

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET UNIVERSITAIRE
UNIVERSITE CATHOLIQUE DE BUKAVU

UCB



FACULTE DE MEDECINE
ECOLE REGIONALE DE SANTE PUBLIQUE
ERSP

Déterminants de l'utilisation des structures des soins et appréciation par rapport aux services offerts dans les centres de santé : étude comparative entre la zone rurale de Walungu et celle de Katana au Sud-Kivu

Par : BAPOLISI ANSIMA WYVINE

Directeurs : Professeur Hermès KAREMERE

Professeur Ghislain BISIMWA

TABLES DES MATIERES

TABLES DES MATIERES	ii
RESUME.....	iv
ABREVIATIONS	vi
AVANT PROPOS.....	Erreur ! Signet non défini.
CHAPITRE I : INTRODUCTION GENERALE	1
1. 1. CONTEXTE.....	1
I.2. PROBLEMATIQUE	1
I.3. PRESENTATION DU SUJET ET HYPOTHESE.....	2
I. 4. OBJECTIFS DE L'ETUDE	3
I.4.1. Objectif global.....	3
I.4.2. Objectifs spécifiques	3
CHAPITRE II. MATERILE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	4
II.1. Le cadre d'étude	4
II.2. Type d'étude	4
II.3. Population d'étude et période d'étude	5
II.3.1. Échantillonnage	5
A. Etude au niveau communautaire	5
B. Pour l'enquête dans les FOSA.....	5
II.4. Liste des variables.....	6
II.5. Collecte des données.....	7
II.6. Traitement et analyse des données.....	7
II.7. Considérations éthiques	8
II.8. Les difficultés rencontrées	8
CHAPITRE III : RESULTATS.....	9
III.1. Enquête communautaire	9
III.1.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude.....	9
III.1.2. Itinéraire thérapeutique et raisons des choix	Erreur ! Signet non défini.
III.1.3. Fréquentation des centres de santé	10
IV. 2. Centres de santé et normes de fonctionnalité	14
CHAPITRE IV. DISCUSSION.....	16
IV.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	17

IV.2. Itinéraire thérapeutique	Erreur ! Signet non défini.
IV.3.Utilisation centres de santé et satisfaction des patients ayant recouru aux centres de santé	17
IV.4. A propos des centres de santé	19
CHAPITRE V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	20
V.1. CONCLUSION	20
IV.2. RECOMMANDATIONS.....	21
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	22

RESUME

Introduction : La santé devrait être considérée comme un droit pour tous. Néanmoins malgré les efforts pour rendre les services de soins accessibles à la communauté, l'utilisation des services des soins de base semblent poser problème. Les zones rurales font face à plus des difficultés du fait de la pauvreté. Au Sud-Kivu, nous nous sommes fixé comme objectif de comparer, deux zones de santé rurales par rapport au lieu de premier recours des soins et aux déterminants de choix des structures de soins et de l'appréciation des services reçus aux centres de santé. Nous nous sommes fixé également d'évaluer le paquet des soins offerts dans chaque centre de santé par rapport aux normes en vue de proposer des pistes de solution pour améliorer la qualité des soins dans les zones de Walungu et de Katana.

Méthodologie : Notre étude est transversale analytique comparative, a été menée du 15 juin 2017 au 30 septembre 2017 dans les zones de santé de Katana et de Walungu. Deux questionnaires ont été appliqués : un questionnaire communautaire visant les potentiels utilisateurs des centres de santé et un autre questionnaire a été administré aux centres de santé en termes d'équipement et des services offerts et des indicateurs de fonctionnalité essentiellement. Il Le logiciel STATA ont été utilisés pour l'analyse des données. La moyenne/médiane \pm écart type a été calculée pour les variables quantitatives et leur comparaison effectuée. La régression logistique multiple a été effectuée pour l'utilisation des services dans les deux zones de santé et pour mettre en évidence les déterminants de la satisfaction par rapport aux services consommés.

Résultats : 1751 personnes des villages sélectionnés de façon aléatoire dans les deux zones de santé et sur 40 centres de santé et centres de santé de référence ont été enrôlés dans le cadre de cette étude. Le sexe féminin prédominait dans les populations des deux zones, 64.3% des personnes ont consulté les centres de santé lors de leur dernier épisode maladie en premier recours à Katana contre 54.5% à Walungu ($p=0.002$). Les centres de Santé de Katana étaient plus utilisés qu'à Walungu. Le sexe féminin et le niveau d'étude universitaire étaient des facteurs déterminants de l'utilisation des centres de santé à Walungu alors que seul le niveau d'étude déterminait l'utilisation des centres de santé à Katana ($p < 0.05$). Les patients étaient plus susceptibles d'être satisfaits des services reçus si la distance à parcourir était moindre, si le délai d'attente était court, si la taille des ménages était petite, si le centre de santé était propre et s'il y avait eu récemment un accouchement dans le ménage ($p < 0.05$).

Conclusion : Cette étude dont la première partie s'est adressée à la communauté et la seconde aux centres de santé a permis de révéler que la majorité de la population recourt aux centres de santé en premier recours lors d'un épisode maladie quoique la proportion reste faible. Les raisons de recours à des structures autre que les centres de santé sont la rapidité des services, le faible coût. Les centres de santé de Katana sont plus fréquentés que ceux de Walungu. La satisfaction par rapport aux services est fonction de la distance parcouru, du délai d'attente à la consultation, la propreté et d'un accouchement récent dans la famille.

Mots clés : itinéraire thérapeutique, centre de santé, utilisation des services de santé, satisfaction, qualité des soins Walungu, Katana, Sud-Kivu.

ABSTRACT

Introduction: Health is a right for all. Nevertheless, despite efforts to make care services accessible to the community, the use of basic care services appears to be problematic. Rural areas face more difficulties because of poverty. In South Kivu, on the one hand we will compare two rural health zones searching for the determinants of choice of care facilities and the assessment of the services received at the health centers. On the other hand we will also evaluate the package of care offered in each health center comparing to the standards in order to propose solutions to improve the quality of care in the areas of Walungu and Katana.

Methodology: Our analytical and comparative cross-sectional study, was conducted from June 15, 2017 to September 30, 2017 in the Health Zones of Katana and Walungu. Two questionnaires were applied: a community questionnaire addressed to potential users of the health centers and another questionnaire was administered to the health centers in terms of equipment and services offered and essentially functionality indicators. STATA software was used for data analysis. The mean / median \pm standard deviation was calculated for the quantitative variables and their comparison performed. Multiple logistic regression was performed for the use of services in both health zones and to highlight the determinants of satisfaction with services consumed.

Results: 1751 people from randomly selected villages in the two health zones and 40 health centers and reference health centers were enrolled in this study. Females predominated in the two zones, 64.3% of people consulted the health centers during their last illness episode in first resort to Katana against 54.5% in Walungu ($p = 0.002$). Health centers in Katana were used more than in Walungu. Female gender and university level of education were key factors in the use of health centers in Walungu, while only the level of study determined the use of health centers in Katana ($p < 0.05$). Patients were more likely to be satisfied with the services they received if the distance was shorter, if the waiting time was short, if the size of the household was small, if the health center was clean and if there were recently had a delivery in the household ($p < 0.05$).

Conclusion: This study, the first part of which addressed the community and the second to health centers revealed that the majority of the population resorts to health centers as a first resort during a disease episode, although the proportion remains low. The reasons for using structures other than health centers are the speed of services, the low cost. Health centers in Katana are more crowded than those in Walungu. Satisfaction with services is a function of distance traveled, waiting time for consultation, cleanliness and recent childbirth in the family.

