Formulaire de consentement éclairé.....	60
2. Questionnaire d'enquête dans la communauté	61

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 La répartition de la population par Aires de santé,	17
Tableau 2. Les Pathologies dominantes selon la mortalité.....	18
Tableau 3 Accessibilité géographique de la population dans les Aires de Santé	19
Tableau 4. Nombre des ménages enquêtés par aire de santé.....	26
Tableau 5 Définitions des variables.	26
Tableau 6. Répartition des chefs des ménages par AS selon l'âge.....	32
Tableau 7. Répartition des chefs des ménages selon l'âge et le sexe.	32
Tableau 8. Taille moyenne des personnes vivants dans les ménages.....	33
Tableau 9. Taille des ménages par tranche.....	33
Tableau 10. Répartition des chefs des ménages selon leur état civil et leur religion	34
Tableau 11. Activité principale du chef de ménage	34
Tableau 12. Statut d'occupation dans la parcelle	35
Tableau 13. Type d'habitation du ménage	35
Tableau 14 Dépenses du ménage/jr pour le repas	36
Tableau 15. Dépense journalière pour le repas par ménage.....	36
Tableau 16. Revenu mensuel du chef de ménage par AS	36
Tableau 17. Classe de revenu mensuel du chef de ménage.....	37
Tableau 18. Revenu journalier par personne dans le ménage	37
Tableau 19. Biens de valeur possédés par les ménages (n=450).....	37
Tableau 20. Fréquentation de l'hôpital Général de Gombe-Matadi.....	39
Tableau 21. Ménages avec une personne tombée malades et gravité de la maladie	39
Tableau 22. Structures de recours aux soins par les personnes tombées malades.....	40
Tableau 23. Raisons de la non fréquentation évoquées.....	40
Tableau 24. L'accueil à l'HGR, temps d'attente avant consultation et la tarification des soins curatifs	41
Tableau 25. Satisfaction aux soins, disponibilité des MEG et modalité de paiement	41
Tableau 26. Paiement des soins des ménages.....	42
Tableau 27. Suggestions pour l'amélioration de la fréquentation de l'HGR Gombe Matadi	42
Tableau 28. Résultat de l'analyse multi variée.....	43
Tableau 29. Test de spécification du modèle	44
Tableau 30. Test d'ajustement global du modèle.....	45
Tableau 31. Répartition des répondants au groupe focalisé selon le sexe et le lieu	45
Tableau 32. Répartition des répondants au groupe focalisé selon l'âge et le sexe.....	45
Tableau 33 Analyse bi-variée.....	66

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Modèle Conceptuel	22
Figure 2 Niveau d’instruction des chefs des ménages.....	33
Figure 3. Nombre des repas consommés par les ménages	35
Figure 4. Indice de possession des biens	38
Figure 5. Connaissance de l’HGR Gombe Matadi par les ménages.	38
Figure 6 Carte de la zone de santé de Gombe Matadi	67

LISTE DES ABREVIATIONS

API	: Accomodity Possession Index
APOC	: Programme Africain de Lutte contre L'Onchocercose
AS	: Aire de Santé
BCZS	: Bureau Central de la Zone de Santé
CAAMEKI	: Centrale d'Achat et d'Approvisionnement en Médicaments de Kisantu
CDR	: Centrale de Distribution Régionale des médicaments
CODESA	: Comité de Santé
CODI	: Comité Directeur
CS	: Centre de Santé
CT	: Coût Total
CTB	: Coopération Technique Belge
CU	: Coût Unitaire
DPS	: Division Provinciale de la Santé
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
FC	: Francs Congolais
FM	: Fonds Mondial
FOSA	: Formation Sanitaire
HGR	: Hôpital Général de Référence
HTA	: Hypertension Artérielle
IC	: Intervalle de Confiance
IDH	: Indice de Développement Humain
IRA	: Infection Respiratoire Aigue
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
ITM	: Institut technique Médical
MEMISA	: Actions Médicales Missionnaires
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OR	: Odds Ratio
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PIB	: Produit Intérieur Brut
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNDS/PNS	: Plan National de Développement Sanitaire/ Plan National Sanitaire
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
RDC	: République Démocratique du Congo
SNEL	: Société Nationale d'Electricité
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SRSS	: Stratégie de Renforcement de Système de Santé
Unicef	: Programme des Nations Unies pour l'Enfance
ZS	: Zone de Santé

DEDICACE

A vous mes regrettés parents MABULA MONDIAL SHA PHASA et WEZEGA FELESTINE, vous aviez fait de moi un homme au prix de sacrifices et abnégations, Hélas, sans récolter les fruits de vos efforts, la mort vous a cruellement séparés de nous. Que vos âmes reposent en paix.

A mon grand Frère Didier DESMARET MABULA et mon frère jumeau Ingénieur Molière MABULA, la mort vous a enlevé d'entre nous à fleur d'âge, sans vous laisser le temps de vous exprimer. Votre présence à nos côtés était un stimulus pour aller de l'avant. Que votre séjour dans l'au-delà soit paisible.

A mes enfants Jessica MABULA WEZEGA, Lauriane MABULA GAFUTSHI Lolo, Olivia MABULA MUTSHIMA, pour avoir supporté et enduré pendant mes longs moments d'absences, que ce travail soit un exemple pour vous.

A mon épouse Mireille LAKU MABULA, pour ton soutien et sacrifices incalculables. Tu as su démontré à mon absence la dignité et la bravoure d'une grande dame derrière un grand homme. Respect.

A mes sœurs Angèle MABULA, Hyppolite MABULA, Virginie MABULA et Popy MABULA, pour le soutien permanent en tout et pour toutes circonstances, que vous ne cessiez de manifester ; que Dieu vous comble de ses bienfaits.

A tous mes cousins et cousines, nièces et neveux, je dédie ce travail, fruit de vos conseils et votre soutien inconditionnel.

REMERCIEMENTS

Merci à Dieu pour le souffle de vie, la santé et le courage, sans cela ce parcours aurait été impossible.

Aux organismes ASSP/IMA/SANRU pour le choix et l'opportunité offerte de financer nos études ; RIPSEC pour avoir financé le processus d'élaboration du présent mémoire. Par le truchement de vos dirigeants, votre soutien irréprochable a fait que nous arrivions à la fin de notre apprentissage.

A tous les professeurs, chefs des travaux et assistants de l'Ecole de Santé Publique de l'université de Kinshasa, vos conseils et orientations ont contribué à notre formatage pour devenir aptes. Recevez nos remerciements.

Au professeur MAPATANO MALA ALI, en dépit de vos innombrables occupations, vous avez accepté de diriger ce travail ; votre encadrement et votre disponibilité étaient sans appels pour parfaire ce travail ; nous vous disons sincèrement merci.

Au chef des travaux Jean Nyandwe, vous avez disposé de votre temps pour nous accompagner et nous orienter dans ce travail. Merci.

A tous les travailleurs de la zone de santé de Gombe-Matadi et ceux de l'hôpital général de référence, merci pour votre aide et votre collaboration lors de notre passage.

A tous les collègues de promotion santé publique et économie de la santé, en particulier Dieudonné Dianzambi, Freddy Kabeya, Melcky Irondo, Pascal Mvuama ; vos échanges ont été fructueuses pour nous, Merci du fond du cœur.

A tous le corps administratif et les travailleurs de l'école de santé de l'université de Kinshasa, vous avez rendu notre séjour agréable, chacun en ce qui le concerne. Merci à vous tous.

A toute ma famille, ma belle famille, amis et connaissances, vous êtes de ceux qui donnent par la main droite, sans que la main gauche ne sache. Je vous suis reconnaissant.

RESUME

Contexte :

L'amélioration de l'accessibilité aux services des soins de qualité à toutes les couches de la population, témoigne l'amélioration de l'état de santé. Malheureusement, le système de Santé ne répond pas aux attentes de la population et cette dernière reste peu satisfaite.

La communauté est incapable d'accéder aux soins ; surtout la population à faible revenu. Cette situation n'épargne pas l'HGR Gombe-Matadi qui, présente une faible fréquentation à 0,05 consultations/an/habitant.

Quels sont les facteurs qui seraient à la base de la faible utilisation des services des soins curatifs à HGR Gombe Matadi ?

Objectif :

Déterminer les facteurs associés à l'utilisation des services curatifs à l'hôpital général de Gombe-Matadi.

Méthodologie :

Etude transversale analytique sur un échantillon probabiliste représentatif de 450 ménages dans six AS de la zone de santé et deux groupes focalisés (8 prestataires de l'HGR et 12 chefs des ménages). Un modèle de régression logistique a été construit par la méthode de sélection pas à pas progressive avec une probabilité d'entrée de 0,05 et IC à 95%.

Résultats :

Seulement 9,7% des ménages ont fréquenté l'HGR ; La charge des soins est à 84,9% supportée par les ménages qui, sont d'ailleurs pauvres.

La régression logistique a montré qu'il y a une association statistiquement significative entre la faible utilisation des services et le niveau d'étude du chef de ménage, plus élevé dans la tranche de ceux qui n'ont aucun niveau, le niveau primaire et secondaire (OR ajusté = 6,73[1,248 - 36,34] et p=0,027), l'âge du chef de ménage, surtout de 30 ans au plus (OR ajusté =18,89 [1,697-210,19], p=0,017) et revenu mensuel de plus de 50\$: OR ajusté =0,0871 [0,010-0,53], p= 0,009

La probabilité d'accès aux soins curatifs à l'HGR Gombe-Matadi est significative (90%).

Conclusion :

La faible utilisation des services curatifs à l'HGR Gombe-Matadi est associée au niveau d'étude, l'âge et le revenu chef de ménage.

CHAP. I INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

Depuis plus de deux décennies, sous la direction des institutions internationales (Banque Mondiale, Organisation Mondiale de la Santé et le Programme des Nations Unies pour l'Enfance), les politiques de développement sanitaire en Afrique, ont évolué dans le sens de l'amélioration de la couverture des services de santé de base (1). Durant les années 1980 et au début des années 1990, le constat fait était que les politiques antérieures ont systématiquement favorisé les populations urbaines, pourtant minoritaires dans beaucoup des pays en développement.

Ces politiques ont encouragé des stratégies coûteuses (soins hospitaliers, médicaments de marque...) sur fonds publics alors que les ressources publiques se sont raréfiées avec la crise économique. (1)

Faisant le bilan de la stratégie des soins de santé primaires promue en 1978 (Conférence d'Alma Ata), lors de la conférence de l'OMS à Lusaka en 1985, les responsables de la région Afrique, avaient reconnu les insuffisances relatives aux politiques passées. A cette occasion, ils avaient mis l'accent sur le développement des services de santé en milieu rural avec un encadrement opérationnel (districts ou zones de santé et ou/régions sanitaires). (1)

En 1987, l'initiative de Bamako promouvait le principe de la participation communautaire au paiement des services (recouvrement des coûts) et à la gestion des structures. (35)

Ainsi, les pays qui, en ce moment avaient accepté d'appliquer les recommandations de Bamako étaient appuyés par les bailleurs pour améliorer la disponibilité de l'offre de soins à l'intention de toutes les populations urbaines et rurales. Malgré les progrès enregistrés en termes de couverture, le schéma de développement des services de santé selon les principes de Bamako s'est heurté dans la majorité des cas, à double problème : le taux de fréquentation des formations sanitaires revitalisées et les indicateurs de l'état de santé des populations concernées n'ont pas évolué comme on l'espérait.

Dans plus de deux dernières décennies, l'utilisation des structures de santé a été affectée de façon négative ; ceci étant observé à travers certaines régions du monde. (11)

Plus de 400 millions de personnes dans le monde n'ont pas accès aux soins de santé essentiels. Beaucoup n'ont accès qu'à des soins souvent fragmentaires ou de médiocre qualité ; le système de Santé ne répond donc pas aux attentes et l'on reste peu satisfait des services de santé dans de nombreux pays. (11)

La vision étant surtout focalisée parfois sur l'amélioration de l'accessibilité géographique et sur la viabilité financière des formations, l'importance d'autres paramètres a été sous-estimée par le système mis en place, pour réussir l'essence d'une bonne politique nationale de santé : offrir des soins de santé et services de qualité à toutes les couches de la population afin d'améliorer durablement leur état de santé.

Ainsi, il est prôné sur le plan mondial, le concept de couverture universelle en matière de santé dont le but est, de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin, sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières. (2)

La couverture universelle en matière de santé a un impact direct sur la santé de la population. L'accès aux services de santé permet aux gens d'être plus productifs et de contribuer plus activement à la vie familiale et communautaire.

Pour qu'une communauté ou un pays parvienne à la couverture universelle en matière de santé, plusieurs facteurs doivent être réunis, à savoir :

- Un système de santé solide, efficace et bien géré qui réponde aux besoins de santé prioritaires au moyen de soins intégrés ;
- Des soins à un coût abordable, donc un système de financement des services de santé qui évite aux usagers de rencontrer des difficultés financières lorsqu'ils y font appel.
- L'accès aux médicaments et aux technologies essentiels pour diagnostiquer et traiter les problèmes médicaux ;
- Des effectifs suffisants de personnels de santé bien formés et motivés, pour dispenser les services et répondre aux besoins des patients, en se fondant sur les meilleures données factuelles disponibles. (2)

La déclaration universelle des droits de l'homme et la charte africaine des droits de l'homme et des citoyens, reconnaissent la santé comme droit fondamental. (3)

En République Démocratique du Congo (RDC), la santé est l'un des cinq chantiers du gouvernement de la république ; L'article 47 de la Constitution de 2006 reconnaît la santé comme l'un des droits fondamentaux du peuple congolais. (4)

L'accès aux soins de santé est une question sociale, économique et politique et aussi un droit humain fondamental. La fourniture de soins de santé curatifs seule ne couvre l'aspect soins de

santé, mais comprend également la promotion de la santé, la prévention, la réhabilitation et le traitement. (4)

Le système sanitaire de la RDC est organisé à trois niveaux ayant chacun un rôle spécifique (5) :

- Le niveau central : Le Ministre de la Santé et son cabinet du Ministre, le Secrétariat Général de la santé, les Directions centrales et les Programmes spécialisés. Ces structures jouent le rôle normatif, de coordination et d'orientation stratégique.
- Le niveau intermédiaire : constitué par l'inspection provinciale de la santé et les divisions qui ont pour rôle un appui technique aux zones de santé
- Le niveau périphérique : c'est la zone de santé qui est l'unité de base de planification sanitaire.

A partir du troisième niveau on a deux échelons : le premier constitué d'un réseau des centres de santé ayant pour mission d'offrir à la population un paquet minimum d'activités (PMA) de prestation de soins, tandis que le deuxième est représenté par l'hôpital général de référence qui offre un paquet complémentaire d'activités de soins de santé (PCA).

Les centres de santé et les hôpitaux sont liés entre eux par la référence et la contre-référence. Ce système sanitaire inclut aussi bien les structures reconnues par la zone de santé (publiques, privées ou conventionnées) que celles œuvrant en parallèle sans trop de régulation. Les centres de santé ont un paquet minimum d'activités prioritaires définies par le Ministère de la Santé Publique tandis que les hôpitaux s'occupent du paquet complémentaire.

La santé pour tous bien qu'elle soit le but ultime, les soins de santé pour tous, accessibles, efficaces, adéquats et équitables restent, ensemble avec les parties prenantes, l'une des conditions essentielles pour améliorer la santé de la communauté, lutter contre les maladies et réduire ainsi la pauvreté.

La santé occupe une place de choix dans le développement individuel et communautaire ; malheureusement, nombreuses personnes restent sans soins alors que l'utilisation des services de santé de base est l'un des facteurs clefs favorisant une meilleure santé des populations.

Suite au long conflit dévastateur que la RDC a connu pendant des années, la crise économique a suivi, et le Pays est devenu l'un des pays les plus pauvres du monde, soit huitième pays le plus pauvre. (37)

Ceci s'explique par le Produit Intérieur Brut (PIB) de 427.2 \$/habitant (2015), revenu par habitant à 394 \$ et l'Indice de Développement Humain (IDH) à 0,43 (174ème au rang mondial sur 188 en 2015) et l'espérance de vie de 51 ans (36). 77.2% des Congolais vivent en dessous du seuil de

pauvreté (37). La structure économique de la RDC est comparable à celle des autres pays d'Afrique centrale, mais l'économie est handicapée par la guerre civile et un niveau de corruption encore élevé.