Key words: therapeutic route, health center, utilization of health services, satisfaction, quality of care Walungu, Katana, Bukavu - South Kivu

ABREVIATIONS

AS : Aire de santé

BCZ : Bureau Central de la Zone de Santé

CPN : Consultation prénatale

CPoN : Consultation postnatale

CS : Centre de santé

DPS : Division Provinciale de la santé

DSSP : Direction des soins de santé primaires

FOSA : Formation sanitaire

HGR : Hôpital Général de référence

IS : Information sanitaire

IT : Infirmier Titulaire

MCZ : Médecin chef de zone

MEG : Médicaments essentiels génériques

MILD : Moustiquaire imprégné d'insecticide à longue durée d'action

MSP : Ministère de la santé publique

OMD : Objectifs du millénaire pour le développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

PCA : Paquet Complémentaire d'Activités

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PF : Planification familiale

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PROSANI/MSH : Projet de santé intégré/Management Sciences of Health

RDC : République Démocratique du Congo

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

SRSS : Stratégie de renforcement du système de santé

SSP : Soins de santé primaires

ZS : Zone de santé

CHAPITRE I : INTRODUCTION GENERALE

1. 1. CONTEXTE

La santé est un droit inaliénable de la personne humaine. La conférence d'Alma Ata a réaffirmé la pensée d'antan que la santé est un droit pour tous ("Microsoft Word - Almaata_declaration_en.Doc - Almaata_declaration_en.Pdf" n.d.).

Les systèmes de santé ont été restructurés et des normes ont été définies pour atteindre ce noble idéal. La création des zones de santé dans lesquelles on retrouvait plusieurs aires de santé, chacune s'articulant autour d'un centre de santé, en fut une conséquence dans la majorité des pays africains en général. C'est dans ce cadre que la stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) a été élaborée en République Démocratique du Congo (RDC) avec une redéfinition de la politique sanitaire nationale pour des soins de qualité pour tous (*Ministère de la santé RDC SRSS 2006*).

Malgré ces efforts consentis, le nombre et la répartition géographique des structures sanitaires fonctionnelles sur le territoire africain posent encore problème (*Oakley and OMS 1989*). De plus, les ressources financières limitées et l'absence d'assurances maladies constituent un handicap majeur pour l'utilisation des services (*Vialle-Valentin et al. 2008*). Toutefois la définition des objectifs du millénaire a permis l'implication de nombreux partenaires dans le domaine de la santé dans les pays en voie de développement. Ceci permet, avec une bonne canalisation, de fournir, dans les conditions les meilleures, des soins de qualité à la population avec des appuis partiels ou globaux en termes d'équipement, de formation et de subventions (*Mbeva et al. 2014; Kalambayi and Van Leberghe 2015*). En RDC en plus de la situation précaire de guerre et des conflits, on assiste à un pluralisme thérapeutique comme dans les pays d'Afrique. Les assurances de soins n'existant pas la communauté contribue pour beaucoup à la prise en charge.

I.2. PROBLEMATIQUE

La fréquentation des structures des soins reconnus rendus accessibles demeure une des grandes batailles en Afrique sub-saharienne. La population, appelée à s'auto-prendre en charge, délaisse parfois les structures de premiers soins rendus abordables pour elle, au profit des structures informelles, chambres de prière ou médecine traditionnelle (*Mariko 2003; Nzapayake 1997; Audibert et al. 1998*). La situation devient plus compliquée avec la présence de la Médecine alternative, moins coûteuse jugée plus douce (*Marcellini et al. 2000*).

En milieu rural, la situation est plus alarmante car la population y est plus appauvri (Magne 2012). Les déterminants de la fréquentation des centres de santé au niveau communautaire n'est pas toujours évidente. Certains auteurs se sont penché sur le sujet pour essayer de comprendre ce qui motivait l'utilisation des structures (*Manzambi et al. 2000; Mariko 2003; Stock 1983; Audibert et al. 1998; Mendoza Aldana, Piechulek, and al-Sabir 2001*). Les résultats diffèrent selon les régions. Il nous est donc apparu important de mener une étude comparative sur le lieu de premier recours pour les soins en milieu rural et les déterminants de la satisfaction des soins reçus au premier échelon dans deux zones rurales Walungu et Katana. Katana est une zone étatique confié à la gestion du Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) et bénéficiant de différents apports des bailleurs nationaux et internationaux (*Ministère de la Santé Publique, PDSZ Katana 2015*). La zone santé de Walungu, quant à elle est sous la gestion des structures conventionnées protestantes faiblement appuyé par des aides extérieures (*Ministère de la Santé Publique PDSZ Walungu 2015*). La différence majeure réside également dans la pauvreté qui semble avoir élu domicile à Walungu alors que Katana semble plus fertile. La rareté de littérature dans ce domaine dans notre milieu motive également cette recherche.

I.3. PRESENTATION DU SUJET ET HYPOTHESE

Nous allons rechercher les déterminants de l'utilisation des structures des soins et appréciation par rapport aux services offerts dans les centres de santé : étude comparative entre la zone rurale de Walungu et celle de Katana au Sud-Kivu. Quelles sont les déterminants de la fréquentation des structures de soins de santé à Katana et à Walungu? Est la grande question de recherche. Il en découle des questions secondaires. Quel est l'itinéraire thérapeutique des malades ?

Quelle est l'appréciation des populations par rapport aux soins qui leur sont prodigués?

Dans quelle mesure le système des prestations au niveau de centre de santé répondent aux normes ?

Hypothèses de recherche

- Le centre de santé ne constitue pas toujours le premier recours en cas de maladie dans les deux zones de santé
- L'accessibilité (financière et géographique) aux centres de santé dans les deux zones de santé ne répond pas toujours à l'idéal des soins de santé primaires pour tous
- Les patients sont satisfaits des soins qui leur sont offerts dans les centres de santé (premier échelon)

- Le paquet des soins offert au niveau des centres de santé est complet et conformes aux normes

I. 4. OBJECTIFS DE L'ETUDE

I.4.1. Objectif global

L'objectif est de contribuer à l'amélioration du système de Santé en RDC spécialement dans la province du Sud Kivu.

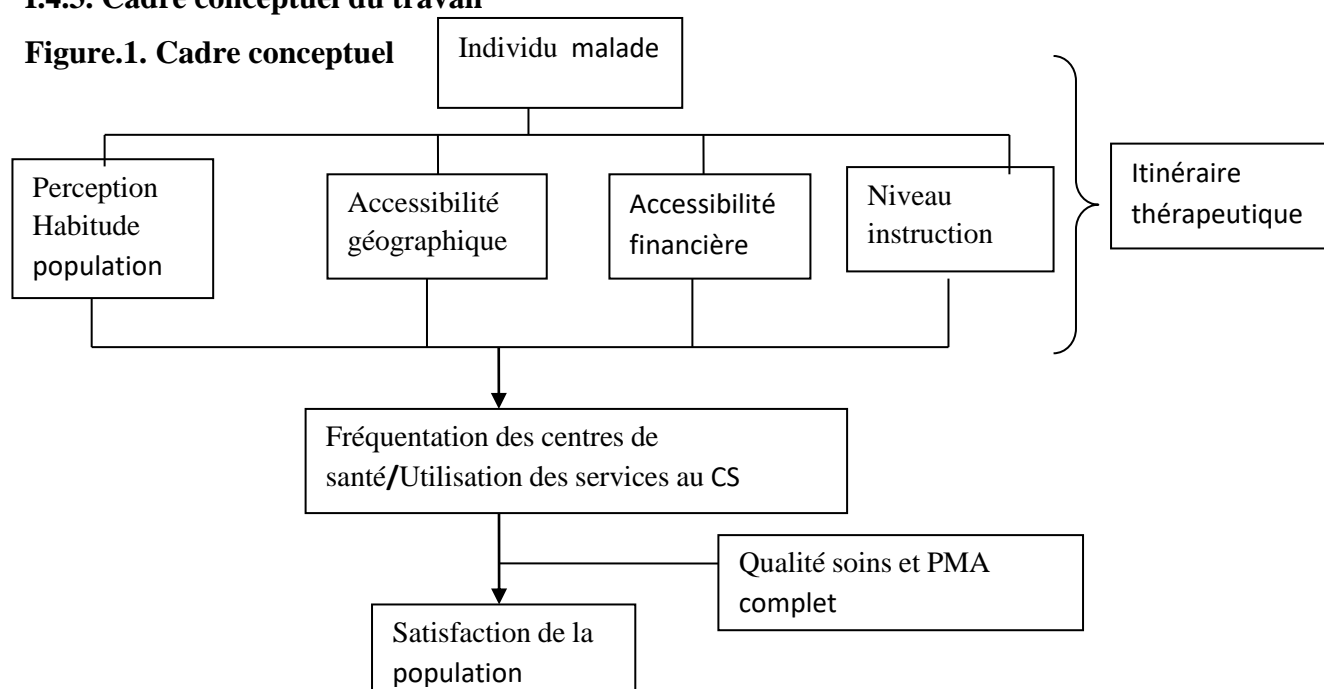
Cette étude va contribuer à fournir une vue d'ensemble sur les zones de santé rurales du Sud Kivu et la satisfaction des patients pour ressortir les déterminants de l'utilisation des centres de santé. Cette étude a pour but de rechercher les motivations pour la consultation des centres de santé rurales ou des autres structures concurrentes. Elle étudiera aussi le paquet des soins offerts par centre de santé afin de dégager des pistes des solutions pour améliorer l'offre des soins existante au sein des centres de santé.

I.4.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la prévalence de la morbidité ressentie au sein de la communauté
- Identifier l'itinéraire thérapeutique dans les deux zones de santé rurales
- Identifier les déterminants de l'utilisation des centres de santé en milieu rural à Katana et à Walungu
- Déterminer la satisfaction de la population de deux zones rurales par rapport aux soins qui leur sont administrés.
- Relever les écarts entre (comparer) les normes de fonctionnalité et la situation réellement observée en termes d'offre des soins de qualité

I.4.3. Cadre conceptuel du travail

Figure.1. Cadre conceptuel



L'individu malade décide d'utiliser les services des soins offerts en fonction de la perception de son problème, de l'environnement dans lequel il vit. Selon les conseils divers il opte pour un choix. La solution apporté à son problème et beaucoup plus la façon de lui apporter cette solution vont le prédisposer à être satisfait ou non des services reçus.

Ce travail comprendra une partie théorique dans laquelle nous définirons les concepts et une revue de la littérature sommaire. Une deuxième partie consistera en la présentation de la méthodologie et des résultats et enfin suivra une brève conclusion et des recommandations.

CHAPITRE II. MATERILE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

II.1. Le cadre d'étude

La présente étude se déroule à l'Est de la République Démocratique du Congo dans la province du Sud-Kivu dans deux zones de santé : Walungu et Katana.

La Zone de santé de Walungu a une superficie de 800 km² pour une population général 252269 habitants (dénombrement PEV 2014) avec une densité de 315 habitants / km². Elle compte 23 aires de santé dont 12 CS sont confessionnels, 3 CSR et 1 hôpital général de référence. Walungu a comme caractéristique principal un sol arable pauvre. L'agriculture est basée sur une monoculture vivrière de subsistance sans amendement du sol. Quant aux finances, les recettes sont insuffisantes et le financement extérieur quasi-inexistant ainsi que l'absence des subventions de l'Etat (*Ministère de la Santé Publique BCZ , PDSZ Walungu 2015*).

La zone de santé de Katana est également une zone rurale couvrant une superficie de 400 km² pour une population général 209746 habitants (dénombrement PEV 2015), avec une densité de 524 habitants/ km². Elle comporte 18 aires de santé dont 9 CS sont confessionnels, 3 CSR, un centre hospitalier et un hôpital général de référence. L'agriculture et l'élevage constituent les activités de subsistance. Ces dernières sont considérées comme source principale de revenu de près de 70% de la population. Contrairement à Walungu le sol est fertile seul le mauvais état des routes pour la déserte agricole pose problème. Les recettes sont insuffisantes. La zone dépend quasiment de l'aide extérieure bien que celle-ci soit en baisse (*Ministère de la Santé Publique BCZ, PDSZ Katana 2015*).

II.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale analytique et comparative. Elle a consisté à mettre en évidence les déterminants de l'utilisation des centres de santé.

Pour ce faire, la première partie de l'enquête a consisté à recueillir la perception de la qualité des soins et services de santé au sein de la communauté ainsi que des motivations dans le choix de telle ou telle autre structure des soins en cas de maladie. Elle a consisté à administrer un questionnaire à des ménages pour recueillir des données qualitatives et quantitatives.

La deuxième partie a consisté à évaluer les centres de santé existant pour voir si elles remplissaient le paquet minimal requis pour offrir des soins de qualité aux patients.

II.3. Population d'étude et période d'étude

L'étude s'est déroulée sur trois mois soit du 15 juin 2017 au 30 septembre 2017.

II.3.1. Échantillonnage

A. Etude au niveau communautaire

La population d'étude est constitué des tous les habitants des aires de santé. Un échantillonnage aléatoire à deux degrés a été réalisé.

La taille de l'échantillon a été calculée par la formule de Schwartz

$$n = z^2 * p * q / d^2$$

Où n: Taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un événement et un niveau de risque fixé

z : Niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95 % sera 1,96)

p : Probabilité de réalisation de l'événement ou prévalence soit 50% pour la fréquentation et la satisfaction des services reçus

d : Marge d'erreur (généralement fixée à 5 %)

La taille minimale de l'échantillon a été calculée à 770 par zone de santé. En supposant une attrition de 3%, la taille a été rapporté à 790.

Dans chaque zone de santé 30 villages ont été sélectionnées de façon aléatoire. Le nombre des personnes à enquêter par village a été obtenu en divisant la taille de l'échantillon par 30 soit 27 individus à enquêter par village.

B. Pour l'enquête dans les FOSA

La population d'étude est constituée de toutes les formations sanitaires de type Centre de Santé intégré dans la ZS de WALUNGU et dans la ZS KATANA. Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif de tous les CS de la ZS de WALUNGU et de la ZS KATANA. Les unités statistiques sont constituées des CS.

- **Centres de santé inclus**

ZS Katana : Luhihi, Irambira, Birava, Lungedo, Izimero, Iko, Mushweshwe, Nuru, Mabingu, Ciranga, Ihimbi, Irambira, Ishungu, Mugeru, Kadjucu, Kambaba, Kabushwa, Ibindja.

ZS Walungu : Bideka, Burhale, Bushindyé, Cagombe, Cazi, Ikoma, Izirangabo, Kalole, Karhundu, Kazimu, Kidodobo, Kuzamba, Lurhala, Mugogo, Muku, Mwendo, Nyandja, Rukwende, Walungu, CSR Muku.

- **Critères d'exclusion et centres exclus :**

Les centres de santé inaccessibles soit géographiquement soit du point de vue sécuritaire ou pour lesquels nous n'avons pas reçus de réponses.

ZS Walungu : Nyakakobya, Kampuse, Cigukiro

Des enquêteurs ont été sélectionnés et formés localement au sein des ITM à Walungu et à Katana. Les enquêteurs se présentaient au Centre de santé et était dirigé vers le village.