1.2 ENONCE DU PROBLEME

En RDC, le système sanitaire, jadis l'un des plus performants d'Afrique, s'est détérioré au fil des années.

Suite à la crise multiforme que traverse la République Démocratique du Congo, cette détérioration se traduit par plusieurs faits majeurs dont :

- L'incapacité des formations sanitaires à assurer les soins de santé de qualité
- L'incapacité de la communauté d'accéder aux soins
- la fermeture de certaines formations médicales par manque de financement, etc.

La République Démocratique du Congo a défini sa politique sanitaire en s'appuyant sur les principes d'organisation et de fonctionnement des services de santé à finalité publique, depuis son adhésion à la stratégie de Soins de Santé Primaires et sa souscription en 1980 à la charte africaine de développement sanitaire. (38)

Garantir la santé est dans les prérogatives du Gouvernement qui doit l'accomplir en mettant en place des structures qui offrent des soins de qualité et qui répondent aux besoins fondamentaux de la population. Le système de santé actuel est désarticulé et semble essoufflé. Le Plan National Sanitaire (PNS) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) ne sont que jusque-là des documents abstraits sans matérialisation sur terrain. (5)

Selon la Stratégie de Renforcement des Systèmes de Santé (SRSS), les services centraux, censés jouer le rôle normatif régulier, remplissent imparfaitement leur rôle et mènent des actions ne relevant pas de leurs attributions, et dans ces conditions, les partenaires extérieurs pourtant nombreux et prêts à aider le pays, consacrent une grande part de leurs ressources à financer des actions importantes, mais qui ne cadrent pas avec le développement d'un service de santé durable. (5)

La structure communautaire dynamique et multisectorielle, capable d'être un interlocuteur valable de la population auprès des services de santé et des partenaires, est presque inexistante. Cela se justifie par le fait que les ressources affectées dans la structure de santé, et qui appartiennent à la population, sont dans la plupart de cas, utilisées par le personnel de santé sans associer les concernés. (6)

L'absence d'un véritable partenariat à ce niveau, limite les possibilités d'un véritable développement sanitaire basé sur les besoins ressentis par les membres de la communauté et la recherche des solutions avec leur propre détermination.

Le financement de la santé est dépendant de l'aide extérieure malgré des engagements à un plus haut niveau. La RDC dépense par tête, moins, que le reste de l'Afrique pour sa santé ; les dépenses publiques effectives pour la santé oscillent entre 1,66 \$ US/hab. en 2011, 2,61\$/hab. en 2013 et en 2014 une dépense de moins de 1\$US par tête ; vingt fois moins que ce qui est recommandé (20\$) pour réaliser un PMA. (25) (11) (14). Les ménages constituent la première source de financement de la santé (41% en 2012). L'aide extérieure finance avec 39% par an en 2008-2013. (21)

Le financement des ménages s'effectue à plus de 90% par le biais de paiements directs, à l'exception de quelques zones de santé où un paiement forfaitaire subventionné a été introduit. Avec 16% du total des dépenses de santé, la part de l'Etat dans le financement du secteur est limitée. (21)

Outre la tendance à la baisse, l'Etat n'a consacré en moyenne que 4,3% de son budget à la santé en 2014, ce qui correspond à une dépense de moins de 1\$US par tête. (25)

Parmi les problèmes liés à la longue période caractérisée par la situation d'urgence, la préoccupation de tout faire et tout de suite, ont été un prétexte pour mener des interventions de façon disparate, sans suivre une démarche cohérente ; aussi, la multiplication des infrastructures qui ne répondent à aucune logique de rationalisation de la couverture sanitaire. (5)

Dans le cadre de la réforme de la décentralisation en cours, il comprend 26 divisions provinciales de la santé (DPS) et 516 zones de santé dotée chacune d'environ 20 aires de santé et d'un hôpital général de référence (HGR), dans le but de rapprocher la population aux centres de décision.

Deux tiers des patients en RDC ne recourent pas au système de santé formel pour obtenir des soins, soit parce que les services ne sont pas disponibles ou sont de mauvaise qualité quand ils existent, soit parce qu'ils n'ont pas de moyens (financiers) pour y accéder. (5)

Dans le contexte de pauvreté et d'absence de mécanisme de partage de risque soutenue, et avec une politique de santé en pleine mutation et tâtonnement, les différentes communautés ne fréquentent des services des soins qu'à des proportions très faibles, pour leur prise en charge.

En RDC, Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS 2013-2014), le nombre annuel moyen de consultations en soins ambulatoires s'établit à 2,1 soit, 0,33 consultation/hab./par an, et le nombre annuel moyen d'hospitalisation est à 0,17. Ce sont les plus jeunes (moins de 5 ans)

et les plus âgés (65 ans et plus) qui ont été les plus fréquemment hospitalisés. (14) Cette situation très criante dans les milieux ruraux, n'épargne aucune zone de santé dont la zone de santé de Gombe Matadi, en particulier l'hôpital général de Gombe Matadi, notre zone d'étude, dans la province du Kongo Central. Cet hôpital a enregistré 2391 nouveaux cas en 2015, ce qui équivaut à une charge de travail de 7 malades par jour, soit une fréquentation de 0,05 consultation/hab./par an ; 23% des patients admis ont été hospitalisés, et le taux d'occupation des lits à 51%. (30)

Eu égard à tout ce qui précède, une analyse poussée des différents facteurs de l'utilisation des services curatifs à l'hôpital général de Gombe Matadi, s'avère importante, afin de déterminer les facteurs associés dans cet Hôpital Général de Référence.

1.3 REVUE DE LA LITTERATURE

Les déterminants de l'utilisation de services de soins, peuvent être classés en quatre groupes. (8,40) Ces quatre groupes sont : les facteurs financiers ou économiques (paiement direct des soins, niveau de revenu des ménages, prix et coût des soins, coût du transport, couverture maladie, etc.) ; les facteurs liés à la qualité des soins (qualité structurelle, disponibilité en médicaments, processus de soins, relation soignant/soigné, qualité perçue, satisfaction des usagers...). Les deux autres sont : les facteurs liés à l'environnement (accessibilité géographique) et les facteurs socioculturels (âge, genre, instruction et perception de la maladie et de sa gravité). (Modèle conceptuel, fig.1)

Se décider de recourir au traitement, dépend du cout et du bénéfice ; puis, on comparera avec les avantages attendus avec les efforts que l'on va fournir, sans oublier les alternatives des soins et les autres priorités de dépenses ou d'efforts.

L'opinion sur la qualité de services offert par la structure, est influencée par la réputation de la structure sanitaire, les expériences passées qu'ont la famille et la communauté, les attitudes du personnel soignant, les compétences, la qualité de l'infrastructure et équipement, mais aussi de la disponibilité des médicaments et de l'organisation et l'accueil. (7)

Une étude sur l'accessibilité des services de santé menée en Côte d'ivoire a révélé que les principaux facteurs limitant l'utilisation de services de santé modernes sont : les obstacles financiers comme principale raison de non utilisation des services de santé ; ceci s'explique par les niveaux de coûts élevés suite à l'absence de mécanismes de financement basés sur la solidarité.

Une étude au Burkina-Faso, avait conclu que le coût des prestations de soins et des médicaments, même génériques, est élevée par rapport au pouvoir d'achat de la majorité de la population, surtout dans un contexte marqué par une aggravation de la paupérisation particulièrement en milieu rural, d'où le taux faible de l'utilisation de services de santé. (8)

Selon une étude menée sur l'amélioration de l'accès financier aux soins de santé dans la zone de santé de Kisantou, au Kongo Central de 2008 à 2011, l'hôpital général de référence n'affichait un taux d'occupation des lits que de 53,3 % ; tandis que le taux d'utilisation des infrastructures de premier niveau (Centres de santé intégrés et Hôpital général) était de 0,4 nouveau cas/habitant/an ;

20 % seulement des patients venus en consultation étaient finalement hospitalisés. Les raisons sous-tendant ces faibles taux d'utilisation sont essentiellement le manque d'accessibilité géographique imputable à l'état des routes, le manque d'accessibilité psychologique et culturelle des services de santé locaux ; le principal obstacle à l'accès aux soins de santé est de nature financière.

Pour l'année 2008, seuls 42,8 % de l'ensemble des patients admis à l'hôpital étaient en mesure de payer leurs factures. (9)

Les obstacles géographiques en termes d'accessibilité géographique ne seront évoqués que par ceux qui sont éloignés d'une structure de soins. Lorsque le centre de santé se trouve à proximité, ce point constitue un avantage.

Généralement, les gens préfèrent être soignés près de chez eux même dans des conditions un peu moins favorables, que de devoir aller à distance pour accoucher ou être hospitalisés dans de meilleures conditions ; par contre ils feront parfois de grandes distances pour aller consulter dans un centre mieux équipé (maladies de longue durée ou réfractaires aux traitements essayés). (7)

Il sied à signaler que la distance ou le temps du trajet ont un impact sur l'utilisation de soins curatifs (lors que le temps mis pour aller à l'hôpital dépasse une heure ou 5 km) ; cette utilisation devient un phénomène rare lorsque la distance excède 35 km. Cet aspect est beaucoup plus alarmant en milieu rural qu'en milieu urbain.

Pour les obstacles socioculturels on note que dans l'esprit des populations il n'y a pas d'antagonisme entre les services modernes et les services traditionnels.

Au Mali, une étude révèle que certaines maladies imposent impérativement le recours aux thérapeutes traditionnels. (10)

En ce qui concerne les obstacles liés à la perception de la qualité des soins par la population : dans l'étude menée en Côte d'Ivoire, malgré la majorité des patients déclare être

satisfait (74,9%), ceux qui n'utilisent pas évoque le mauvais accueil, mauvaise réputation, attente trop longue et manque de propreté.

Dans un article publié au Rwanda, dans le territoire de Rubavu, pour la population ayant consulté une FOSA, plus de 80% des patients ont été bien satisfaits de l'accueil leur réservé par le personnel des structures de soins qu'ils ont fréquentées, 11,1% ont été peu satisfaits et 6% ne l'ont pas été du tout. (11)

La présence d'un personnel pléthorique, incompetent et/ou démotivé et l'offre des soins de mauvaise qualité peuvent avoir entraîné la sous-utilisation des hôpitaux en RDC. (12)

Selon une étude menée au Canada par Pineault et Daveluy, parlant des déterminants de l'utilisation des services de santé, il ressort que hormis les autres facteurs liés aux bénéficiaires (facteurs économiques, socioculturels, géographiques et financiers) le sexe et l'âge influencent le niveau d'utilisation.

(13).

Selon EDS 2013-2014, en RDC, le nombre annuel moyen de consultations en soins ambulatoires s'établit à 2,1. On note dans l'ensemble, peu de variation entre les femmes et les hommes (16 % contre 14 %). Par contre, on note des écarts selon l'âge. Généralement, c'est parmi les plus jeunes (21 % à moins de 5 ans) et les plus âgés (19 % à 50-64 ans et 19 % à 65 ans et plus) que la proportion de ceux qui ont reçu des soins de santé, sans être hospitalisés, est la plus élevée. Par contre, parmi les 5-14 ans et les 15-49 ans, cette proportion est beaucoup plus faible (respectivement 11 % et 14 %).

Le nombre annuel moyen d'hospitalisation s'établit à 0,17. Ici aussi, on note des variations en fonction de l'âge : ce sont les plus jeunes (11 % à moins de 5 ans) et les plus âgés (11 % à 65 ans et plus) qui ont été les plus fréquemment hospitalisés. Par comparaison, dans le groupe d'âges 5-14 ans, ce pourcentage n'est que de 5 %. (14)

La disponibilité permanente de médicaments à bas coût et diversifiés est une des attentes principales de la population un peu partout ; en fonction de l'expérience, les exigences peuvent inclure les perfusions et transfusions, les examens de laboratoire, pour bien soigner, il faut voir la maladie.

Les indicateurs d'utilisation de services de santé sont le reflet de la performance du système de santé mais ils dépendent d'une multiplicité de facteurs à la fois internes et externes au système de santé. Certains facteurs ayant trait avec l'offre de services de soins sont à prendre en compte, notamment les orientations politiques et les programmes, l'organisation, les ressources humaines, l'approvisionnement en médicaments et la qualité des services.

L'aide extérieure apportée aux Zones de Santé peut améliorer la qualité des services et réduire les frais d'usager, ce qui devrait amener à augmenter les taux d'utilisation.

Le soutien extérieur n'est pas le seul facteur déterminant de l'utilisation dans la mesure où les services sont influencés par d'autres facteurs contextuels.

Divers facteurs peuvent jouer et empêcher une nette amélioration de la situation. Ils vont du niveau et de la qualité de l'aide extérieure elle-même à des facteurs contextuels tels que les facteurs économiques et saisonniers, l'instabilité politique et les conflits. (15)

L'appui financier octroyé par la CTB à la ZS de Kisantu durant les quatre années (avril 2008 à avril 2012), a renversé la tendance : le taux d'occupation des lits à l'Hôpital général est passé de 52 % en 2008 à plus de 85 % en 2011.

Le pourcentage de patients hospitalisés référés est passé de 6,1 % en 2008 à 93,9 % en 2011, pourcentage de patients de la zone de santé hospitalisés est passée de 74 % en 2008 à 86,8 % en 2011 ; plus de 87 % de l'ensemble des factures des patients ont été encaissés, alors que le pourcentage n'était que de 42 % en 2008.

L'expérience démontre qu'il est possible d'améliorer la réglementation de la zone en matière de santé en liant l'appui financier à une utilisation plus rationnelle des ressources disponibles. Elle atteste par ailleurs que la population a recours aux services de santé publics s'ils sont fonctionnels et dispensés à un coût juste, abordable et prévisible. (9)

1.4 LA ZONE DE SANTE DE GOMBE MATADI

1.4.1 Données démographiques en 2016

La zone de santé de Gombe Matadi est l'une de 31 ZS dans la province du Kongo central ; elle est située à 250 Km de Matadi, chef-lieu de la province. Elle est l'une de cinq zones de santé du territoire de Mbanza-Ngungu. La ZS compte 15 aires de santé dont la plus éloignée est à 90 km et la plus proche du Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS) est située à 1 Km et un hôpital général de référence (HGR) portant le même nom.

La ZS a une population projetée à 104911 habitants et une superficie de 4778 Km², avec une densité de 22 hab. /km².

Tableau 1 La répartition de la population en Aires de santé, zone de santé Gombe-Matadi en 2016 (32)

N°	Nom de l'Aire de Santé	Population totale de l'Aire de Santé	Nom du Centre de Santé (de responsabilité de l'AS)
1	GOMBE MATADI	6450	GOMBE MATADI
2	KILOANGO	7027	KILOANGO
3	KINKONI	10707	KINKONI
4	KINKUZU	5461	KIMAZA
5	LUKUAKUA	5519	LUKUAKUA
6	LUNGA	5487	LUNGA
7	MANILONDE	4340	MANILONDE
8	MBANZA NZUNGI	7422	MBANZA NZUNGI
9	NDUNGA	4601	NDUNGA
10	NKANKA MAWETE	9726	NKANKA MAWETE
11	NKAZU	7486	NKAZU
12	NSANDA	6080	KINDUNGA
13	NTIMANSI	8716	MBANZA NGOYO
14	SOMBALA	9396	NOKI
15	YANDA	6493	KIKOKA
	TOTAL	104911	

1.4.2 Données géographiques

La zone de santé de Gombe Matadi est limitée :

- A l'est par la rivière Inkisi, aux Zones de Santé Rurales de Sona-Bata et de Kisantu.
- A l'ouest par la rivière Lukunga, à la Zone de Santé de Kimpese.
- Au sud par la Zone de Santé Rurale de Kwilu-Ngongo et de Boko-Kivulu
- Au nord par le fleuve Congo, à la République du Congo, la Zone de Santé Rurale de Mangembo et la Zone de Santé Rurale de Luozi.

Le climat est tropical et le Relief et Végétation dominés par les collines, les savanes et forêts, avec un sol argilo-sablonneux.

La ZS est traversée par plusieurs rivières (Inkisi, Lukunga, fleuve Congo...)

1.4.3 Données économiques et socioculturelles

- *L'Occupation principale* est l'agriculture (manioc, l'arachide et la production artisanale d'huile de palme, production des braises)
- *Principaux groupes ethniques* : la zone a 2 groupes ethniques qui sont les BANDIBU et BESINGOMBE, BANIANGA, BANSUNDI.
- *Principales langues parlées* : La langue la plus parlée est le KIKONGO, le KISINGOMBE et le KINSUNDI.
- Certains us et coutumes aggravent les problèmes de santé (interdits alimentaires tels que les interdits alimentaires, guérison spirituelle, produits traditionnels pour accélérer le travail d'accouchement).