II.4. Liste des variables

a. Au niveau communautaire

Variables indépendantes :

- Données démographiques : sexe, âge, profession, niveau d'étude
- Taille ménage, responsabilité dans le ménage
- Itinéraire thérapeutique : type de structures des soins lors du dernier épisode maladie et motivation du choix de la structure
- Accessibilité géographique et financière pour des soins aux CS
- Degré de satisfaction de la population (totalement satisfait, satisfait, insatisfait, totalement insatisfait)

Variable dépendante: Utilisation des centres de santé et satisfaction par rapport aux services rendus.

b. Au niveau des centres de santé

Une étude descriptive a été faite au niveau des centres de santé

- Le PMA a constitué notre base d'analyse et le recueil des normes nous a servi de cadre de référence pour les données recueillis au sein des centres de santé.

Au niveau de deux zones dans les centres de santé, les variables suivantes ont été étudiées :

b.1. Matériel basique des soins disponibles des centres de santé : thermomètre, tensiomètre, microscope, centrifugeuse, TDR.

b.2. Services offerts au niveau des structures :

- curatifs : consultations ambulatoires, transfusion sanguine, réhabilitation nutritionnelle et physique, présence d'un laboratoire fonctionnelle, pharmacie (dépôt pharmaceutique)
- préventif : CPN, CPON, CPS, vaccination, accouchement assisté

- promotionnel : Hygiène du milieu et assainissement, promotion allaitement maternel, promotion du marketing social et distribution du MILD, promotion utilisation des latrines, promotion préservatif

b.3. Hygiène et environnement : trou à placenta, trou à ordures, douche, latrines, poubelles externe, incinérateur, point d'eau, source d'éclairage et d'énergie

II.5. Collecte des données

Les données ont été collectées dans le cadre de cette étude à l'aide de deux questionnaires. Le premier questionnaire destiné aux utilisateurs des soins, la communauté, elle a consisté à recueillir des informations quantitatives notamment sur les caractéristiques socio-démographiques de la population cible ainsi que des données qualitatives sur le lieu de premier recours en cas de maladie ainsi que les motivations du choix des structures autre que les CS et enfin l'appréciation des services reçus aux CS par les utilisateurs. Le deuxième questionnaire semi-structuré destiné aux prestataires et a constitué à une évaluation sommaire du matériel de base pour une bonne prestation médicale des soins, des services basiques pour assurer un PMA.

Pour ce faire, 7 Chercheurs et un superviseur ont été formés aux techniques de collecte des données. Après introduction au niveau des autorités compétentes au niveau des zones de santé de WALUNGU et de KATANA. Une fois les données collectées, les questionnaires ont été centralisé auprès du chercheur principal.

II.6. Traitement et analyse des données

Le tri des formulaires remplis des questionnaires remplis par aires de santé et le contrôle de qualité ont été réalisés. Les données quantitatives collectées ont été saisi sur EXCEL puis analyser grâce au logiciel STATA. Les résultats sont présentés en tableaux, graphiques et figures. La moyenne (médianes) avec écart-type a été calculée pour les variables quantitatives.

Le test chi-carré de Pearson, dans le cas échéant le test de Fisher ou le chi-carré de vraisemblance, seront utilisés pour comparer les proportions. La comparaison de moyennes a été réalisée en utilisant le test t de Student et celle de médianes, en utilisant le test non paramétrique de rang notamment le test de Mann-Whitney et le test de rang signé Wilcoxon à échantillons associés. La régression logistique a été utilisée pour déterminer les facteurs influençant l'utilisation des centres de santé ainsi que la satisfaction des patients par des facteurs supposés de risque. Le seuil de signification statistique a été fixé à 0,05 dans la présente étude.

II.7. Considérations éthiques

Un consentement libre et éclairé de participer a été requis de manière expresse auprès de chaque sujet sélectionné. Et ce après avoir expliqué les buts et objectifs de l'étude, son bien-fondé, la nature de la participation, la garantie de la confidentialité et l'absence de risque physique ou moral lié à la participation à l'étude.

II.8. Les difficultés rencontrées

- Accessibilité de certaines régions des zones difficile avec mauvais état des routes
- Mauvais archivage et système de rapportage défectueux au niveau des centres de santé
- Budget et temps limité

CHAPITRE III : RESULTATS

III.1. Enquête communautaire

III.1.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Notre étude prospective a porté sur 1751 personnes qui ont accepté de répondre à notre questionnaire dont 961 personnes à Katana et 790 à Walungu. Les femmes ont constituées la majorité des enquêtées dans les deux ZS (plus de 50% de la taille). La majorité des répondants étaient des mariés près de 60% du total suivi des célibataires.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Variables	KATANA (n=961)	WALUNGU (n=790)	Total
Age (année)	33,384±12,52 ans	33,9±7ans	
< 20 ans	95(9,9)	108(13,7)	
21 à 30 ans	428(44,5)	376(47,6)	0,8074
31 à 40ans	200(20,8)	141(17,8)	
41 à 50 ans	115(12)	85(10,8)	
51 à 60 ans	88(9,2)	63(8)	
> 60 ans	35(3,6)	17(2,2)	
Sexe			
Féminin	511(53)	430(54,4)	941(53,7)
Masculin	450(47)	360(45,6)	810(46,3)
Etat civil			
Célibataires	281(29,2)	285(36,1)	566(32,3)
Divorces	5(0,5)	24(3,0)	29(1,6)
Mariés	639(62,5)	404(51,1)	1043(59,6)
Veuf (ve)	36(3,7)	77(9,8)	113(6,5)
Profession	n= 961	n= 784	n= 1745
Agent de l'état	67(7)	55(7,0)	122(7)
Cultivateurs	426(44,3)	257(32,8)	683(39,1)
Enseignants	150(15,6)	110(14)	260(15)
Sans	318(47,5)	362(46,2)	680(38,9)
Taille de ménage	de 6,7 ±2,9	6,2±2,5	P=0.006
Inf. à 7	443(46,1)	415(55,2)	
Sup ou égale à 7	518(53,9)	337(44,8)	
Niveau d'étude			
Aucun	312(32,5)	194(25,8)	
Primaire	238(24,8)	196(26,1)	
Secondaire	378(39,3)	274(36,4)	
Universitaire	33(3,4)	88(11,7)	

Les chômeurs représentaient 78% de la population générale d'étude dans les deux ZS dont la moitié des cultivateurs. L'âge moyen de la population totale est de 32.54±-12.4 ans moyenne et 28±-0.29 La population de Walungu semble plus jeune comparée à celle de Katana (Walungu 27±0.43 médian Walungu vs 33.38±-12.52 30±0.4. (p= 0.001) (Tableau 1). La

taille moyenne des ménages est de 6.75 Katana plus élevée que 6.28 à Walungu ($p=0.0006 << 0.05$) (tableau 1). Walungu semble avoir plus d'enfants de moins de 5 ans comparé à Katana ($p= 0.0003 << 0.05$) le nombre d'adultes par ménages est le même dans les deux zones de santé (**Tableau 1**).

III.1.3. Fréquentation des centres de santé

De façon générale près de 60% de la population d'étude ont consulté le centre de santé dont près de la moitié ont été gardé en observation et plus de la moitié les patients ont utilisé les centres de santé au moins deux fois par mois. Les services des consultations générales ont été les plus visités suivis des consultations prénatales dans les deux zones de santé (**Tableau 4**).

Tableau 4 : Fréquentation du CS et services fréquentés

Variables	KATANA =961	WALUNGU n=790	X2	P
Malade les 15 derniers jrs	449(46,7)	398(50,4)		0.31
Malade les 30 derniers jrs	823(56.76)	627(43.24)		0.177
Avoir utilisé le CS	618(64.3%)	437(55.4%)	8.125	0,0004
Avoir été observé	408(66)	254(55.9)	6.364	0,01
Services fréquentés	n=618	n=438		
Consultation	469(75,9)	304(69,4)		
CPN	120(19,4)	92(21)		
CPON	0(0,0)	4(1)		
CPS	7(1,1)	15(3,4)		
LABO	12(1,9)	21(4,8)		
Autres	10(1,6)	2(0,4)	23.6	0,0001

Les résultats obtenus montrent que les CS sont plus utilisés à KATANA qu'à WALUNGU $p=0.0001 << 0.05$. Les malades ont plus été observés à Katana qu'à Walungu ($p=0.01 < 0,05$).

Tableau 5 : Temps effectués pour arriver au centre de santé

Combien de temps	KATANA n=618(%)	WALUNGU n=436(%)	Féminin n=586	Masculin n=468	P
Moins de 15'	84(13,6)	60(13,7)	89(15.2)	55(11.8)	10
15 et 30'	415(67,2)	268(61,5)	360(61.4)	323(69)	
30 et 60'	96(15,5)	73(16,7)	96(16.4)	73(15.6)	
Plus de 60'	23(3,7)	35(8)	41(7)	17(3.6)	0,018

Dans les deux ZS, le temps effectué pour atteindre le CS est généralement moins de 30 minutes ($p=0.018$). La différence n'est pas statistiquement significative en comparant chaque

délai par zone de santé. De façon générale, les femmes ont mis plus de temps pour atteindre les centres de santé que les hommes (**Tableau 5**).

Délai d'attente

Dans les deux ZS, plus de 50% des patients affirment avoir été reçu dans les 30 minutes de leur arrivée, plus de 32% ont été reçu dans les 60 minutes bien que la différence ne soit pas statistiquement significative (**Figure 2**).

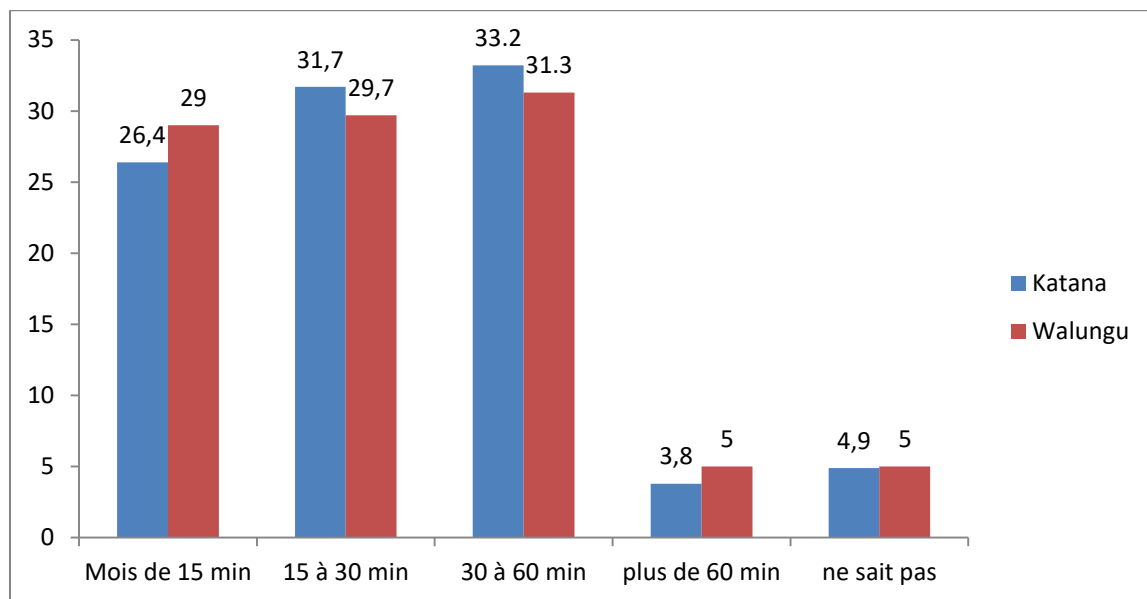


Figure 2 : Délai d'attente dans les centres de santé de deux zones de santé

Tableau 6 : Accouchement et nombre des jours que la femme accouchée passe au CS

Variables	KATANA (n=618)	WALUNGU (n=416)	X2	P
Femme accouche récemment	334(54)	263(58)	1.7	0,192
Nombre des jours de la femme accouche reste				
Moins de 3jrs	24(3,9)	40(9,1)		
3 et 7jrs	558(90,3)	378(86,2)		
Plus de 7jrs	27(4,4)	8(1,8)		
Ne sait pas	9(1,5)	6(1,3)	31.5	0,0001

Parmi les ménages enquêtés, il s'observe que dans les deux ZS, plus de 50% des femmes ont accouchés et affirment avoir généralement passé 3 à 7 jours au CS après accouchement ($p : 0.001 < 0,05$). (**Tableau 7**)

Les résultats obtenus montrent que les coûts des soins sont jugé relativement plus cher à Walungu qu'à Katana $p=0.005 < 0,05$. (**Tableau 8**)

Tableau 7 : Appréciation des soins reçus et de la propreté au CS.

Variables	KATANA n=618	WALUNGU n=437	Total	X2	P
Jugement des coûts des soins					
Cher	262(42,4)	231(52)	493(46.2)		
Moins cher	336(54,4)	194(43,7)	530(50)		
Plus cher	20(3,2)	19(4,3)	31(3.8)	23.55	0.001
Satisfaction par rapport au service					
Insatisfait	131(21,2)	105(25)	236(22.2)		
Satisfait	402(65)	291(65,2)	693(65.1)		
Totalement satisfait	85(13,8)	50(11,2)	135(12.7)	13.14	0.004
Propreté du CS					
Propre	482(78)	340(76)	822(77.2)		
Sale	48(7,8)	65(14.5)	113(10.6)		
Très propre	59(9,5)	24(5.4)	83(7.8)		
Très sale	29(4,7)	19(4,3)	47(4.4)	27.98	0.001

En rapport avec le service offert, plus de 77% des personnes ayant consulté le centres de santé s'estiment satisfait des soins reçus dans les deux ZS (chi carré 23.55 $p=0.004 < 0,05$) et plus de 85% de ceux qui ont utilisé les centres de santé affirment que les CS en général sont propres. Ceux de Katana sont rapportés légèrement plus propres que ceux de Walungu.

Il a été constaté cependant que 236 personnes soit 22% des utilisateurs n'étaient pas satisfait des services reçus. Les raisons de la non-satisfaction sont reprises dans la figure 3 L'insatisfaction par rapport au service reçu aux CS est essentiellement liée à la non-guérison, aux coûts des soins élevés, la négligence des malades rapportée plus à Walungu qu'à Katana, le manque de matériel et les CS sont à longue distance à Katana qu'à Walungu.