1.4.4 Situation sanitaire de la zone de santé en 2015 (30)

Tableau 2. Les Pathologies dominantes selon la mortalité

N°	Pathologie	Proportion
1.	Anémie	7,2%
2.	Paludisme	7,2%
3.	Diabète/HTA	7%
4.	Epilepsie	6%
5.	IRA	2%

1.4.5 Accessibilité géographique de la population aux services dans la Zone de Santé

La ZS est couverte par des structures sanitaires dans les AS, mais la population éprouve d'énormes difficultés pour y accéder à l'HGR (55,7%) à cause de la distance qui la sépare de la structure et aussi à cause des reliefs.

Concernant cette accessibilité géographique, Cinq (5) AS sont d'accès difficile (LUKUAKUA, NDUNGA, LUNGA, KINKONI, MANILONDE) à cause du délabrement avancé de l'état des routes et le relief accidentel. Une faible proportion de la population a accès aux structures de 1^{er} échelon à moins de 5 km ou 1 heure de marche, soit 24,3%.

Tableau 3 Accessibilité géographique de la population dans les Aires de Santé de Gombe Matadi en 2016 (30)

N°	Nom de l'Aire de Santé	Population totale de l'Aire de Santé	Distance du CS par rapport à l'HGR (Km)	Population à moins 40 Km de l'HGR ou 8 heures de marche	
				Nombre	%
1	GOMBE MATADI	6450	1km	6450	100
2	KILOANGO	7027	28km	5617	79,9
3	KINKONI	10707	80km	0	0
4	KINKUZU	5461	22km	3662	67,1
5	LUKUAKUA	5519	69km	0	0
6	LUNGA	5487	55km	0	0
7	MANILONDE	4340	60km	0	0
8	MBANZA NZUNGI	7422	52km	6816	91,8
9	NDUNGA	4601	76km	0	0
10	NKANKA MAWETE	9726	48km	998	10,3
11	NKAZU	7486	69km	0	0
12	NSANDA	6080	54km	0	0
13	NTIMANSI	8716	40km	8716	100
14	SOMBALA	9396	13km	7768	82,7
15	YANDA	6493	24km	6493	100
TOTAL		104911		46520	44,3

L'Hôpital Général de Référence (HGR) de Gombe Matadi n'est pas épargné par de multiples difficultés que l'ensemble des structures de la ZS connaît.

L'HGR construit en 1948 et inauguré en 1951, a une capacité de 120 lits théoriques dont, 77 lits physiques pour le moment.

Il comprend quatre services de base à savoir : service de Médecine Interne, service de Chirurgie, service de Pédiatrie et service de Gynéco-obstétrique, secondé par le service de diagnostic (laboratoire et radiologie), mais ces différents services offrent un PCA incomplet et de faible qualité.

a) Ressources humaines

L'HGR a 45 agents dont 29 professionnels de santé et les administratifs et autres personnels au nombre de 16.

b) Ressources matérielles et l'infrastructure de l'HGR

L'Hôpital Général de Référence de Gombe-Matadi a dix bâtiments répartis en 4 pavillons et des bureaux administratifs.

c) Approvisionnement en médicaments

La Zone de Santé est appuyée financièrement par la communauté avec le recouvrement de cout essentiellement, l'Etat et les partenaires (MEMISA, FM, OMS, UNICEF et Programme Africain de lutte contre l'Onchocercose (APOC))

La Zone de santé s'approvisionne à la Centrale d'Achat et d'Approvisionnement en Médicaments de Kisantu (CAAMEKI) mais, les problèmes majeurs sont : l'indisponibilité de certaines molécules au niveau de la Centrale de Distribution Régionale des médicaments(CDR) et le cout élevé au prix d'achat à la CDR.

1.4.6 Utilisation des services de santé dans la ZS

En rapport avec la demande et l'utilisation des services dans la ZS :

- Faible taux d'utilisation de service au niveau des centres de santé à 43% en 2014 et 39% en 2015
- Pour l'HGR, la fréquentation calculée sur 50 pour cent de la population totale est de 2% (0,02 consultation/hab./an) en 2014 et 4,6%, soit 2391 nouveaux sur 52456, ce qui équivaut à 0,05 consultation/hab./an, en 2015
- Faible taux d'occupation des lits à 59%en 2014 et 51% en 2015.

L'hôpital de Gombe Matadi présente une faible fréquentation en soins curatifs faible.

c'est une étude transversale descriptive à visée et analytique sur un échantillon de 450 chefs des ménages, tous interviewés, réalisée dans 6 aires de santé, et une partie qualitative réalisée sur un échantillon de 20 personnes, dans deux groupes focalisés (prestataires de l'HGR et chefs des ménages). Un modèle de régression logistique a été construit par la méthode de sélection pas à pas progressive avec une probabilité d'entrée de 0,05. Les Odds ratios avec leurs intervalles de confiance (IC à 95%) dérivés du modèle final de régression logistique étaient testés par le khi carré de Wald.

1.5 QUESTIONS DE RECHERCHE

Le plan d'action opérationnel de la zone de santé (2016), émanation du développement de la zone de santé pour l'exercice 2016-2020, a fait état du faible taux d'utilisation en soins curatifs (43% en 2014 et 39% en 2015) pour toute la zone de santé et, la faible fréquentation et occupation des lits à l'HGR comme problèmes majeurs et prioritaires. En 2014, sur 50928 habitants, pris comme 50% qui devraient consultés, sur l'ensemble de la ZS, seulement 2121 nouveaux cas ont consultés à l'HGR (une fréquentation de 0,02 consultation/hab./an) et un taux

d'occupation des lits de 59%. De même en 2015, pour une population de 52456, (50% de la population totale), 2391 patients ont consulté les services des soins de l'HGR. Ce qui amène à une fréquentation de 4,6%, soit 0,05 consultation/hab./an et un faible taux d'occupation des lits soit 51%, en 2015 pour l'HGR. (32)

Ainsi, étant donné ce constat, il s'avère impérieux de procéder par une analyse fouillée des déterminants qui, expliqueraient ce taux faible de fréquentation de l'HGR.

Au cours de cette étude, la préoccupation consistait à répondre aux questions ci-après :

- Quels sont les facteurs qui seraient à la base de la faible utilisation des services des soins curatifs à HGR Gombe Matadi ?
- Comment les facteurs sociodémographiques influent-ils négativement sur les ménages pour ne pas utiliser les services offerts par l'HGR Gombe Matadi ?

1.6 HYPOTHESES

1. La faible utilisation de services de soins curatifs à l'HGR Gombe Matadi est liée à la faible accessibilité géographique.
2. La mauvaise perception de la qualité de services des soins à l'HGR Gombe-Matadi influence de façon négative sur l'utilisation de services ;
3. La faible utilisation des services des soins curatifs à l'HGR Gombe-Matadi est liée au faible revenu des ménages.

1.7 BUT DE LA RECHERCHE

Le but de cette recherche est d'analyser les différents facteurs expliquant la faible utilisation des services de soins curatifs à l'HGR Gombe Matadi, les intégrer dans la mise en œuvre des interventions susceptibles de contribuer à l'amélioration de la qualité des services curatifs et de l'accessibilité de la population aux soins de santé.

Fig.1 Modèle conceptuel

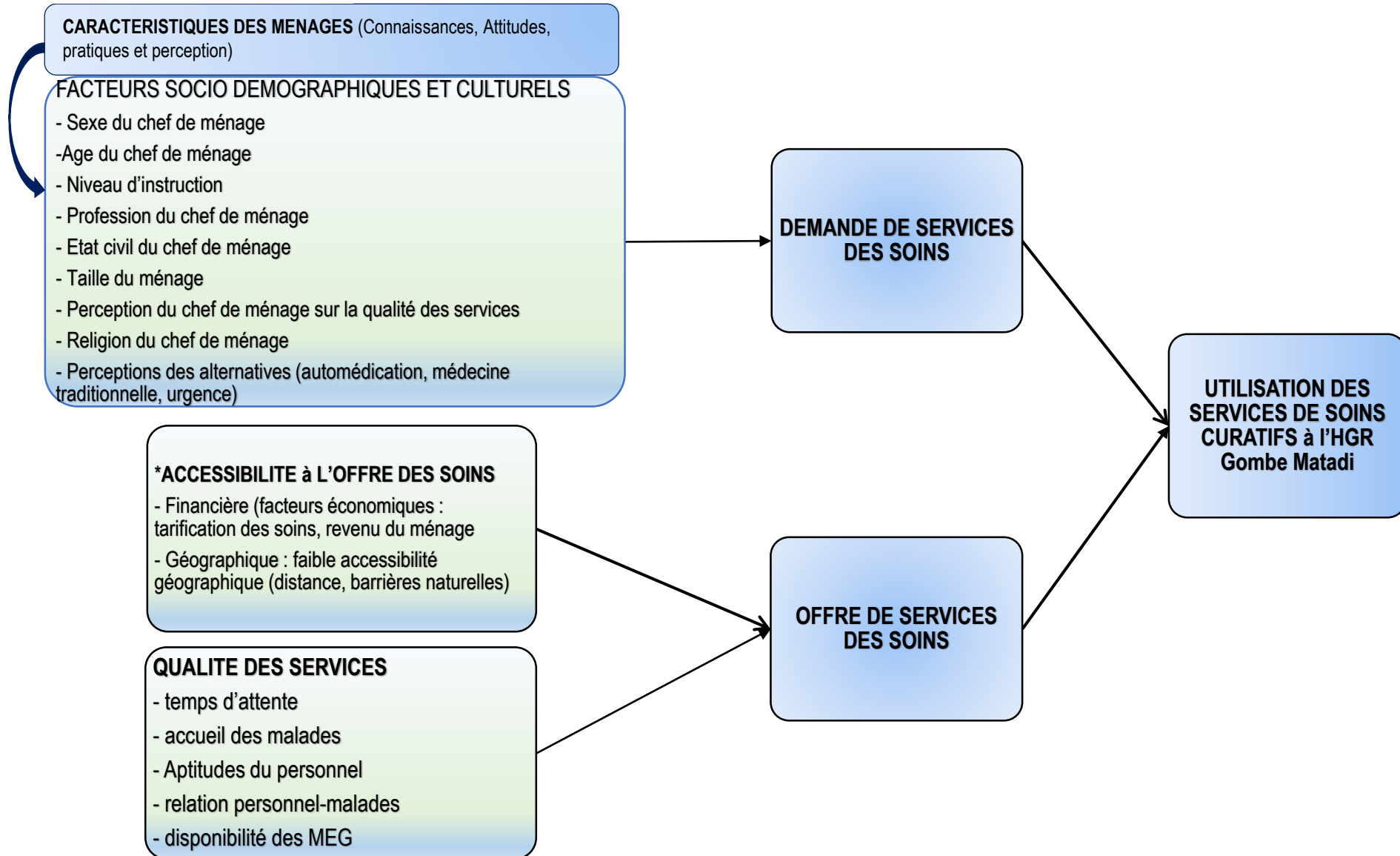


Figure 1

1.8 OBJECTIFS

1.8.1 Objectif général

Contribuer à déterminer les facteurs associés à l'utilisation des services curatifs à l'hôpital général de Gombe-Matadi.

1.8.2 Objectifs spécifiques

1. Décrire les caractéristiques socio démographiques des ménages de la ZS de Gombe Matadi.
2. Analyser l'utilisation des services des soins curatifs de l'HGR Gombe Matadi.
3. Déterminer le niveau de connaissances, attitudes et pratiques des ménages vis-à-vis de la maladie et la perception des ménages sur la qualité de services.
4. Identifier les facteurs liés à l'utilisation des services de soins offerts par l'HGR Gombe Matadi

CHAPITRE II. MATERIELS ET METHODE

2.1 Cadre de l'étude

Cette étude s'est déroulée dans la Zone de Santé de Gombe Matadi, dans six Aires de Santé et à l'HGR.

2.2 Type d'étude

C'est une étude transversale à visée analytique qui a été menée auprès des chefs des ménages de la ZS Gombe Matadi, avec 2 approches :

Quantitative : entretien semi-structuré avec questionnaire administré aux chefs des ménages de la zone de santé, dans les six AS ;

Qualitative : discussion des groupes focalisés, dans deux groupes de 8 et 12 personnes (personnel soignant et chefs des ménages)

2.3 Echantillonnage

2.3.1 Unités statistiques

- Ménages dans la communauté
- Personnels soignants et personnel administratif à l'HGR

Cible :

- Chefs de ménages ou représentants ;
- Chefs de services de l'HGR

2.3.2 Taille de l'échantillon

Partant de l'hypothèse que seulement 50% des malades pourraient être touchés par la maladie et utiliser les services, le calcul de la taille de l'échantillon pour faire une inférence sur la population a été fait comme suit :

n : taille de l'échantillon

p : proportion des personnes supposées utiliser les services de santé de l'HGR (50%)

q : proportion des malades qui ne fréquentent pas le service ($q= 1-p$)

Sachant que la population de la zone de santé dépasse 100.000 habitants

z = Coefficient de confiance pour un degré de 95%(1,96).

d = degré de précision absolue voulue (5%)

Et la taille de l'échantillon a été calculée par la formule suivante : $n \geq \frac{z^2 pq}{d^2}$

$$\frac{(1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{0,05^2} \geq 396 \text{ ménages}$$

Dans le but de pallier au risque de non-réponse pouvant subvenir lors de l'étude, et pour ne pas tomber en dessous de la taille minimale qui garantit la précision dans l'estimation des paramètres, il a été ajouté 13% pour ramener l'échantillon à **450** ménages.

Pour la partie qualitative, le personnel de l'HGR, une personne par service et une personne pour le service administratif, pour la laboratoire, consultation et pharmacie ont été interviewées ; soit 8 personnes au total et 12 chefs de ménage ont été interviewés en focus groupe.

2.3.3 Méthodologie de sondage

L'étude a utilisé la technique d'échantillonnage probabiliste à plusieurs degrés.

Elle a consisté à subdiviser la ZS en sous populations ou grappes, constituées des AS.

Ainsi, 15 grappes pour l'ensemble de la zone de santé ont été mis à notre disposition par l'équipe du BCZ sur la liste des AS, les villages et les quartiers dans chaque village.

- Au 1^{er} degré : les 15 AS ont été listées, et six aires de santé ont été tirées de façon aléatoire simple ; trois AS lointaines et trois autres périphériques à l'HGR, selon que l'on se situe à plus ou moins de 30 Km de l'HGR ; par méthode de l'urne.
- Au 2nd degré : dans chaque aire de santé retenue, une liste des villages a été dressée et nous avons tiré au hasard deux villages par AS.
- Au 3^{ème} degré : en rapport avec le poids démographique de chaque village sélectionné, la proportion des ménages a été calculée (taille de l'échantillon sur le nombre total des ménages de l'AS, le produit a été multiplié par le nombre total des ménages du village) et sélectionnés par tirage aléatoire systématique après avoir fait un relevé parcellaire.
- Au 4^{ème} degré : une fois dans le quartier, la direction a été tirée au hasard, puis les enquêteurs ont procédé à un tirage au sort, avec un crayon pointé sur le numéro à l'aveuglette sur le papier, le ménage dans laquelle l'enquête va débiter. L'enquête a faite en suivant la maison la plus proche de celle enquêtée jusqu'à atteindre le nombre des ménages du village, suivant le pas de sondage calculé au préalable.

Tableau 4. Nombre des ménages enquêtés par aire de santé

	Nom de l'Aire de Santé	Population totale de l'AS	Nbre. Ménages de l'AS	Nbre. Ménages à enquêter	Proportion
1	GOMBE MATADI	6450	1217	70	15,5
2	LUNGA	5487	1035	58	13,0
3	MANILONDE	4340	819	47	10,4
4	NTIMANSI	8716	1645	105	23,3
5	SOMBALA	9396	1773	100	22,2
6	YANDA	6493	1223	70	15,5
TOTAL		40882	7714	450	100

Les ménages ont été obtenus en divisant la population de l'AS par 5,3 avec réajustement selon les AS. (La moyenne nationale EDS 2013-2014 page 27)

Critères d'inclusion : tous les chefs de ménages des AS sélectionnées, habitant la zone de santé de Gombe-Matadi depuis au moins six mois et ayant accepté de répondre aux questions.

Critères de non inclusion : les chefs de ménages en état de débilité mentale.

2.4 La Liste des Variables

2.3.1 Variable dépendante : Utilisation des services de soins curatifs à l'HGR Gombe Matadi

2.3.2 Variables indépendantes

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Age du chef de ménage | 8. Niveau d'instruction du chef de ménage |
| 2. Taille du ménage | 9. Perception de la qualité des services
(temps d'attente, présence des médicaments, satisfaction ou pas des soins reçus, compétence du personnel) |
| 3. Sexe du chef de ménage | 10. Tarification des soins |
| 4. Profession du chef de ménage | 11. Distance avec l'HGR |
| 5. Statut matrimonial du chef de ménage | |
| 6. Religion du chef de ménage | |
| 7. Revenu du ménage | |

2.3.3 Echelle des variables

Tableau 5 Définitions des variables.

Variables	Définition Opérationnelle	Echelle
Utilisation des services des soins curatifs	- Fréquentation des services des soins curatifs de l'HGR Gombe Matadi par les ménages au cours des 12 derniers mois pour de	Nominale • Oui • Non

	bénéficiaire d'une prise en charge	
Age du chef de ménage	C'est l'âge révolu du chef de ménage au moment de l'enquête	<p>Ordinale</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 30ans • 31-45 ans • 46-59 ans • 60 ans et plus
Sexe du chef de ménage	Masculin ou féminin	<p>Nominale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masculin • Féminin
Taille du ménage	Nombre de personnes qui habitent sous le toit du chef de ménage et sous sa responsabilité.	<p>Ordinale</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2-6 personnes • >6 personnes
Profession du chef de ménage	Activité professionnelle du chef de ménage au moment de l'enquête	<p>Nominale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sans profession • Agent du secteur public • Agent du secteur privé • Cultivateurs • Autre à préciser
Statut matrimonial	Situation affective du chef de ménage au moment de l'enquête	<p>Nominale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marié (e) • Célibataire • Divorcé (e) • Veuf (ve) • Union libre
Religion du chef de ménage	Religion pratiquée par le chef de ménage	<p>Nominale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucune • Catholique • Kimbanguiste • Protestante • Eglise des noirs

		<ul style="list-style-type: none"> • Musulmane • Autre à préciser
Dépense journalière consacrée à l'alimentation par ménage et par membre du ménage	Somme d'argent utilisée par le ménage pour les repas, exprimé par personne/jour (1\$=1200 FC)	Ordinale <ul style="list-style-type: none"> • < 1\$ • > 1 \$
Niveau d'instruction du chef de ménage	Le plus haut niveau d'études atteint par le chef de ménage : <ul style="list-style-type: none"> • Aucun : n'a pas achevé l'école primaire • Primaire : a achevé l'école primaire • Secondaire : diplômé d'état • Supérieur : gradué et plus 	Ordinale <ul style="list-style-type: none"> • Aucun • Primaire • Secondaire • Supérieur
Perception de la qualité des services	La perception qu'a le chef de ménage de la qualité des services par rapport à : <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Accueil,</i> 	<i>Nominale</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bonne</i> • <i>Mauvaise</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 2. <i>Temps d'attente,</i> 	<i>Ordinal</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i><15 minutes</i> • <i>15-30 minutes</i> • <i>>30 minutes</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 3. <i>Présence des médicaments</i> 	<i>Nominale</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Oui</i> • <i>Non</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 4. <i>Satisfaction ou pas des soins reçus</i> 	<i>Nominale</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Satisfait</i> • <i>Non satisfait</i>
Tarifcation des soins de santé	Perception de la capacité à payer les soins par rapport au prix de soins de santé appliqué à l'HGR Gombe Matadi	Ordinale <ul style="list-style-type: none"> • Abordable • Cher
Distance avec l'HGR Gombe Matadi	C'est la distance qui sépare l'HGR Gombe Matadi du ménage	Ordinale <ol style="list-style-type: none"> 1. Moins de 25 Km 2. >25 km

2.5. Technique de collecte des données

- Enquête quantitative

La collecte des données quantitatives a été faite par les enquêteurs sur base d'une interview semi structurée avec un questionnaire semi ouvert, administré aux chefs de ménages. (En annexe)

- Enquête qualitative

Deux focus group de 8 à 12 personnes ont été organisés à l'HGR et dans l'AS Gombe-Matadi pour collecter les données en rapport avec les obstacles de l'accessibilité aux soins à l'HGR.

2.6 Collecte des données proprement dite

Les activités de collecte des données ont été précédées de l'obtention d'une autorisation officielle du comité d'éthique de l'ESP de Kinshasa, ensuite des contacts ont été pris avec les autorités politico - administratives du secteur de Gombe-Matadi ainsi que celles du Bureau Central de la Zone de santé, en vue de leur expliquer le bien-fondé de l'étude.

Nous avons procédé au recrutement des 10 enquêteurs et 2 superviseurs sélectionnés sur base de leurs capacités, de leur connaissance du terrain et de leur habilité à parler le français et la langue locale (kikongo) ; une formation suivie d'un pré - enquête a été organisée à leur intention. Après distribution des ordres de mission, des questionnaires et autre matériel nécessaires pour la collecte aux enquêteurs et superviseurs, l'équipe s'était rendu dans les différentes aires de santé pour la collecte des données, suivant la technique ci-haut évoquée. Trois pools de supervision de deux AS chacun, ont été répartis selon les distances et la position géographique des AS.

La collecte des données avait pris 8 jours dont : 1 jour de formation, 1 jour de pré-test, 2 jour du relevé parcellaire et 4 jours pour l'administration du questionnaire.

A la fin de la journée, toute l'équipe d'enquêteurs se retrouvait, soit avec le chercheur principal, soit avec le superviseur du pool pour la vérification des données collectées : la complétude des questionnaires, l'exhaustivité et précision des informations recueillies, passer en revue les difficultés éventuelles rencontrées et procéder à la centralisation des questionnaire remplis.

Le chercheur principal vérifiait minutieusement de nouveau chaque questionnaire et lui attribuait un numéro. Le masque de saisie et la codification ont été effectués par le chercheur principal, les données ont été ensuite introduites dans l'ordinateur.

2.7 Pré-test du questionnaire

Le pré-test du questionnaire a été organisé auprès de 20 ménages dans l'AS de Kinkunzu. Ce pré-test nous a permis de vérifier la qualité de l'outil de collecte des données, d'apporter quelques modifications et évaluer l'aptitude des enquêteurs, estimer le temps nécessaire pour chaque interview et aussi évaluer les réactions des enquêtés.

2.8 Traitement et analyse des données

2.8.1 *Tri des données* : les questionnaires étaient numérotés et arrangés selon les villages des AS dans lesquelles s'est déroulée l'enquête.

2.8.2 *Contrôle de qualité* : le contrôle de la complétude, l'exhaustivité et la précision des informations recueillies était effectué sur terrain au moment de la collecte par les enquêteurs d'abord puis les superviseurs.

Pour donner plus de qualité au travail, le chercheur principal procédait, avant la saisie, à la recherche des incohérences entre les réponses.

2.8.3 *Codification des données* : dès la conception de l'outil de collecte des données, les dispositions ont été prises sur la codification. Ainsi, les données recueillies avaient été regroupées et codifiées.

2.8.4 *L'analyse des données* : Les données recueillies étaient saisies à l'aide du logiciel EPIDATA 3.1, puis transférées sur Excel et le logiciel SPSS version 23 pour analyse.

Les variables qualitatives ont été résumées sous forme des tableaux de fréquence (ou proportion), tandis que les mesures de tendance centrale et de dispersion (la moyenne et écart-type) ont été effectuées pour les variables quantitatives. Le khi-deux de Pearson nous a permis d'objectiver les associations entre différents facteurs et l'utilisation des services curatifs de l'HGR Gombe-Matadi.

La régression logistique a permis de déceler les facteurs associés à l'utilisation des services à l'HGR Gombe Matadi, et à mesurer la force d'association de chaque déterminant (Odds ratio ajusté) au seuil de signification de 0,05.

Pour les données de la partie qualitative, les entretiens enregistrés, les notes prises et les observations ont été transcrits en texte en respectant le verbatim. L'approche déductivo-hypothétique était appliquée pour l'analyse thématique du contenu. Un guide de codification partant de concepts contenus dans le modèle conceptuel pris comme thèmes a été réalisé. Ces thèmes ont été liés aux catégories qui correspondent aux variables. La codification des mots clés

a suivi, ligne par ligne et paragraphe par paragraphe dans le but de comprendre la logique et les point de vue des enquêtés. Les réponses exceptionnelles ont été notées comme « illustration ». L'analyse a été réalisée en utilisant la méthode d'analyse thématique du contenu à l'aide d'une matrice conçue sur Excel.

2.9 Considérations éthiques

Le quitus du comité d'éthique de l'école avait été reçu avant la descente sur terrain. En vue de préserver et garantir le respect et la dignité humaine, un formulaire de consentement éclairé avait été rédigé et lu à l'intention des enquêtés. Le consentement éclairé était sollicité par les enquêteurs de façon verbale, en soulignant la libre participation à l'étude.

La confidentialité des informations livrées, la sauvegarde de la vie privée des enquêtés et leurs ménages, ont été assurées (pas de remplissage des noms, adresses et autres signes pouvant aider à retrouver les répondants), le questionnaire rempli a été gardé dans un endroit sécurisé et l'ordinateur sécurisé par un mot de passe.

CHAPITRE III. PRESENTATION DES RESULTATS

3.1 Partie descriptive

3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des ménages

L'ensemble de la population vivant dans les ménages enquêtés s'élevait à 2552 personnes. La moyenne des personnes dans les ménages était de $5,7 \pm 2,14$ personnes. L'âge moyen des chefs des ménages était de $43,8 \pm 12,0$ ans. Les ménages qui étaient dirigés par les hommes représentent 85,8%, tandis que ceux dirigés par les femmes étaient 14,2%. La tribu Besingombe était majoritaire, soit 80,7% ; suivi de la tribu Manyanga à 12,4%. Le minimum de la dépense pour la nourriture s'élève à 500 FC (0,42\$), le maximum à 3000 FC (2,5\$) et la moyenne est de 1140 ± 528 FC ($0,95 \pm 0,44$ \$).

3.1.1.1 Age et Sexe des chefs des ménages

Tableau 6. Répartition des chefs des ménages par AS selon l'âge

Aire de Santé	Effectif	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
GOMBE MATADI	70	22	67	39,9	11,1
LUNGA	58	21	68	45,1	12,7
MANILONDE	47	25	66	41,2	9,1
NTIMANSI	105	20	73	47,3	11,6
SOMBALA	100	20	68	43,7	11,5
YANDA	70	18	80	43,1	13,9
Total	450	18	80	43,8	12,0

L'âge minimum est de 18 ans et l'âge maximum est de 80 ans ; la moyenne d'âge est de $43,8 \pm 12$ ans.

Tableau 7. Répartition des chefs des ménages selon l'âge et le sexe.

Catégorie d'âge (en année)	SEXE					
	FEMININ		MASCULIN		TOTAL	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	P%
≤ 30 ANS	11	2,4	60	13,3	71	15,8
31-45 ANS	28	6,2	163	36,2	191	42,4
46-59 ANS	23	5,1	122	27,1	145	32,2
≥ 60 ANS	2	0,4	41	9,1	43	9,6
TOTAL	64	14,2	386	85,8	450	100,0

Les chefs de ménages de la tranche d'âge de 31-45 ans sont les plus nombreux à 42,4% ; celle de 46-59 ans constitue les $3/10^{\text{ème}}$, soit 32,2% ; de moins de 30 ans représente 15,8% ; la tranche d'âge de plus de 60 ans avoisine le $1/10^{\text{ème}}$; soit 9,6%.

En ce qui concerne le sexe, les ménages dirigés par les hommes représentaient 85,8% tandis que ceux dirigés par les femmes représentaient 14,2%.

3.1.1.2 La Taille des ménages

Tableau 8. Taille moyenne des personnes vivants dans les ménages

Aire de santé	Ménages	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
SOMBALA	100	2	14	6,0	2,79
YANDA	70	2	12	6,0	2,03
NTIMANSI	105	2	11	5,7	1,75
GOMBE MATADI	70	2	12	5,7	2,36
LUNGA	58	2	8	5,1	1,43
MANILONDE	47	2	8	4,9	1,52
TOTAL	450	2	14	5,7	2,14

Au regard du tableau 8, il sied à signaler que la taille moyenne des ménages est de $5,7 \pm 2,14$ personnes avec la taille minimum de 2 personnes par ménage et un maximum de 14 personnes par ménages, dans l'AS Sombala.

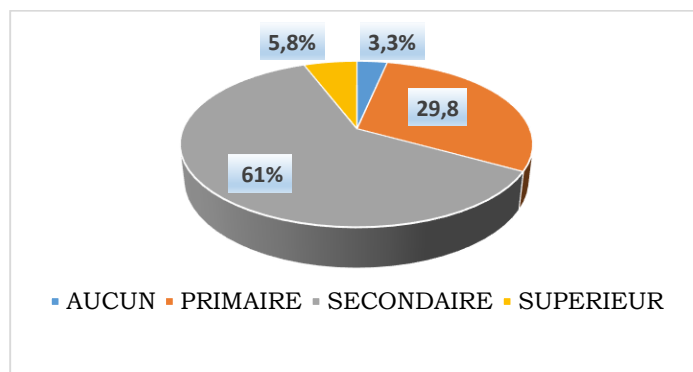
Tableau 9. Taille des ménages par tranche

Taille	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
2-3 personnes	62	13,8	13,8
4-5 personnes	167	37,1	50,9
6-7 personnes	138	30,7	81,6
8 personnes et plus	83	18,4	100,0
Total	450	100,0	

Les ménages de 4-5 personnes sont les plus nombreux avec 37,1%, suivi de ceux de 6-7 personnes avec 30,7% ; les ménages de 8 personnes et plus sont à 18,4 % ; ceux de 2-3 personnes sont minoritaires à 13,8 % (tableau 9)

3.1.1.3 Niveau d'instruction des chefs des ménages

Figure 2 Niveau d'instruction des chefs des ménages



La figure 2 montre que 3,3% des chefs des ménages n'ont jamais été à l'école et 33,1% ont une qualification scolaire inférieure aux études secondaires.

Les femmes accusent un faible niveau d'instruction que les hommes ; dans la population féminine, 53,2% n'ont pas atteint le niveau secondaire.

3.1.1.4 Répartition des chefs des ménages selon l'Etat civil et la religion

Tableau 10. Répartition des chefs des ménages selon leur état civil et leur religion

Etat civil du chef ménage	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Marié	339	75,3	75,3
Veuf(ve)	66	14,7	98,4
Célibataire	38	8,4	83,8
Divorcé	7	1,6	100
Total	450	100	
Religion chef ménage			
Catholique	148	32,9	32,9
Kimbanguiste	131	29,1	62
Protestante	86	19,1	81,1
Kintuadi (église des noirs)	41	9,1	90,2
Eglise de réveil	17	3,8	94
Néo apostolique	4	0,9	94,9
Témoins de Jéhovah	4	0,9	95,8
Autres	19	4,2	100
Total	450	100	

Il ressort du tableau 10 que les chefs de ménages mariés représentent 75,3% suivi des veufs (ves) à 14,7%. Les chefs de ménages célibataires sont plus de sexe masculin tandis que les divorcés sont à part égale.

La religion catholique vient en tête avec 32,9%, suivi de la religion kimbanguiste 29,1%. Quant à la religion protestante, elle occupe la troisième place avec 19,1%. Les autres religions constituent 18,9%.

3.1.1.5 Occupation du chef de ménage

Tableau 11. Activité principale du chef de ménage

Profession du chef ménage	Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Cultivateur	339	75,3	75,3
Agent du secteur public	64	14,2	89,5
Agent du secteur privé	10	2,2	91,7
Sans profession	3	0,7	92,4
Autres (indépendants)	34	7,6	100
Total	450	100	

Au regard de ce tableau, 75,3% des chefs de ménages sont des cultivateurs, les fonctionnaires de l'état sont à 14,2%. Ceux qui travaillent comme indépendants, c'est-à-dire qui vivent des petites activités de survie bien qu'informelles, sont à 7,6%.