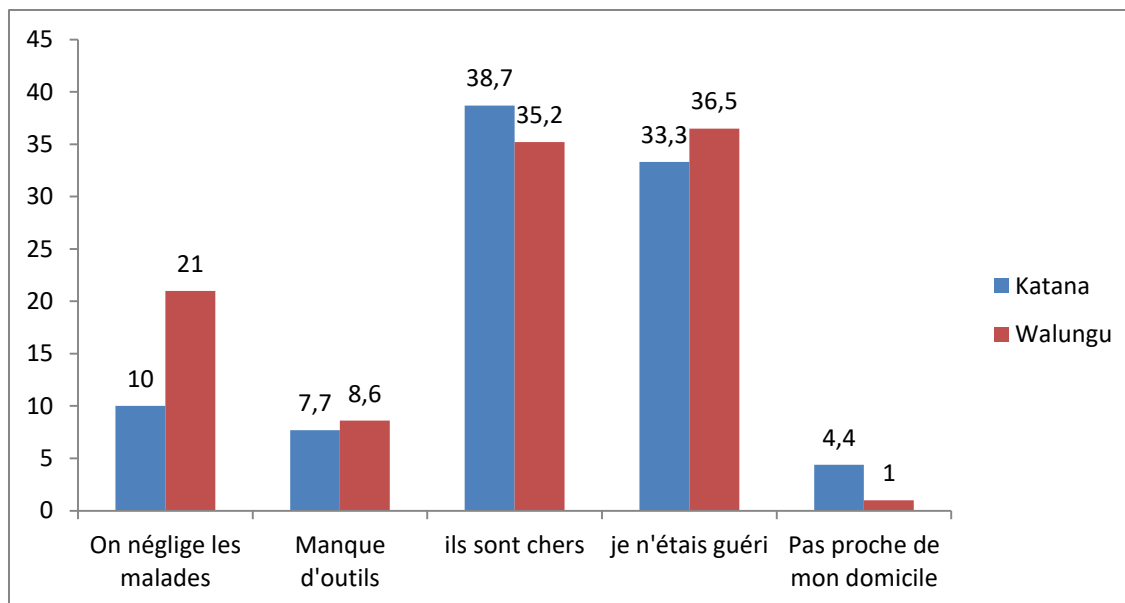


Figure 3 : raisons de la non satisfaction par rapport aux soins reçus

IV.1.4. Déterminants de la fréquentation et de la satisfaction

Tableau 8. Régression logistique multiple de l'utilisation du CS par des facteurs sociodémographiques supposés

Variables	ZS KATANA				ZS WALUNGU			
	Odds Ratio (ajusté)	IC95% Min	Max	P-Value	Odds Ratio (Ajusté)	IC95% Min	Max	P-Value
Etat Civil	2,4228	0,2679	21,9136	0,4309	1,1259	0,4539	2,7933	0,798
Position familiale	1,1056	0,8292	1,4741	0,4941	1,1006	0,7335	1,6515	0,6434
Profession	0,777	0,4462	1,3531	0,3726	0,9061	0,4968	1,6528	0,7479
Sexe	0,978	0,7605	1,3045	0,9769	0,6994	0,5221	0,9368	0,0165
Taille ménage	0,78455	0,9372	1,0245	0,3706	1,0037	0,9485	1,0621	0,8994
Niveau d'étude	0,99493	<u>1,1451</u>	<u>8,121</u>	<u>0,0257</u>	<u>1,798</u>	<u>1,0649</u>	<u>3,0358</u>	<u>0,0282</u>
Age année	1,0011	0,9905	1,0117	0,8435	1,0065	0,9944	1,0188	0,2916

Les résultats de la régression logistique multiple de l'utilisation du CS par des facteurs de risque supposés sont repris dans le tableau.

Il ressort que seul le niveau d'étude sup ou égal à primaire (OR ajusté= 1,79 ; p=0,0282) ont montré un effet indépendant sur la probabilité de l'utilisation du CS à Walungu et seul le niveau d'étude a KATANA (OR Ajusté=3,049 et p=0,025) a montré un effet indépendant par rapport à la fréquentation des centres de santé. D'autres facteurs comme l'Etat civil, la position familiale, la profession, le sexe pour Katana, la taille de ménage et l'âge de répondant n'ont pas significativement affecté cette probabilité.

Tableau 9. Régression logistique de la satisfaction des services reçus au CS par des facteurs de risque supposés

Paramètres	OR	St. Error	Z	p> z	95% CI lower	Upper
Satisfaction						
Sexe	0.7684	.148160	-1.37	0.172	.5266109	1.12131
ZS	0.8645	.1679548	-0.75	0.454	.5907855	1.26518
Etat civil	1.1745	.2800825	0.67	.0500	.736001	1.874316
Profession	1.003279	.2348022	0.01	0.989	.6341773	1.587203
Taille ménage	1.53705	.3086318	2.14	<u>0.032</u>	1.036985	2.278272
Age	1.0063	.0083504	0.77	<u>0.442</u>	.9901641	1.022898
Position familiale	1.483957	.3895518	1.50	0.133	.887102	2.482386
Niveau d'étude	.821559	.1869525	-0.86	0.388	.5259456	.128332
Temps structure	32.41454	9.2172662	12.23	<u>0.000</u>	18.56503	56.59578
	3.094265	.826893	4.23	<u>0.000</u>	1.832683	5.224293
	4.039324	1.633825	3.45	<u>0.001</u>	1.828162	8.92488
Delai d'attente	.5376001	.122578	-2.72	<u>0.006</u>	.3438565	.840507
Propreté	.1532162	.0359838	-7.99	<u>0.000</u>	.0966929	.242781
Constante	.6236518	.2922238	-1.01	0.314	.2489405	1.562387

La régression logistique multiple de la satisfaction des soins montrent que le temps mis pour atteindre une structure, le délai d'attente, la propreté, un accouchement récent dans le ménage et la taille de ménages sont des facteurs indépendants influençant la satisfaction par rapport aux services reçus au niveau des centres de santé.

IV. 2. Centres de santé et normes de fonctionnalité

La deuxième partie de notre étude consistait à s'assurer des services disponibles aux centres de santé et de vérifier que les centres de santé de deux zones de santé avaient le minimum requis pour le fonctionnement. Nos résultats montrent que la quasi-totalité des centres de santé offrent un paquet minimal d'activité complet à quelques exceptions près. Tous les centres de santé offrent en promotionnel des séances éducatives sur les sujets basiques (MILD, allaitement), en préventif : CPN, CPS, CPON, vaccination avec des stratégies avancées et en curatif : consultation en ambulatoire, laboratoire, TDR disponible pour le diagnostic du paludisme. Quatre centres de santé de Katana dont celui de Birava, Lugendo, Kabushwa et Ciranga (21%) n'offrent pas la possibilité d'accouchement eutocique. 6 centres de santé sur 18 soit 33.3% à Katana contre 1 centre de santé sur 21 soit 4.7% à Walungu font transfusion sanguine. La réhabilitation nutritionnelle et physique est offerts par 5 centres de santé soit 27.8% à Katana contre 8 centres de santé soit 38% à Walungu pour la réhabilitation

nutritionnelle et physique). Les petites interventions médico-chirurgicales sont faites dans 10 CS (soit 55.5%) à Katana contre 15 (71.43%) à Walungu.

Tableau 10. Services disponibles dans les centres de santé dans les deux zones de santé

	Norme CS	par	KATANA	WALUNGU	
a. Prestation services curatifs					
Consultation ambulatoire	Oui		18(100)	21(100)	
petites interventions med chirurgicales	Oui		10(55.5)	15(71.4)	0.303
accouchement eutocique	Oui		14(73.7)	21(100)	0.012
TDR disponible	Oui		17(89.5)	20(95.2)	0.631
Réhabilitation nutrition et physique	Oui		5(26.3)	8(38,1)	0.427
transfusion sanguine	Oui		6(31.6)	1(4,8)	0.026
c. Activités préventives					
	Oui				0.493
surveillance de la croissance			16(88.8)	17(81)	
CPN	Oui		18(100)	21(100)	
CPON	Oui		18(100)	21(100)	
CPS	Oui		18(100)	21(100)	
Planification familiale	Oui		18(100)	21(100)	
Vaccination	Oui		18(100)	21(100)	
d. Activités promotionnelles					
Hygiène et assainissement du milieu	Oui		18(100)	21(100)	
Marketing social et distribution MILD	Oui		18(100)	21(100)	
Allaitement maternel	Oui		18(100)	21(100)	
Utilisation des latrines	Oui		18(100)	21(100)	

Tous les centres de santé ont un bâtiment avec un minimum de trois pièces avec des poubelles. Remarquons cependant que le matériel de base tel que les thermomètres (6 centres soit 31.6% à Katana vs 11 centres soit 52.4% à Walungu), le tensiomètre (14 centres soit 74.3% vs 13 soit 61.9%), le réceptacle pour aiguilles (14 centres soit 73.7% à Katana vs 14 centres soit 66.7%) font défaut dans certaines structures.