3.1.2 Caractéristiques socio-économiques des ménages

3.1.2.1 Statut d'occupation du ménage dans la parcelle et type d'habitation

Tableau 12. Statut d'occupation dans la parcelle

Statut d'occupation dans la parcelle	Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Propriétaire	370	82,2	82,2
Locataire	54	12	94,2
Logé par la famille	23	5,1	99,3
Logé par l'employeur	3	0,7	100
Total	450	100	

Il s'avère que 82,2% des ménages sont des propriétaires ; 12% sont des locataires, 5,1% sont logé par la famille et enfin ceux qui sont logés par l'employeur sont d'une proportion négligeable soit 0,7%.

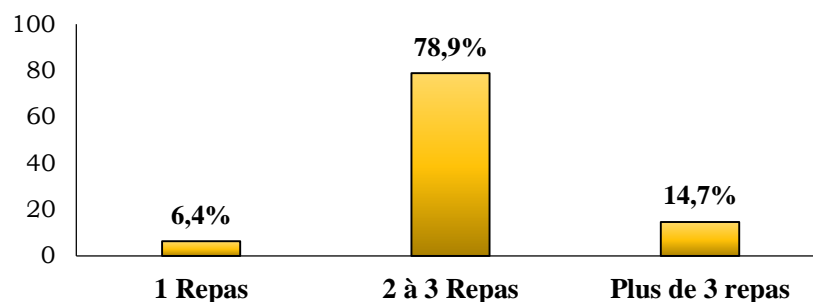
Tableau 13. Type d'habitation du ménage

Type d'habitation	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Maison semi durable	355	78,9	78,9
Maison en dure	93	20,7	99,6
Hutte	2	0,4	100
Total	450	100	

78,9% des ménages habitent les maisons en semi durables, 20,7% seulement dans les maisons en dures et 0,4% dans les huttes.

3.1.2.2 Nombre des repas consommés et dépense journalière

Figure 3. Nombre des repas consommés par les ménages



La plupart des ménages consomment entre 2 à 3 repas par jour, soit 78,9% et les ménages qui consomment plus de 3 repas sont à 14,7%. Les ménages qui ne consomment qu'un seul repas ne représente que 6,4% de tous les ménages. (Figure 3)

Le minimum de la dépense pour la nourriture s'élève à 500 FC (0,42\$), le maximum à 3000 FC (2,5\$) et la moyenne est de 1000 FC (0,95±0,44\$) par ménage. (Tableau 14)

Tableau 14 Dépenses du ménage/jr pour le repas (n=450)

Aire de Santé	Effectif	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart Type
GOMBE MATADI	70	0,42	1,67	1,14	0,42
LUNGA	58	0,42	1,67	0,89	0,37
MANILONDE	47	0,42	2,50	1,00	0,48
NTIMANSI	105	0,42	2,50	1,02	0,48
SOMBALA	100	0,42	1,67	0,87	0,33
YANDA	70	0,42	2,50	0,81	0,50
TOTAL	450	0,42	2,50	0,95	0,44

En ce qui concerne les dépenses journalières pour le repas dans les ménages, 84% de ménages vivent avec moins d'un dollar, tandis que ceux vivant avec plus d'un dollar ne représentent que 16% comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 15. Dépense journalière pour le repas par ménage

Dépenses repas par jour (\$ US)	Effectif	Pourcentage	Pourcentage Cumulé
< 1\$ américain	378	84,0	84,0
≥ 1\$ américain	72	16,0	100,0
Total	450	100	

Dépense repas / personne/ jour (\$ US)					
Aire de Santé	Effectif (n=450)	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
GOMBE MATADI	70	0,07	0,83	0,23	0,14
LUNGA	58	0,06	0,42	0,20	0,10
MANILONDE	47	0,06	0,83	0,23	0,17
NTIMANSI	105	0,05	0,56	0,20	0,11
SOMBALA	100	0,03	0,67	0,19	0,14
YANDA	70	0,04	0,83	0,15	0,12
Total	450	0,03	0,83	0,20	0,13

La dépense journalière moyenne par personne dans les ménages est de 0,20±0,13\$ (240±156FC), un minimum de 0,03\$ (36 FC) et maximum de 0,83\$ (996 FC) par habitant. Aucun ménage n'a atteint 1\$ par personne. (Tableau 15)

Tableau 16. Revenu mensuel du chef de ménage par AS

Aire de Santé	Effectif (n=450)	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart Type
GOMBE MATADI	70	8	77	23,21	12,20
LUNGA	58	8	63	25,42	9,90
MANILONDE	47	8	83	38,00	20,27
NTIMANSI	105	3	83	35,67	17,95
SOMBALA	100	2	71	33,07	14,76
YANDA	70	4	42	14,49	6,55
Total	450	2	83	28,78	16,40

Le revenu mensuel moyen du chef de ménage est de 28,78±16,40\$ américains soit 34536 FC, avec un minimum de 2\$, soit 2400 FC, un maximum de 83\$ US (99600F), comme le montre le tableau 16.

Tableau 17. Classe de revenu mensuel du chef de ménage

Revenu chef de ménage en classe	Effectif (n=450)	Pourcentage	Pourcentage cumulé
2-25 \$	243	54	54
26-50 \$	157	34,9	88,9
51 \$ ET PLUS	50	11,1	100
TOTAL	450	100	

Un peu plus de la moitié des chefs de ménages, soit 54% ont un revenu mensuel de moins de 25\$; 34,9% vivent avec un revenu mensuel oscillant entre 26-50\$ et 11,1% sont à au moins 51\$. (Tableau 17)

Tableau 18. Revenu journalier par personne dans le ménage

Revenu par personne	Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
< 1\$	450	100	100
≥ 1\$	0	0	100
Total	450	100	

100% des membres des ménages vivent en dessous d'1\$ par jour ; la moyenne est de 0,19±0,13 ; le minimum à 0,01\$; maximum à 0,83\$.

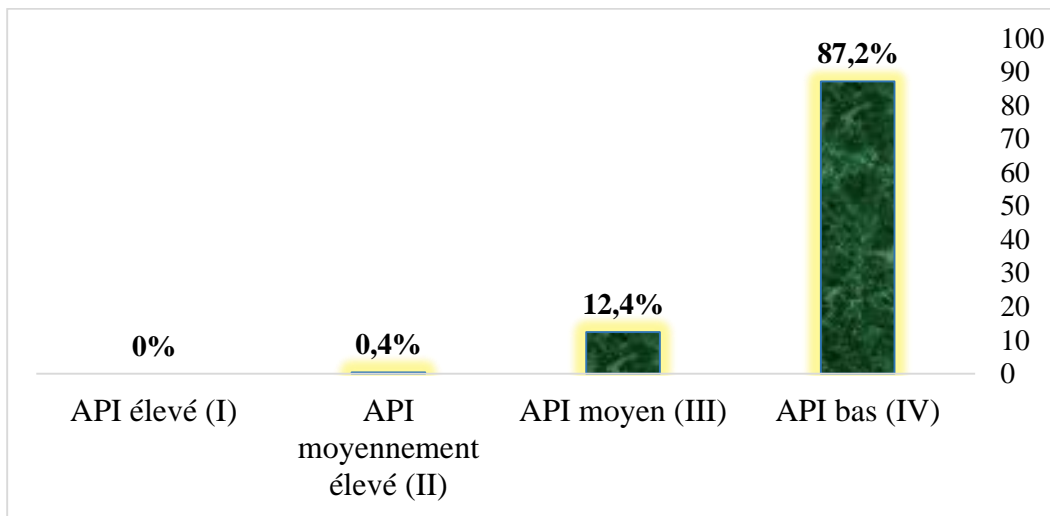
3.1.2.3 Possession des biens valeurs par les ménages

Tableau 19. Biens de valeur possédés par les ménages (n=450)

Biens de valeur possédés par les ménages	Réponses		Pourcentage d'observations
	Nombre des ménages en possession du bien	Pourcentage	
Téléphone portable	247	29,2	67,5
Radio	233	27,5	63,7
Vélo	115	13,6	31,4
Horloge	106	12,5	29,0
Fer à repasser	71	8,4	19,4
Moto	45	5,3	12,3
Télévision	17	2,0	4,6
Machine à coudre	7	0,8	1,9
Voiture	3	0,4	0,8
Electricité	2	0,2	0,5
Frigo/congélateur	0	0	0
Moulin	0	0	0

Sur 450 ménages, 84 ne possèdent aucun des biens énumérés dans le tableau 19 ; 366 possèdent au moins un bien. Parmi les biens de valeur possédés par les ménages, le téléphone portable vient en tête avec 29,2% suivi de la radio à 27,5% puis l'horloge à 12,5% de ménages. Le fer à repasser, la moto et le téléviseur sont moins possédés tandis que la machine à coudre, la voiture et l'électricité sont de moins en moins utilisés. Dans tous les ménages enquêtés, aucun ne possède ni frigo/congélateur ni moulin.

Figure 4. Indice de possession des biens (Accomodity Possession Index)



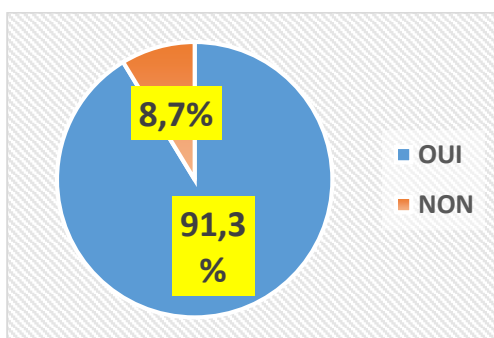
Selon l'Indice de possession des biens possédés par les ménages dans le tableau 19, de la catégorie I (API élevé) à la IVème catégorie (API bas), il ressort que 87,2% de ménages sont de la 4^{ème} catégorie (indice bas) suivi de la catégorie III (moyen) soit 12,4%. Aucun ménage ne se retrouve dans la Catégorie I de la possession des biens.

(Catégorie I : 10-12 biens de valeur ; catégorie II : 7-9 ; catégorie III : 4-6 ; catégorie IV : 0-3 biens)

3.1.3. Comportement et perception des ménages face à la maladie et aux services de l'HGR

3.1.3.1 Connaissance de l'HGR GM

Figure 5. Connaissance de l'HGR Gombe Matadi par les ménages.



91,3% de ménages enquêtés (411 ménages) connaissent l'HGR Gombe-Matadi et 8,7% (39 ménages) ont affirmé ne pas connaître l'HGR.

3.1.3.2 Fréquentation des services des soins parmi les ménages connaissant l'HGR

Tableau 20. Fréquentation de l'hôpital Général de Gombe-Matadi

Fréquentation HGR Gombe M	Effectif (n=411)	Pourcentage	Pourcentage Cumulé
Ayant fréquenté	138	33,6	33,6
N'ayant pas fréquenté	273	66,4	100
Total	411	100	

Le tiers soit 33,6% de ménages parmi ceux qui connaissent l'HGR Gombe-Matadi l'ont déjà fréquenté et 2/3 soit 66,4% n'ont par contre jamais fréquenté l'HGR Gombe-M. (Tableau 20)

3.1.3.3 Nombre de ménages ayant eu au moins un malade durant les 30 derniers jours précédant l'enquête et état du malade

Tableau 21. Ménages avec une personne tombée malades et gravité de la maladie

	Effectif	Pourcentage	Pourcentage Cumulé
Ménages ayant des Personnes tombées malades (n=450)			
Oui	381	84,7	84,7
Non	69	15,3	100
Total	450	100	
Gravité de la maladie (n=381)			
Moins grave	236	61,9	61,9
Grave	145	38,1	100
Total	381	100	

Au regard du tableau 21, 84,7% des ménages enquêtés ont déclaré avoir eu au moins un cas de maladie dans le ménage, dans les 30 jours ayant précédés l'enquête. Dans l'ensemble, 38,1% de personnes tombées malades ont considéré leur état comme étant grave, tandis que 61,9% considèrent leur état comme étant moins grave.

3.1.3.4. Structures des soins où les malades se sont fait soignés.

Tableau 22. Structures de recours aux soins par les personnes tombées malades

Structures des Soins	Effectif (n=381)	Pourcentage	Pourcentage Cumulé
Consultation dans un CS Public	156	40,9	40,9
Consultation dans un PS	97	25,5	66,4
Automédication Avec Traitement Moderne	44	11,5	78,0
Consultation A L'HGR Gombe Matadi	37	9,7	87,7
Automédication avec traitement Traditionnel	34	8,9	96,6
Consultation dans un CS Privé	6	1,6	98,2
Traitement par un tradipraticien	5	1,3	99,5
Groupe de prière	2	1	100
Total	381	100	

Le tableau 22 indique que 40,9% des ménages qui ont eu au moins un cas de maladie, ont recours à un centre de santé public ; 25,5% dans un poste de santé ; 20,4% ont recours à l'automédication dont : 11,5% au traitement moderne et 8,9% au traitement traditionnel. Ceux qui ont eu recours à l'HGR ne sont qu'à 9,7%. Le recours au CS privé, au tradipraticien et au groupe de prière est d'une proportion négligeable. Signalons que 77,7% des ménages ont eu recours au traitement soit au CS (public soit privé), au PS et HGR.

3.1.3.5 Raison de non fréquentation de l'HGR Gombe-Matadi

Tableau 23. Raisons de la non fréquentation évoquées.

Raisons évoquées	Effectif (n=450)	Pourcentage	Pourcentage Cumulé
Manque d'argent	143	31,8	31,8
Structure éloignée de ma maison	138	30,7	62,5
Manque de transport	33	7,3	69,8
Maladie pas assez grave	33	7,3	77,1
Proximité d'autres structures	7	1,6	78,7
Pas Assez de confiance pour le personnel de l'HGR	1	0,2	78,9
Autres Raisons	95	21,1	100
Total	450	100	

Parmi les ménages enquêtés, 31,8% ont évoqués le manque d'argent comme raison de non fréquentation de l'HGR, 30,7% ont évoqués la distance qui les sépare de l'HGR ; le manque de transport et la non gravité de la maladie ont été évoqués à 14,6%. La proximité d'autres structures et le manque de confiance envers le personnel de l'HGR ne l'ont été qu'à une proportion infime.

3.1.3.6 La perception de l'accueil, le temps d'attente et la tarification par les ménages

Tableau 24. L'accueil à l'HGR, temps d'attente avant consultation et la tarification des soins curatifs

Accueil à L'HGR Gombe Matadi	Effectif (n=138)	Pourcentage	Pourcentage Cumulé
Bon	106	76,8	76,8
Mauvais	32	23,2	100
Total	138	100	
Temps d'attente à 'HGR			
Moins de 15 Minutes	71	51,4	51,4
15 A 30 Minutes	35	25,4	76,8
Plus de 30 Minutes	32	23,2	100
Total	138	100	
Tarification à L'HGR Gombe M			
Cher	113	81,9	81,9
Abordable	25	18,1	100
Total	138	100	

Signalons que 76,8% des ménages ont qualifié bon, l'accueil qui leur était réservé, tandis que 23,2% l'avait qualifié de mauvais. Concernant le temps d'attente avant la consultation, 51,4% des ménages enquêtés avaient passés moins de 15 minutes pour être reçus ; ceux ayant attendu 15 minutes et plus étaient à 48,6%.

Quant à la tarification, la quasi-totalité des ménages, soit 81,9% l'avaient qualifiée cher, contre 18,1% qui avaient déclaré abordable. (Tableau 24)

3.1.3.7 La satisfaction des soins reçus, la disponibilité des médicaments et les modalités de paiement

Tableau 25. Satisfaction aux soins, disponibilité des MEG et modalité de paiement

	Effectif (n=138)	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Satisfaction aux soins			
Oui tout à fait satisfait	115	83,3	83,3
Non pas satisfait	23	16,7	100
Total	138	100	
Disponibilité des médicaments			
Oui	88	63,8	63,8
Non	50	36,2	100
Total	138	100	
Modalités de paiement des soins médicaux			
Direct	129	93,5	93,5
Crédit	8	5,8	99,3
Employeur	1	0,7	100
Total	138	100	

Les ménages ayant déjà fréquenté l'HGR étaient satisfait des soins reçus à 83,3%, tandis que 16,7% ne l'étaient pas. Les médicaments ont été jugé disponibles par 63,8% des ménages, mais 36,2% les avaient jugés non disponibles.

En ce qui concerne le paiement, presque la totalité des ménages payaient directement les soins, 93,5% ; 5,8% des ménages avaient payé par crédit et le paiement par l'employeur n'était intervenu qu'à une proportion faible de 0,7%.

3.1.3.8 Prise en charge des soins de santé pour le ménage

Tableau 26. Paiement des soins des ménages

Organisation/Institution	Effectif (n=450)	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Parents	210	46,7	46,7
Soi même	172	38,2	84,9
Eglise	10	2,2	87,1
Dons	1	0,2	87,3
Autres	57	12,7	100
Total	450	100	

Il ressort de ce tableau que les ménages supportent eux-mêmes, presque tout le poids du coût des soins, soit 84,9% (parents ou soi-même) ; l'église, les dons et autres sources ne supportent qu'à 15,1%

3.1.3.9 Les suggestions pour améliorer la fréquentation à l'HGR Gombe Matadi

Tableau 27. Suggestions pour l'amélioration de la fréquentation de l'HGR Gombe Matadi

Suggestion des ménages	Réponses		
	Effectif (n=450)	Pourcentage	Pourcentage d'observations
Diminuer le prix	203	54,7	82,9
Doter les équipements Et matériel	48	12,9	19,6
Rendre Disponibles Les MEG	44	11,9	18,0
Améliorer l'accueil des malades	43	11,6	17,6
Prise en charge des indigents	20	5,4	8,2
Augmenter le personnel qualifié	9	2,4	3,7
Diminuer le temps d'attente	4	1,1	1,6

Au regard de ce tableau, 54,7% des ménages souhaitaient que le prix des actes de soins soit diminué, la part de la diminution de prix parmi les ménages ayant répondu est de 82,9% ; 12,9% avaient souhaité la dotation en équipements et matériel à l'HGR ; 11,9% ont suggéré l'approvisionnement en médicaments et 11,6% ont suggéré l'amélioration de l'accueil des malades ; 5,4% ont parlé de la prise en charge des indigents ; 2,4% ont proposé d'augmenter le nombre de personnel qualifié. La diminution du temps d'attente avant la consultation est de 1,1%.

3.2 Partie analytique

♣ Les facteurs associés à l'utilisation des services curatifs à l'HGR Gombe-Matadi

En analyse bi-variée, six variables sur onze ont été statistiquement associées à la faible utilisation des services curatifs à l'HGR Gombe-Matadi ; partant de l'OR brute, l'IC à 95% et le p ($< 0,05$) : *Etat civil* (43,275[0,000-0,007], p : 0,000) ; *Profession* (11,476 [0,015-0,047], p : 0,022) ; *Revenu du chef ménage* (15,983[0,000-0,01], p : 0,000) ; *Temps d'attente* (8,318[0,000-0,018], p : 0,014) ; *Accueil* (6,657 [0,023 - 0,773], p : 0,010 ; *Distance* (172,326 [0,000-0,007], p : 0,000).

♣ Les déterminants de l'utilisation des services curatifs à l'HGR Gombe-Matadi par l'analyse multi variée

Nous avons utilisé la méthode de régression ascendante par rapport de vraisemblance, pour la régression logistique. Il a été question d'éliminer à chaque étape, la variable moins significative, jusqu'à l'ajustement parfait du modèle.

A la première étape, l'ensemble des variables a été introduit : *sexe chef du ménage, âge, niveau d'étude, état civil, profession, revenu, distance avec l'HGR, taille du ménage, temps d'attente, jugement tarif, accueil*.

Les résultats suivants ont été obtenus à la fin des itérations, à la 4^{ème} étape :

Tableau 28. Résultat de l'analyse multi variée

	B	Erreur Standard	Wald	OR ajusté (IC 95%)	P(5%)
Niveau d'étude					
Aucun, Primaire et Secondaire	1,907	0,860	4,917	6,73[1,248-36,34]	0,027
Supérieur				1	
Age du chef de ménage					
≤ 30 ans	2,939	1,229	5,714	18,89[1,697-210,19]	0,017
>30 ans				1	
Revenu du chef de ménage					
≤ 50\$				1	
> 50\$	-2,640	1,003	6,923	0,071[0,010-0,51]	0,009

Ainsi, dans notre modèle final de l'analyse multi variée, seules les variables : *l'âge du chef de ménage, niveau d'étude et le revenu du chef de ménage* sont restées significatives à la 4^{ème} étape, et donc associées à la fréquentation de l'HGR Gombe-Matadi.

Les ménages dirigés par un chef de ménage qui n'a aucun niveau, soit niveau primaire ou secondaire, courent 6,73 fois plus le risque de ne pas fréquenter l'HGR que ceux

ayant un chef de ménage qui a un niveau supérieur ; ceux dirigé par un chef âgé de 30 ans ou moins, courent 18,89 fois le risque de ne pas fréquenter l'HGR que ceux ayant un chef de ménage de plus de 30 ans. Par contre, le revenu moyen mensuel de plus de 50\$ pour le chef de ménage constitue un facteur protecteur.

L'estimation du modèle de régression logistique de la fréquentation de l'HGR Gombe-Matadi, est de ce fait présenté en fonction du niveau d'étude, l'âge du chef de ménage et le revenu du chef de ménage.

Etant donné que X1 le niveau du chef de ménage, X2 l'âge du chef de ménage et X3 le revenu du chef de ménage, la probabilité pour un membre de ménage de fréquenter l'HGR Gombe-Matadi pour les soins étant donné le niveau d'étude, âge et revenu du chef de ménage.

Y étant la variable dépendante, X_1 , X_2 et X_3 des variables indépendantes significatives,

$P(Y_i=1/X_{1i} = 1, X_{2i} = 1 \text{ et } X_{3i} = 1)$

$$P(Y) = \frac{1}{1 + e^{-(1,907) + (2,939) + (-2,640)}} = \frac{1}{1 + e^{-2,206}}$$

P(Y) = 0,90

La probabilité pour qu'un membre de ménage fréquente l'HGR Gombe Matadi pour se faire soigner, étant donné que le niveau d'étude du chef de ménage soit du niveau supérieur, l'âge soit de plus de 30 ans et que le revenu moyen mensuel soit de plus 50 \$ est de 90%.

Autrement, la probabilité pour un membre de ménage de ne pas fréquenter l'HGR, dans ces conditions énumérées est faible, soit 10%.

3.2.2.1 Test de spécification du modèle

Au vu du tableau ci-dessous, globalement le modèle est significatif car, $p=0,000 < 0,05$

Tableau 29. Test de spécification du modèle

		Khi-deux	ddl	P
PAS 4	Pas	6,440	1	0,011
	Bloc	27,320	4	0,000
	Modèle	27,320	4	0,000

3.2.2.2 test d'ajustement global

La qualité d'ajustement du modèle permet de vérifier si les variables indépendantes peuvent expliquer la variation de la variable dépendante.

Tableau 30. Test d'ajustement global du modèle

Pas	Log de Vraisemblance -2	R-Deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
4	22,041	0,180	0,597

Il s'avère que 59,7% des variations de l'utilisation des services par les ménages à l'HGR Gombe-Matadi, sont expliquées par la combinaison entre niveau d'étude, l'âge du chef de ménage et le revenu du chef de ménage.

3.3 Partie qualitative

Deux groupes focalisés ont été organisés d'une part avec les personnels de l'HGR Gombe-Matadi, d'autre groupe par les membres des ménages dans l'aire de santé de Gombe-Matadi à 1km de l'HGR.

Les personnes interviewées se répartissent comme indiqué dans le tableau 31.

Tableau 31. Répartition des répondants au groupe focalisé selon le sexe et le lieu

		MASCULIN	FEMININ	TOTAL
HGR	Effectif	4	4	8
	%	20,0	20,0	40,0
COMMUNAUTE	Effectif	8	4	12
	%	40,0	50,0	60,0
TOTAL	Effectif	12	8	20
	%	60	40	100

40% des personnes étaient composés du personnel de l'hôpital, tandis que 60% étaient composés des membres des ménages dans l'aire de santé. 40% des répondants étaient de sexe féminin et 60% de sexe masculin.

Tableau 32. Répartition des répondants au groupe focalisé selon l'âge et le sexe

	FEMININ	MASCULIN	TOTAL	%
≤20 ANS	0	1	1	5
21-45 ANS	3	2	5	25
46-60 ANS	5	6	11	55
60 ANS ET PLUS	0	3	3	15
TOTAL	8	12	20	100

De ce tableau, 25% étaient de la tranche d'âge de moins de 21-45 ans, 55% entre 46-60 ans et 15% dans la tranche de plus de 60 ans. La tranche de moins de 21 ans n'est représentée qu'à 5%. Il faut signaler que dans le groupe des membres de la communauté, 16,7% exerçaient dans le secteur public, tandis que 83,3% étaient des cultivateurs. Tous étaient mariés.

Membres de la communauté

- Connaissance et fréquentation de l'Hôpital Général de Référence de Gombe Matadi :
Tous les participants avaient déclaré connaître l'HGR Gombe et la majorité des répondant avait déjà fréquenté au moins une fois les services des soins de l'HGR.

- Attitude et comportement face à la maladie

La majorité avait déclaré qu'elle va au centre de santé pour se faire soigner, mais si la maladie devient grave, c'est à ce moment qu'ils sont envoyé à l'HGR Gombe-Matadi

Et tous les participants avaient déclaré avoir eu un membre de ménage malade dans les 4 semaines avant l'enquête.

La majorité avaient répondu l'avoir amené au centre de santé public pour y recevoir des soins

La minorité avait répondu qu'ils avaient consulté à l'HGR Gombe-Matadi.

- Raisons de ne pas fréquenter l'HGR Gombe Matadi

La majorité des répondants a avancé comme raison, le manque des moyens financiers pour payer la facture de l'hôpital que la maladie soit la grave ou pas.

Une maman avait déclaré : *« je suis malade depuis plusieurs semaines et cela nécessite une intervention chirurgicale ; mais, il y a deux semaines que mon enfant de 2 ans était transfusé à l'hôpital et nous avons vendu tous les biens de valeur pour honorer la facture ; alors moi, je me sacrifie en attendant que le bon Dieu me guérisse par sa miséricorde par manque des moyens financiers pour me faire soigner »*

- Jugement sur le tarif, l'accueil et les soins reçus à l'HGR Gombe Matadi

Les répondant dans la majorité avaient déclaré que l'accueil est généralement bon à l'hôpital, mais la minorité avait déclaré quelques maladdresses du personnel soignant, dans le langage et les actes.

Les soins administrés sont satisfaisant ont-ils déclaré mais parfois les ordonnances créent une difficulté pour recevoir des soins convenablement.

La majorité des répondants avaient déclaré que le tarif était excessif, compte tenu de leur revenu très modeste.

Un répondant avait déclaré : *« A l'HGR Gombe-Matadi, la fiche pour une consultation normale et à 11000 FC, soit 9\$ US, et 16000 FC (15\$) en urgence, sans compter parfois les ordonnances pour se débattre et acheter les médicaments. Nous vendons une chikwangue à 200 FC (2sincés) et pour acheter une fiche de 11000 FC, je dois vendre 55 chikwangues. Soit vendre 4 paniers de tomates.*

Pratiquement, il est impossible de réaliser cela ; nous préférons soit acheter des médicaments dans des petits pharmacies, soit aller au centre si c'est grave. »

- Les suggestions pour améliorer la fréquentation à l'HGR Gombe Matadi

La majorité avait déclaré qu'il faut diminuer le tarif à l'HGR en se basant sur le niveau socio-économique de la communauté, doter plus de médicaments à l'HGR.

Recommencer avec sérieux, la mutuelle de santé qui avait commencé sans aboutir.

Prestataires de l'HGR

- Constat sur la fréquentation des malades à l'HGR

Tous avaient reconnu qu'il y a une nette diminution du nombre des malades qui fréquentent le service de consultation de l'HGR par rapport aux anciennes époques.

- Difficultés ou les barrières qui empêchent la population d'accéder aux soins à l'HGR Gombe Matadi

Tous les répondants avaient déclaré que la population était pauvre, avec un faible revenu par rapport à d'autres territoires. La population ne fait pas de grandes cultures qui peuvent rapporter beaucoup, d'où l'incapacité de payer les soins à l'HGR.

La minorité avait parlé de la distance avec certaines aires de santé comme problème sérieux ; il n'y a pas de route en bon état et manque de moyen de transport pour évacuer en urgence un malade grave vers l'HGR. En dépit de la facture, la famille doit chercher un moyen de déplacement, ce qui alourdi davantage la charge d'un patient.

- La tarification utilisée à l'HGR Gombe Matadi

La majorité avait déclaré que par rapport à d'autres structures de la province, la tarification de l'HGR est bonne, mais la population est incapable de payer les factures ; et pourtant, nous devons recycler notre stock et notre matériel avec ce que nous recevons des malades

- Suggestions pour améliorer la fréquentation à l'HGR Gombe Matadi

Tous les répondants avaient proposé la reprise avec la mutuelle de santé pour faciliter la fréquentation, soit de subventionner les soins par l'état, un organisme ou un projet d'appui au système de santé.

Points communs

Entre les chefs des ménages et les prestataires de l'HGR, quelques points communs ont été relevés :

La majorité des répondants était convaincu que la fréquentation de la population aux soins curatifs était en baisse depuis un moment.

Tous les répondants étaient d'accord que le faible revenu de la population ne permet pas à cette dernière d'accéder paisiblement aux soins curatifs à l'HGR.

Pour la majorité des répondants, l'accueil était bon pour les patients qui y était reçu.

Les répondants dans la majorité, avait reconnu que la distance qui sépare l'HGR d'avec certains villages, et l'état des routes délabrés, étaient l'une des causes de la faible fréquentation de l'HGR.

Tous les répondants avaient déclaré, à ce qui concerne que la mutuelle de santé était indispensable pour faciliter la fréquentation.

Points de tension entre les chefs des ménages et les prestataires.

Tous les répondants, prestataires de l'HGR avaient déclaré que le tarif est bon mais, la population n'a pas assez de ressources pour fréquenter les services. Par contre, la majorité des chefs des ménages avait déclaré que le tarif de l'HGR était exorbitant pour eux, et dans d'autres zones de santé, ce sont les partenaires qui prennent une partie en charge mais, le revenu n'est pas différent de tous les autres coins de la province.

La majorité des chefs des ménages avait soutenu que : les prescriptions médicales sont octroyées plus pour les médicaments qui coûtent chers, tandis que les médicaments qui ne coûtent rien pratiquement, sont donnés par l'HGR. Mais, les prestataires pour la majorité avaient confirmé que plus de la moitié des médicaments sont donnés par l'hôpital, et les ordonnances sont données plus pour les molécules qui manquent.

La majorité des chefs des ménages proposait la diminution du tarif comme l'une des pistes de solutions, tandis que les prestataires ne voulaient pas entendre parler de la diminution ; la raison pour eux est que le recyclage des médicaments, matériels et prime dépendaient de l'argent payé par les malades.

CHAPITRE IV. DISCUSSION

4.1. Caractéristiques sociodémographiques, culturelles et économiques des ménages

L'âge moyen d'âge des chefs des ménages trouvée dans cette étude est de $43,8 \pm 12,0$ ans. La moyenne trouvée se rapproche de celle de l'étude sur les déterminants de l'utilisation de services de santé dans la zone de santé de Kadutu au Sud-Kivu, de $41,8 \pm 12,83$ ans (33) ; mais cette moyenne s'écarte de $48,75 \pm 11,26$ ans trouvée dans la zone de santé de Ngaba. (32) La taille moyenne des personnes dans les ménages est de 5,7 personnes. Cette moyenne est proche de la moyenne nationale (5,3 personnes) selon EDS 2013-2014(13), et inférieure à celle de l'étude de Kadutu (7,66 personnes) et de Dhara au Sénégal (8,78 personnes), (33) (40). Dans cette étude, 49,1% de ménages ont plus de 6 personnes. La différence serait due à l'autonomisation des enfants à l'âge de la majorité dans la province.

A ce qui concerne le sexe des chefs de ménages, 14,2% des ménages sont dirigés par des femmes, contre 85,8% par des hommes. Ce résultat contraste avec celui de l'EDS 2013-2014 (25% des femmes) et celui de l'étude de Ngaba (22% des femmes chefs de ménages) mais, cadre avec celui de Kadutu (11%) et de Dhara au Sénégal (10,77%). Ceci peut s'expliquer par la culture du milieu qui valorise plus les femmes au foyer que celle qui vivent seules avec les enfants ; l'homme est le chef d'office.