Tableau 11 : Normes environnement, d'hygiène et d'équipement

	Norme CS	par	KATANA	WALUNGU	
a. Matériel et équipement					
Salle d'attente	1		18(94.7)	19(90.5)	
salle de Réception	1		15(78.9)	17(81)	
salle observation, nbre lits	4		8(1-18)	7(4-16)	
salle mater nbre lits	6		4(2-10)	4(1-10)	
salle travail nbre lits	4		2(1-3)	2(1-3)	
Microscope	1		15(78.9)	17(81)	0.874
Tensiomètre	1		14(74.7)	13(61.9)	0.437
Thermomètre nbres	1		6(31.6)	11(52.4)	0.184
Calculatrice			14(73.7)	17(81)	
b. Hygiène, éclairage et points d'eau					
trou à placenta	1		18(100)	21(100)	
	1				
trou à ordure poubelle interne			19(100)	21(100)	
douche	2		19(100)	20(95.2)	
Latrine	2				
poubelle externe	1		18(94.7)	15(71.4)	
incinérateur	1		18(94,7)	17(81)	
réceptacle pour aiguille	1		14(73.7)	14(66.7)	
matériels d'entretien	1		12(63.2)	11(52.4)	
groupe : ZS	1		8(42.1)	2(9.5)	
courant : ZS	1		7(36.6)	4(19)	
panneau : ZS	1		16(84.2)	15(71.4)	
robinet : ZS	1		10(52.6)	12(57.1)	
citerne	1		7(36.8)	9(42.9)	
c. Eléments de gestion et sources de financement					
dotation budgétaire de l'Etat	Oui		9(47.4)	9(42,9)	0.775
Bailleur des fonds	Oui		6 (31.58)	8 (38.1)	0.666
contribution ressources secteur	Oui				0.775
prive			9(47.4)	9(42,9)	
dépôt pharmaceutique	Oui		11(57.9)	12(57,1)	0.962
				1427(360-	
total dépenses fonctionnement			1554(200-24473)	8752)	
personne et qua A1 : ZS	-		2(1-4)	2(1-3)	
personne et qua A2 : ZS	-		2(1-4)	2(1-2)	
AccoucheuseA2 : ZS	-		1.5 (1-7)	1(1-3)	

Pour ce qui est de subvention éventuelle par aires de santé ou des recettes, remarquons que la zone de santé de Katana est plus subventionné que celle de Walungu avec une moyenne de 2378.5 dollars par aire de santé contre 660 dollars en moyenne par aire de santé à Walungu approximativement.

CHAPITRE IV. DISCUSSION

IV.1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE COMMUNAUTE

La population de Walungu semble plus jeune comparée à celle de Katana avec une médiane de 27 ± 0.43 ans contre 30 ± 0.4 ans à Walungu. L'âge moyen de la population d'étude était de 33 ± 7 ans. Cet âge moyen se rapproche de celui trouvé par Mazambi (2000) mais semble être un peu plus bas de celui trouvé au Nigeria par Uchendu (2013). Depuis le début des guerres à l'Est de la RDC, la zone de santé de Walungu continue à subir des conflits armés avec tueries. Ceci pourrait être une des raisons expliquant que la population de Walungu semble plus jeune. De même le fait d'avoir plus d'enfants de moins de 5 ans à Walungu qu'à Katana conforte que la population y soit plus jeune.

Le sexe féminin constitue la majorité de la population d'étude dans les deux zones de santé 54.4% pour Walungu et 53% pour Katana, ces données corroborent ceux des autres auteurs qui ont trouvé une prédominance féminine à Kinshasa et au Ghana (*Manzambi et al. 2000; Miller et al. 2007; Wiru et al. 2017*). Dans les deux zones près la moitié de la population était sans profession et environ 426 personnes enquêtées soit 42% de la population de Katana étaient des cultivateurs contre 257 personnes soit 32.8 % à Walungu. Ceci va à l'encontre des données de l'EDS qui estiment que plus de 70% avaient eu une activité professionnelle en 2013 (EDS 2014). Toutes fois le PNUD lui reconnaît un fort têt de chômage en RDC (*PNUD 2013*) Ces données confirment bien la pauvreté dans laquelle vit la population de façon générale.

La taille moyenne des ménages est de 6.76 ± 2.97 personnes contre 6.27 ± 2.56 personnes. Les ménages de Katana sont plus denses que ceux de Walungu ($p=0.0006 < 0.05$). Ces données rejoignent ceux de la PDSZ, la densité à Katana est de 515 habitants/ Km² contre 315 hab/ Km². Le sol riche, l'agriculture et la pêche florissante à Katana peuvent expliquer cette densité élevée tandis qu'à Walungu, la famine consécutive aurait pu entraîner un exode rural.

IV.3. Utilisation centres de santé et satisfaction des patients ayant recouru aux centres de santé

Bien que les centres de santé ait été plus utilisé à Katana qu'à Walungu, les services les plus utilisés étaient le service de consultation externe beaucoup plus à Katana (469 personnes soit 75.4%) qu'à Walungu (304 personnes soit 69.4%) suivi des consultations prénatales. Le temps mis pour atteindre le centre de santé est en moyenne de moins de 30 minutes pour plus

de 60% des personnes interrogées à Walungu qu'à Katana. Les centres de santé de Walungu sont perçus comme étant plus éloignés que ceux de Katana. De façon générale les femmes ont estimées avoir mis plus de temps à atteindre le centre que les hommes.

Les couts des soins sont jugé relativement plus cher à Walungu qu'à Katana $p=0.005 < 0,05$. Une autre raison du coût perçu élevé à Walungu, en dehors de la pauvreté liée à l'aridité du sol, pourrait être le manque des subventions et le taux de chômage élevé.

En rapport avec les services offerts, plus de 77% des personnes ayant consulté le centres de santé s'estiment satisfait des soins reçus dans les deux ZS sans différence statistiquement significative entre les deux et plus de 85% de ceux qui ont utilisé les centres de santé affirment que les CS en général sont propres. Le taux de satisfaction des enquêtées est très proche de ceux trouvés dans la littérature (*Wambua et al. 2015; Oredola and Odusanya 2017*).

Les causes de la non satisfaction par rapport au service reçu aux CS est essentiellement lié à la non-guérison, aux coûts des soins élevés, la négligence des malades observé plus à Walungu qu'à Katana, le manque de matériel et à la longue distance rapportée. Ces résultats sont très proches de ceux de la littérature car le coût des soins est la première raison évoquée sur tous les continents pour la non utilisation des centres de santé (*Oredola and Odusanya 2017; Audibert, de Roodenbeke, and Mathonnat 2003; Kloos 1990*). La régression logistique quant à elle montre qu'on est beaucoup plus satisfait des services reçus des centres de santé lorsque la distance à parcourir pour atteindre le centre de santé est moindre, lorsque les coûts ne sont pas élevés, lorsque le délai d'attente est court et lorsque la taille du ménage est inférieur à 7. Ces résultats corroborent également ceux de la littérature (*Wambua et al. 2015; Mendoza Aldana, Piechulek, and al-Sabir 2001; Ogunfowokan and Mora 2012; Daramola et al. 2017*). Dans notre étude plus le délai d'attente est élevé plus le patient est insatisfait. Si tous les auteurs sont unanimes sur le délai d'attente comme élément clé de satisfaction, la durée moyenne idéale d'attente est discutable. A Kinshasa elle a été estimé entre 15 et 50 minutes (*Tshitshi Bavuala 2010*). D'autres études cependant, ont recommandé d'améliorer la qualité du temps d'attente, ils préconisent de prévenir à l'avance les patients d'un retard éventuel et surtout d'occuper ces temps d'attente (*Eilers 2004; K. V. Rondeau 1998; Bar-dayan et al. 2002; Sherwin et al. 2013*). La pratique médicale étant jonchée d'imprévus et des urgences à gérer, manager la réception des malades ambulatoires peut poser problème il sera important de bien de prévenir à l'avance les patients du retard éventuel dès leur réception, et de les occuper en attendant le moment de la consultation (télévision magazine etc,...). Les études ont montré que les patients prévenus dès leur arrivée d'un retard éventuel étaient plus satisfaites des soins

pour un délai d'attente long que ceux qui n'étaient pas informés pas à l'avance (*Eilers 2004; Kent V. Rondeau 1998*).