Concernant le niveau d'instruction, 3,3% des chefs des ménages n'avaient aucun niveau d'instruction, 29,8% du niveau primaire, et, plus de la moitié des chefs des ménages étaient du niveau secondaire (61,1%), seul 5,8% du niveau supérieur. C'est dans la population féminine que l'on retrouve 53,2% qui n'ont pas atteint le niveau secondaire. Ce résultat est de loin supérieure à celui de Kadutu au Sud-Kivu où, 10,3% n'avaient aucun niveau et dans l'ensemble 65% avaient un niveau inférieur au secondaire. Cette différence peut avoir son explication du fait que la province du Kongo-central est l'une des provinces où les infrastructures scolaires et supérieures sont plus implantées. Le résultat de notre étude entre dans la logique nationale ; selon EDS 2013-2014, le niveau d'instruction des enquêtés varie en fonction du milieu de résidence (13). Les proportions de femmes et d'hommes n'ayant aucune instruction sont plus élevées en milieu rural (respectivement 23 % et 6 %) qu'en milieu urbain (respectivement 4 % et 1 %). L'écart est important entre la ville de Kinshasa et le reste du pays.

Pour l'état civil, la majorité est mariée, soit 75,3% suivi des veufs (ves) à 14,7% ; les célibataires 8,4% et les divorcés ne représentent qu'une minorité à 1,6%. Le résultat est similaire

à celui de l'étude de Rubavu au Rwanda dont, 72,7% étaient mariés, les veufs(ves) à 18,75%, célibataires à 6% et les divorcés/vivants seuls à 2,5% (10). Selon EDS 2013-2014, en RD Congo il y a 46% des mariés, 26% des célibataires, 18% vivent en union libre, 8% des divorcés et 2% des veufs(ves). (13) La différence est certes culturelle, car dans cette province la valeur est plus accordée à la femme au foyer.

La religion catholique est la plus pratiquée par les chefs des ménages à 32,9%, suivi de la religion Kimbanguiste à 29,1% et la religion protestante en troisième position avec 19,1% et 18,9% pour les autres. Ce résultat contraste dans la succession avec l'EDS 2013-2014, religion catholique 38%, protestante 27% et Kimbanguiste 3%. Ceci s'explique du fait que la zone de santé de Gombe Matadi est le siège international de l'église Kimbanguiste.

Concernant l'occupation des chefs des ménages, 75,3% sont de cultivateurs, 14,2% sont agents de l'état, 7,6% travaillent comme indépendants ou secteur informel, le secteur privé ne représente que 2,2% et les chefs de ménages sans profession sont à 0,7%. La province du Kongo central étant l'une des provinces où les activités agricoles sont intenses, la proportion des cultivateurs constitue les trois quarts de l'activité principale des chefs des ménages. Le taux de chômage avoisine zéro en milieu rural du fait de l'agriculture de subsistance que pratique la population. (6)

Selon le résultat de cette étude, 84% des ménages vivent avec moins d'un dollar pour les dépenses du repas et 16% sont à plus de 1\$. Le revenu mensuel moyenne étant de 28,78±16,40\$ par ménage, aucun membre de ménage n'a atteint la dépense d'1\$ par jour. Ce résultat corrobore avec le rapport de la Banque mondiale selon lequel, 88 % de la population Congolaise se situent en deçà du seuil de pauvreté. (37)

Pour l'évaluation du niveau socio-économique des ménages, avec la possession de certains biens considérés comme des indicateurs de bien-être socio-économique, les biens les plus fréquemment possédés sont par ordre d'importance : le téléphone portable 29,2%, la Radio 27,5%, le Vélo 13,6%, l'Horloge 12,5%. Bien que la succession des biens s'écarte de l'EDS (radio 42%, téléphone portable 39%, vélo 25%, montre 31,9%) les mêmes biens occupent la place importante dans les deux études. Il s'avère que les ménages ont un niveau socio-économique bas (87,2%) et moyen (12,4%) et qu'aucun ménage n'a un niveau élevé, en se basant sur la possession des biens. La situation socio-économique instable du pays serait à la base du niveau bas constaté.

4.2 Comportement et perception des ménages face à la maladie et à l'offre des services de l'HGR

Signalons que 84,7% des ménages ont eu au moins un membre du ménage malade dans les 30 jours avant l'enquête, dont 61,9% ont été qualifié de grave contre 38,1% moins grave.

Par ordre d'importance, les structures auxquelles les ménages ont eu recours pour les soins sont : centre de santé public avec 40,9% des ménages, 25,5% dans un poste de santé ; 20,4% ont eu recours à l'automédication dont : 11,5% au traitement moderne et 8,9% au traitement traditionnel. Ceux qui ont eu recours à l'HGR ne sont qu'à 9,7%. Le recours à un CS privé est de 1,6%, au tradipraticien à 1,3% et groupe de prière à 1%. Il s'observe des similitudes et des écarts avec d'autres études : dans l'étude de Kadutu, 32,2% avaient consultés le CS public, 27,1% dans les structures privées, 16,4% à l'HGR, automédication pour 16,4%, tradipraticiens à 6% et les groupes de prière à 6%. L'automédication avec traitement traditionnel et le traitement par un tradipraticien trouvés dans l'étude de la zone de santé de Ngaba qui paraissent faibles (1,3% et 0,6%), le nombre important des ménages qui avaient consultés les centres par rapport à cette étude, pourrait être dus au niveau d'instruction élevé en milieu urbain qu'en milieu rural et au nombre élevé des structures privées en milieu urbain.

Bien que le CS soit une structure de soins de premier échelon dans une zone de santé, l'HGR n'a été fréquenté que par 9,7% des ménages ayant eu des malades. 62,5% des ménages évoquent les raisons financières (31,8%) et l'accessibilité géographiques (la distance qui les séparent de l'HGR, 30,7%). Les autres raisons évoquées représentent 27,5%. Ce résultat corrobore avec les études menées en Côte d'Ivoire, au Burkina-Faso et à Kisantu en RD Congo sur l'accessibilité aux services de santé, citent les obstacles financiers comme principal facteur limitant l'accessibilité et l'étude de Kisantu ajoute le problème d'accessibilité géographique. (7) (8)(9). La distance ou le temps du trajet ont un impact sur l'utilisation de soins curatifs (lors que le temps mis pour aller à l'hôpital dépasse une heure ou 5 km) ; cette utilisation devient un phénomène rare lorsque la distance excède 35 km. Ce qui explique la faible fréquentation de l'HGR Gombe-Matadi dont 96% de la population est située dans un rayon de plus de 5 Km.

En ce qui concerne la perception de l'offre des services de l'HGR Gombe-Matadi, 23,2% des ménages pensent que l'accueil leur réservé était mauvais ; 23,2% trouvent que le temps d'attente est trop long ; 81,9% ont déclaré que le tarif était cher.

La satisfaction aux soins quant à elle, 16,7% des ménages ont déclaré ne pas être satisfait des soins reçus à l'HGR et 36,2% déclaraient que les médicaments n'étaient pas

disponibles. Dans l'étude menée en Côte d'Ivoire, 25,1% des patients déclaraient ne pas être satisfait et évoquaient le mauvais accueil, mauvaise réputation, attente trop longue et manque de propreté et au Rwanda, dans le territoire de Rubavu 17,1% ont été peu ou pas satisfaits. (7) (11)

L'inexistence de la mutuelle de santé et la modicité du budget alloué à la santé par l'état font que la charge des soins revienne à 84,9% aux ménages, et cela par paiement direct à 93,5%. Selon l'étude menée dans la ZS de Ngaba, les ménages supportent à 98,5% la charge des soins. Selon le Programme National des Comptes Nationaux de la Santé, les ménages constituent la première source de financement de la santé. (21)

4.3 Les facteurs qui influencent l'utilisation des services à l'HGR Gombe-Matadi

La présente étude avait comme but de rechercher les différents facteurs expliquant la faible utilisation des services de soins curatifs à l'HGR Gombe Matadi.

Dans les trente jours avant l'enquête, seulement 9,7% des ménages ont fréquenté les services de soins curatifs de l'HGR Gombe-Matadi. L'étude a pris en compte les ménages ayant fréquenté l'HGR Gombe-Matadi au cours de douze derniers mois.

Cette étude a établi une association entre l'utilisation (fréquentation) des services des soins curatifs à l'HGR et le niveau d'étude du chef de ménage (OR = 6,73[1,248 – 36,34] et $p=0,027$), l'âge du chef de ménage (OR=18,89[1,697-210,19], $p=0,017$) et revenu mensuel moyen de plus de 50\$: OR=0,071 [0,010-0,531], $p= 0,009$) ; Nos résultats rejoignent l'étude de Rubavu au Rwanda qui, avait établi une association à l'utilisation de service avec le revenu du chef de ménage et le niveau d'étude du chef de ménage. (10) mais, différent de l'étude effectuée dans la ZS de Kadutu qui, a établi une association entre état de la maladie, revenu du ménage, structure de l'établissement sanitaire, (33), et l'étude de Pweto (20), qui avait établi l'association avec l'occupation du chef de ménage.

Les résultats de la partie qualitative corroborent ceux de la partie quantitative descriptive.

4.4 Limites et validité de l'étude

- Par rapport à l'outil : déclarations de bonnes pratiques par les enquêtés, lors de l'administration du questionnaire. (Effet Hawthorne)
- Biais de souvenir : Sous-évaluation soit surévaluation de revenu mensuel par les ménages
- Non saturation en groupes focalisés

L'étude a permis de collecter des informations riches auprès des ménages.

La méthodologie utilisée, les dispositions prises dans le choix des grappes, le déploiement des enquêteurs et superviseurs, leur accompagnement ; le suivi des sur terrain et le contrôle des questionnaires par étapes, le traitement et analyse des données, ont été respectés pour avoir des informations fiables, permettant de juger la validité de cette étude.

CHAP. V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS

5.1 CONCLUSION

L'étude avait comme objectif de *Déterminer les facteurs associés à l'utilisation des services curatifs à l'hôpital général de Gombe-Matadi*, est basée sur les données de l'enquête ménage, réalisée sur un échantillon probabiliste représentatif de 450 ménages de la zone de santé. Il ressort de cette étude que les ménages de cette zone de santé vivent dans un état de pauvreté ; seul 9,7% de ménages ayant eu au moins un membre malade, ont fréquentés l'HGR. Il est possible d'augmenter le taux d'utilisation des services curatifs à l'HGR, si certaines mesures sont prises (la promotion des mécanismes de partage de risque par des mutuelles de santé, la promotion des activités génératrices des recettes). Le revenu des ménages est quasi englouti dans les dépenses des soins. Les 84,9% des soins sont payés par les ménages et sous forme de paiement direct.

Cette étude a révélé le niveau d'étude, l'âge et le revenu du chef de ménage comme étant des facteurs plus significatifs pour expliquer l'utilisation des services de santé à l'HGR Gombe-Matadi. La probabilité d'utiliser le service des soins curatifs de l'HGR est assez significative (90%) et est fortement influencée par le niveau d'étude, l'âge et le niveau de revenu du ménage. Ces facteurs influencent à 59,7% l'utilisation de services des soins curatifs à l'HGR. Une intervention qui voudrait améliorer l'utilisation de services curatifs à l'HGR devra d'abord s'appesantir sur ces facteurs. Les autres facteurs n'ont pas été significatifs dans le modèle final.

5.2 SUGGESTIONS

Après analyse, les suggestions ci-après sont adressées à tous les niveaux, pour la recherche des solutions durables.

Niveau central

- Envisager l'implémentation de la mutuelle de santé dans la zone
- Orienter les Partenaires Techniques et Financiers vers la ZS pour la Prise en charge
- Approvisionner la ZS en équipement et matériels des soins.

Niveau Intermédiaire et périphérique (BCZ/HGR)

- Accompagner la ZS à redynamiser les CODESA
- Accompagner la ZS dans l'implémentation des Activités Génératrices des recettes dans les CODESA et CAC en vue d'augmenter le revenu des ménages
- Mettre en place un cadre de concertation avec les secteurs connexes pour une bonne collaboration intersectorielle avec différents acteurs influents.
- Encourager l'implémentation des mutuelles de santé dans la ZS
- Instaurer une tarification adaptée au revenu des ménages de la ZS
- Assurer un approvisionnement régulier en MEG à l'HGR
- Renforcer les capacités des prestataires de l'HGR pour une prise en charge correcte des patients
- Redynamiser les CODESA pour la sensibilisation et la promotion de la santé
- Créer un cadre de concertation avec les membres de la communauté

VI. REFERENCES

1. Audibert M., Mathonnat J. et Eric de Roodenbeke. Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, p 77-95 ; édition. Karthala, Paris 2003
2. Rapport OMS 2014, WHO, <http://www.who>, Genève ; page consultée le 01 Aout 2016.
3. Constitution de l'OMS de 1948, WHO, <http://www.who>, Genève ; page consultée le 01 Aout 2016.
4. Constitution de la RDC 2006, modifiée janvier 2011, titre II, Journal officiel de la RDC, Kinshasa 5 février 2011
5. Ministère de la Santé Publique. Stratégie de Renforcement du Système de Santé 2è éd. Kinshasa RDC, mars 2010, 58p
6. Ministère du Plan. Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté, Kinshasa, mars 2010, 112p
7. Malengreau M. La bonne utilisation des services de santé, Louvain Belgique [http://sites-test.uclouvain.be/stagesemspi//documents SPI/utilisation.html](http://sites-test.uclouvain.be/stagesemspi//documents/SPI/utilisation.html), ESP UCL, Bruxelles ; page consultée le 16/09/2016 à 23h15
8. Borgès Da Silva R, Contandriopoulos AP, Pineault R, Tousignant P. Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé 2011 (Vol. 42), p.11-18 www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2011.htm.DOI : 10.3917/pos.421.0011
9. Stephanie S. Dany V., Kimfuta J., Valèria C., Bossyns P. et Bart C. Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting upon complexity Glob Health Action 2015, <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.25480> ; Kinshasa; page consultée le 10 Août 2016 à 22h17
10. Munyamahoro M. et Ntaganira J. Les Déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages du district de Rubavu, 2013, Kigali. [http://www.bioline.org.br /pdf?rw12012](http://www.bioline.org.br/pdf?rw12012)) page consultée le 16/09/2016 à 12h11.
11. Organisation Mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales 2014. Genève ; www.who.int/countries/cod/santé
12. Pineault R. et Carole D. La planification de la santé, concepts-méthodes-stratégies, éd. Nouvelles, Ottawa 1995, p199-203).

13. Ministère du plan, Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC) 2013-2014, Kinshasa, RDC, p271-90
14. Banque Mondiale. Observatoire des indicateurs sanitaires, 2014 ; donnees.banquemondiale.org/indicators
15. Martine Audibert, Eric de Roodenbeke. Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives, Avril 2005 Département du développement humain Région Afrique Banque mondiale ; Bamako. P.37-45
16. Alfred Didier Nganga et al : Rapport d'analyse de l'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés (EBUCSI-1), Centre National de la Statistique et des Etudes Economiques (CNSEE), Brazzaville ; septembre 2010/République du Congo
17. Yolaine Glèlè Ahanhanzo, et al. Performance d'un hôpital de zone sanitaire au Benin. ; Pan Afr. Med J. 2014 [http : //www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc),
18. Mohamed Lamine DOUMBOUYA. Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée ; Janvier 2008 ; laboratoire d'Économie de la Firme et des Institutions, LYON Cedex 07
19. Clotilde MAGNE. Etude des facteurs entravant la bonne fréquentation des structures sanitaires en milieu rural. Cas du CMA de Kongso Bafoussam III, Cameroun, mémoire on line 2012
20. Cilundika M., Muse K., Kikunda K., Mwelwa M, Katanga M, Mukomena S. et al. Facteurs déterminants la faible utilisation par le ménage du service curatif dans la zone de santé de Pweto, province du Katanga, RDC en 2013, The Pan African Medical Journal.2015; 21 :173. doi : 10.11604/pamj.2015.21.173.6554, page consultée le 7 septembre 2016 à 20h
21. Ministère de la Santé Publique. Programme National des Comptes Nationaux de la Santé. Résultats des comptes de la santé en 2012, Kinshasa, RDC. Google ; page consultée le 02 nov. 2016
22. Banque mondiale. Santé et Pauvreté en RDC : Analyse et cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. Rapport d'état. Kinshasa : sn, 2005.Google Scholar, page consultée le 8 aout 2016 à 22h41
23. Ministère de la Santé Publique. Annuaire des données sanitaires, RDC. Kinshasa. 2007. Pub Med | Google Scholar , page consultée le 9 aout 2016 à 19h42
24. Chengé F et Emmanuel B. Evaluation du projet DGCD OS2 Santé 2008-2010 pour le CDI-Bwamanda/Nord-Equateur. Belgique/Lubumbashi. sn, 2010. Google Scholar , le 9 aout 2016 à 20h21

25. Département de la Gestion Macroéconomique et Budgétaire RDC : Accroître l'Efficacité et l'Efficiency du Secteur Public pour Promouvoir la Croissance et le Développement ; Kinshasa, Septembre 2015 Rapport No. 96172-ZR 71p ; <http://documents.worldbank.org>
26. Abel Ntambue ML, Françoise Malonga K, Michèle Dramaix-Wilmet, and Philippe Donnen. Determinants of maternal health services utilization in urban settings of the Democratic Republic of Congo – A Case study of Lubumbashi City. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 ; 12: 66. doi : 10.1186/1471-2393-12-66 [Pub Med]
27. Tefera W, Tesfaye H, Bekele A, Kayessa E, Waltensperger KZ, Marsh DR. Factors influencing the low utilization of curative child health services in Shebedino District, Sidama Zone, Ethiopia. *Ethiop Med J*. 2014 Oct; 52 Suppl 3:109-17. [PubMed]
28. Daniel F López-Cevallos¹, Chunhui Chi. Health care utilization in Ecuador: a multilevel analysis of socio-economic determinants and inequality issues. doi: 10.1093/heapol/czp 052 , November 16, 2009 [PubMed]
29. Ruth Jackson, Fisaha Haile Tesfay, Hagos Godefay, Tesfay Gebregzabher Gebrehiwot. Health Extension Workers' and Mothers' Attitudes to Maternal Health Service Utilization and Acceptance in Adwa Woreda, Tigray Region, Ethiopia; March 10, 2016, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0150747> [PubMed]
30. Bureau Central de la Zone de Santé de Gombe Matadi, Plan d'action opérationnel ; Gombe-Matadi, février 2016
31. Malonda B. Faible utilisation des services des soins curatifs au centre hospitalier mont Amba, ville province de Kinshasa, Mémoire ESP Kinshasa, Décembre 2012, 60p
32. Assani A. : Analyse des déterminants de l'utilisation des services curatifs au centre de santé de Mpila, ZS Ngaba, ville province de Kinshasa, Mémoire ESP Kinshasa, Décembre 2013, 37p
33. Pacifique Mushagalusa. Mémoire Online - Etude des déterminants de l'utilisation des services de santé de Kadutu, province du Sud Kivu - RDC Université de Kinshasa. <http://www.memoireonline.com/2005>
34. Tulinabo B. Déterminants de la sous-utilisation des activités curatives dans les structures intégrées en soins de santé primaires de la ZS de Karisimbi. ULPGL. 2006. Google Scholar page consultée le 8 aout 2016 à 22h17
35. Valéry Ridde. L'initiative de Bamako 15 ans après, un agenda inachevé, octobre 2004, Google, le 18 octobre 2016

36. PNUD. A propos de la RDC <http://www.cd.undp.org/content/rdc/fr/home/countryinfo.html>
37. Banque Mondiale. La croissance seule ne suffira pas à mettre fin à la pauvreté ; <http://donnees.banquemondiale.org/>, page consultée le 8 octobre 2016
38. Ministère de la Santé Publique. Politique nationale de la santé, Kinshasa, RDC. Décembre 2001
39. Ministère de la Santé Publique. Plan directeur de développement sanitaire, Kinshasa RDC 2000-2009
40. Mamadou Dembele. Analyse des obstacles socio-économique à la demande des soins de santé chez les enfants de moins de 5 ans à Dhara au Sénégal. CESAG 2013, Sénégal. P57-67

VII. ANNEXES

1. Formulaire de consentement éclairé

Etude sur les déterminants de l'utilisation de services curatifs à l'hôpital général de référence de Gombe Matadi

Date : /___ / ___ / 2016

Je m'appelle _____ ; Je travaille pour le compte de l'école de santé publique de l'Université de Kinshasa. Je suis en train d'interroger les chefs des ménages de la zone de santé de Gombe Matadi dans le but de comprendre les déterminants de l'utilisation des services curatifs à l'hôpital Général de référence de Gombe Matadi.

J'aimerais vous poser quelques questions à ce sujet. Les réponses que vous donnerez ne seront pas divulguées et resteront anonymes. Votre nom ne sera pas inscrit sur le questionnaire et ne sera enregistré dans aucun autre document.

Cet entretien durera à peu près 30 minutes ; votre participation est volontaire et vous êtes libre d'arrêter l'interview à tout moment.

Acceptez-vous librement de participer à cette étude ?

Non

(Stop fin de l'interview)

Oui.

Merci pour votre aide.

Je certifie que la personne interviewée a été informée sur la nature et les objectifs de l'étude et a librement son consentement verbal pour participer à l'étude

Signature de l'enquêteur _____ heure de début _____

Pour toute autre préoccupation, contacter

Dr. Mozart MABULA MOZY

Tél. +(243) 810 120 436 - +(243) 992 241 610

2. Questionnaire d'enquête dans la communauté

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
ECOLE DE SANTE PUBLIQUE DE KINSHASA

QUESTIONNAIRE ENQUETES MENAGES DANS LA ZONE SANTE

GOMBE MATADI

Module I. Identification du ménage

Q100.	DISTRICT SANITAIRE	MBANZA NGUNGU	
Q101	ZONE DE SANTE	GOMBE MATADI	
Q102	AIRE DE SANTE		/____/____/
Q103	VILLAGE/QUARTIER		
Q104	AVENUE DE LA PARCELLE ENQUETEE		
Q105	NOMBRE DE MENAGE DANS LA PARCELLE	/_____/_____/	
Q106	NUMERO DU MENADE TIRE	/_____/_____/	

INTERVENANTS

	TITRE	NOM
Q107	ENQUETEUR	
Q108	SUPERVISEUR	
Q109	DATE D'INTERVIEW	/____/____/____/____/2016

Module II. Caractéristiques socio démographiques

N°	QUESTIONS	REPNSES	CODE
Q200	Sexe du chef de ménage	0. Féminin 1. Masculin	/____/
Q201	Age révolu du chef de ménage (en années)	/...../...../	
Q202	Niveau d'études du chef de ménage	1. Aucun 2. Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur	/_____/
Q202a	Etat Civil Chef de Ménage	1. Marié 2. Célibataire 3. Veuf(ve) 4. Divorcé 5. Union libre	/_____/
Q203	Religion du chef de ménage	1. Catholique 2. Protestante 3. Kimbanguiste 4. Musulmane 5. Eglise de réveil 6. Autres (à préciser)	/_____/
Q204	Quelle est la profession du chef de ménage	1. Sans profession 2. Agent du secteur public 3. Agent du secteur privé 4. Cultivateur 5. Autres (à préciser)	/_____/
Q205	Quelle est la tribu du chef de ménage		

Q206	Combien de personnes vivent actuellement dans votre ménage		
Q207	Statut d'occupation dans la parcelle	1. Propriétaire 2. Locataire 3. Logé par l'employeur 4. Logé par la famille 5. Autres (à préciser) <i>Si Q207 est différent de 2, passez à Q209.</i>	/_____/
Q208	Si locataire, à combien payez-vous mensuellement le loyer (en dollars américains)	/____/____/____/____/	
Q209	Quelle a été le revenu du chef de ménage le mois passé (en francs congolais)	/____/____/____/____/____/	
Q210	Quelle est la principale source de revenu du chef de ménage ?	1. Salaire du chef de ménage 2. Salaire et autre revenu du chef de ménage 3. Salaire/revenu du chef de ménage complété par celui/ceux des autres membres de la famille 4. vente des produits agricoles 5. petit commerce 6. Autres à préciser.....	/_____/
Q211	Combien de repas le ménage prend-t-il par jour	1. 1 repas 2. 2-3 repas 3. > 3 repas	/_____/
Q212	Combien le ménage dépense-t-il par jour pour le repas familial (en francs congolais) ?	/____/____/____/____/____/	
Q213	Biens de valeur possédés Poser toutes les questions et encercler 1 = oui 0 = non Possédez-vous au moins ?	Une télévision	/_____/
		Une radio	/_____/
		Un frigo/congélateur	/_____/
		Une voiture	/_____/
		Une moto	/_____/
		Un vélo	/_____/
		Un téléphone portable	/_____/
		L'électricité	/_____/
		horloge	/_____/
		Moulin	/_____/
	Machine à coudre	/_____/	

		Fer à repasser	/_____/
Q214	Quel est le type d'habitation (l'enquêteur doit observer)	1. Maison en dur 2. Maison semi durable 3. Autres (à préciser).....	/_____/
Q215	De quel type de pavement est faite votre maison (l'enquêteur doit observer)	1. Terre ferme 2. Ciment 3. Carreaux 4. Bois/Planches.	/_____/

Module III : Connaissance, comportement et perception des ménages face à l'utilisation des services à l'HGR Gombe

Matadi

N°	QUESTIONS	REponses	CODE
Q300	Connaissez-vous le HGR Gombe Matadi ?	1. oui 2. non	/_____/
Q301	Si, oui avez-vous déjà fréquenté l'HGR GM depuis le début de cette année ? (Vous ou un des membres de la famille)	1. oui 2. non	/_____/
Q302	Où recouvrez-vous aux soins quand vous tombez malade ?	1. HGR Gombe Matadi 2. CS public 3. PS 4. CS privé 5. Tradipraticiens 6. Automédication 7. Groupe de prière 8. Autres (à préciser)	/_____/
Q303	Connaissez-vous les signes de gravité d'une maladie ?	1. oui 2. non	/_____/
Q303.1	Pouvez-vous citer un signe de gravité d'une maladie ?	1. Convulsions 2. Léthargie ou inconscience 3. Refus de téter ou de boire 4. Toux avec respiration rapide 5. Vomir tout ce que l'on consomme 6. Diarrhée avec Déshydratation 7. Fièvre malgré le traitement au CS 8. Amaigrissement sévère 9. Vertiges (vision des mouches volantes) 10. Hémorragie chez une femme enceinte	
Q304	Au cours de ces quatre dernières semaines, un membre de votre ménage est-il tombé malade ?	1. oui 2. non <i>Si 2, allez à Q306</i>	/_____/
Q304a	Si oui (1) de quel	(a)Age (en année) : /___/___/ (b)Sexe : /_____/	
Q304.1	Comment avez-vous jugé son état de santé	1. moins Grave 2. Grave	/_____/

	<i>(Grave s'il présentait un des signes de Q303.1)</i>		
Q304.2	Quel type des soins avait reçu la dernière personne tombée malade dans le ménage ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consultation au HGR Gombe Matadi 2. Consultation dans un centre de santé public 3. Consultation dans un centre de santé privé 4. Consultation dans un poste de santé 5. Auto médicament avec traitement traditionnel 6. Automédication avec traitement moderne 7. Traitement par un tradipraticiens 8. Groupe de prière 9. Autres (à préciser) 	/_____/
Q305	Pourquoi vous ne vous êtes pas soigné à l'HGR Gombe Matadi ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Structure éloignée de ma maison 2. Manque de transport 3. Manque d'argent 4. Proximité d'autres structures 5. Pas des médicaments à l'HGR 6. Maladie pas assez grave 7. Pas assez de confiance pour le personnel de l'HGR 8. Autres (à préciser) 	/_____/
Q306	La dernière fois que vous aviez fréquenté l'HGR Gombe Matadi, comment l'aviez-vous trouvé par rapport aux autres structures que vous fréquentez ? <i>(Posez si Q301 =1 ou si Q304.2=1) Si Q301 et Q304.2 ≠1, allez à Q306.9 et Q309.10</i>		
Q306.1.	Comment aviez-vous jugé l'accueil à l'HGR Gombe Matadi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bon 2. Mauvais 	/_____/
Q306.2.	Combien de temps avez-vous attendu pour voir le personnel soignant à l'HGR Gombe Matadi ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. <15 minutes 2. 15-30 minutes 3. >30 minutes 	/_____/
Q306.3.	Avez-vous été satisfait des soins reçus à l'HGR Gombe Matadi ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. oui, tout à fait satisfait 2. non, pas satisfait 	/_____/
Q306.4	Combien avez-vous payé pour les soins médicaux		

Q306.5.	Comment jugez-vous le tarif appliqué au HGR Gombe Matadi	1. Abordable 2. Cher	/_____/
Q306.6.	Si les soins n'ont pas été payés, pour quelles raisons ?		
Q306.7.	Avez-vous reçu les médicaments prescrits à l'HGR Gombe Matadi ?	1. Oui 2. Non	/_____/
Q306.8.	Les modalités de paiement des soins médicaux	1. Employeur 2. Mutuelle de santé 3. Direct 4. Crédit 5. Autres (à préciser)	/_____/
Q306.9.	Qui paye les soins médicaux pour votre ménage ?	1. Les parents du responsable 2. Employeur 3. Eglise 4. Soi-même (responsable) 5. Dons 6. Etat 7. Mutuelle de santé 8. Association d'entraide 9. Autres (à préciser)	/_____/
Q306.10.	Quelle est la distance qui sépare le HGR Gombe Matadi de votre domicile ?	1. Moins de 5 Km 2. 6-25 Km 3. 26 km et plus	/_____/
Q306.11.	Combien de temps avez-vous mis pour atteindre le HGR Gombe Matadi (Mettre le temps en minutes)	1. < 30 minutes 2. 30-60 minutes 3. >60 minutes	/_____/
Q306.12.	D'après vous, quelles sont les suggestions pour améliorer la fréquentation au HGR Gombe Matadi	1. Diminuer le prix des actes 2. Prise en charge des indigents 3. Augmenter le personnel qualifié 4. Améliorer l'accueil des malades 5. Diminuer le temps d'attente des malades 6. Rendre disponibles les MEG 7. Doter l'HGR des équipements et autres matériels des soins 8. Autres (à préciser)	/_____/

Tableau 33 Analyse bi-variée

Facteurs	Effectif (%)	Fréquentation HGR Effectif (%)		Odds Ratio brut [IC 95%]	P (<0,05)
		NON	OUI		
Sexe					NS
F	64 (14,2)	46(10,2)	18(4)		
M	386 (85,8)	266(59,1)	120(26,7)	0,227 [0,483 - 1,558]	0,634
Age du chef de ménage					NS
< 30 ans	71(15,8)	48 (10,7%)	23 (5,1%)	3,532 [0,292 - 0,38]	0,32
≥ 30 ans	379 (84,2)	264(58,7%)	115(25,5%)		
Niveau d'étude					NS
Aucun, Primaire et Secondaire	424 (94,2)	294(65,3%)	130(28,9%)	0,839[0,882-0,886]	0,84
Supérieur	26 (5,8)	18(4%)	8 (1,8%)		
Etat civil					***
Marié,	339(75,3%)	246(54,7%)	93(20,6%)		
Célibataire, Veuf, Divorcé et union libre	111(24,7%)	66(14,7%)	45(10%)	43,275[0,000-0,007]	0,000
Profession					***
Cultivateur	339 (75,3%)	238(52,9%)	101(22,4%)		
Autres Professions	111(24,7%)	74(16,4%)	37(8,3%)	11,476 [0,015-0,047]	0,022
Taille du ménage					NS
< 6 personnes	229(50,9%)	160(35,6%)	69(15,3%)		
≥ 6 personnes	221(49,1%)	152(33,8%)	69(15,3%)	0,063[0,512 - 1,201]	0,80
Revenu du chef ménage					***
≤50 \$	400 (88,9)	273(60,7%)	127(28,2%)	15,983[0,000-0,01]	0,000
>50\$	50 (11,1)	39 (8,7%)	11 (2,4%)		
Temps d'attente					***
<15 minutes	71 (51,4)	0 (0%)	71(51,4%)		
≥ 15 minutes	67 (48,6)	6(4,4%)	61(44,2%)	8,318[0,000-0,018]	0,014
Accueil					***
Bon	106 (76,8)	2 (1,4%)	104 (75,4%)		
Mauvais	32 (23,2)	4 (2,9%)	28 (20,3%)	6,657 [0,023 - 0,773]	0,010
Tarif					NS
Abordable	25 (18,1)	0(0%)	25(18,1%)		
Cher	113 (81,9)	6 (4,3%)	107(95,7%)	1,388[0,666-1,632]	0,239
Distance					***
<25 Km	70(15,6)	2(0,5%)	68(15,1%)		
≥25 Km	380(84,4)	310(68,8%)	70(15,6%)	172,326[0,000-0,007]	0,000

NS : non significatif *** : significatif

Figure 6 Carte de la zone de santé de Gombe Matadi