Cependant, la régression logistique montre que la fréquentation des centres de santé par rapport aux services reçus est fonction de la zone de santé. A Walungu, le niveau d'étude universitaire et le sexe (féminin) a montré un effet indépendant sur la probabilité de l'utilisation du CS à Walungu tandis que seul le niveau d'étude avait un effet indépendant sur la fréquentation des centres de santé à Katana. Aucune raison évidente de cet écart mais la population de Walungu étant plus jeune, les femmes jeunes en âge de procréation nombreuses on peut supposer qu'ils utilisent plus les centres pour la maternité, les CPN, CPS ou CPON

En résumé, en comparant les deux zones de santé il ressort le lieu de premier recours pour les soins à Katana aussi bien qu'à Walungu est le centre de santé bien que les centres de santé de Katana soient plus fréquentées que ceux de Walungu. Les centres de santé de Walungu sont jugés plus chers et plus éloignés que ceux de Katana. Les hôpitaux sont le deuxième lieu de recours majoritairement utilisés à Walungu qu'à Katana. La population de Walungu et de Katana recourant aux hôpitaux en première intention affirment y être plus en confiance tandis la confiance en la structure et être plus proches de l'hôpital que toute autre structure.

Pour les déterminants de la fréquentation des centres de santé de deux zones de santé, le niveau d'étude est le facteur indépendamment liée à la fréquentation à Katana tandis qu'à Walungu le niveau d'étude universitaire et le sexe sont déterminants. L'âge, la taille du ménage, la profession ne semblent pas influencer sur elle. Les déterminants de la satisfaction quant aux services rendus sont les mêmes dans les deux zones de santé. Il s'agit de la distance/ temps mis pour atteindre la structure, du délai d'attente, de la taille du ménage et du coût des soins. Il a été par ailleurs noté qu'un accouchement récent dans les deux zones était un facteur prédictif indépendamment associée à la satisfaction quant aux services reçus dans les centres de santé.

IV.4. A propos des centres de santé

Les résultats obtenus aux centres de santé montrent que de façon générale, le paquet minimal d'activités (préventif, curatif, promotionnelle) est couvert par la majorité des structures. Les soins de santé primaires sont certes disponibles dans toutes les structures mais le paquet n'est pas complet partout. Pour certains matériels dont les thermomètres et tensiomètres il a été constaté que certaines structures n'en avaient pas. Souvent ce sont des matériels appartenant aux individus qu'à la structure.

Les soins materno-infantiles semblent tout de même disponibles dans toutes les structures. Les centres de santé n'offrant pas d'accouchement eutocique par exemple dans la zone de

Katana sont souvent logés soit dans un hôpital soit dans un centre de santé de référence à une exception près. Les recettes au niveau des centres sont vraiment faibles et la zone de Walungu semble être moins fournie. Ceci peut d'une certaine manière expliquer que le coût soient jugés plus cher à Walungu qu'à Katana. Il y a encore beaucoup d'efforts à fournir pour pouvoir rapprocher des soins de qualité avec PMA complet dans toutes les structures existant avant de penser éventuellement à multiplier les structures. L'aspect de ressources humaines n'a pas été abordé ici dans cette partie.

IV.5.Limites du travail

Cette étude dont la première partie est de type comportementale n'a pas pu explorer tous les déterminants de l'utilisation des structures des soins. Elle n'a pas pu tenir compte de la qualité réelle effective des services offerts ni déterminer les types des maladies qui ont motivé le recours aux différentes structures des soins par zones de santé. De même faute de temps et des moyens il n'a pas été possible de chercher les raisons qui font que certaines structures soient plus équipées et offrent un paquet complet que d'autres.

CHAPITRE V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

V.1. CONCLUSION

Etudier d'un côté la partie offrant les soins et de l'autre la partie demanderesse des soins a été un atout de cette étude et a permis de ressortir les conclusions suivantes :

- La majorité de la population recourt aux centres de santé en premier recours lors d'un épisode maladie bien que ce pourcentage reste peu élevé en milieu rural où le centre de santé devait constituer le premier recours en cas de maladie.
- Les centres de santé de Katana sont plus fréquentés que ceux de Walungu.

- Les patients qui recourant aux hôpitaux au lieu d'aller au centre de santé pour raison de confiance et parce que c'est proche de leurs domiciles
- Les chambres de prière, les tradipraticiens sont préféré pour raison de rapidité des services et du faible coût quant aux structures privés elles sont préférés en raison d'un abonnement
- Le niveau d'étude et le sexe (féminin) ont montré un effet indépendant sur la probabilité de l'utilisation des CS à Walungu tandis qu'à Katana seul le niveau d'étude était décisif
- La probabilité pour d'être satisfaits par les utilisateurs des soins dans les deux zones de santé étaient fonction de la distance parcouru, du délai d'attente à la consultation, la propreté et d'un accouchement récent dans la famille. Les restes des facteurs (le sexe, l'âge) ne modifiaient pas de façon significative cette probabilité.
- Les mêmes facteurs influencent l'utilisation et la satisfaction des services rendus au niveau des centres de santé dans les zones de santé de Walungu et de Katana.

Il ressort que pour satisfaire la totalité des patients consultants il faudra agir sur les déterminants modifiables.

IV.2. RECOMMANDATIONS

La santé de la communauté étant une affaire de tous, elle suppose l'implication des tous les acteurs

1. Aux autorités politico-administratives :
 - De mettre en application la politique sanitaire de santé et d'accompagner le niveau périphérique dans la mise en application
 - De doter les centres de santé des équipements et matériels nécessaires

- Aménager les routes et mettre à disposition des populations de moyens de transport public
 - De réguler les acteurs intervenant dans les secteurs informels de prise en charge afin d'intégrer ceux qui peuvent être utile
 - Capitaliser les résultats des recherches
 - Renforcer le paquet minimal d'activités dans les centres de santé
 - Redynamiser les systèmes d'assurances maladies pour réduire les coûts des soins
2. Aux personnels soignants des zones de santé
- Recevoir les patients dans les 30 minutes de son arrivée serait un idéal et à la limite dans les 50 minutes
 - Informer les patients des retards éventuels dans la consultation et rendre agréable le temps d'attente les cas échéant
 - Bien gérer les matériels et équipement leur remis
 - Garder ou conserver la propreté des centres de santé
 - Ne pas « négliger » les malades car la négligence a été reportée comme raison de non satisfaction dans la fréquentation des centres de santé.
 - Intégrer la satisfaction des utilisateurs des soins dans l'évaluation qualitative de leurs centres avec leurs différents partenaires
3. Aux chercheurs

Persévérer ans la recherche pour permettre d'améliorer la qualité d'offres des soins

4. A la communauté

La santé pour tous implique leur participation pour améliorer prendre le temps de dialoguer avec les décideurs pour qu'elle puisse réellement s'approprier les soins aux centres de santé dont le but premier est de rapprocher les soins de qualité à la population.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Akin, J. S., D. K. Guilkey, and E. H. Denton. 1995. "Quality of Services and Demand for Health Care in Nigeria: A Multinomial Probit Estimation." *Social Science & Medicine* (1982) 40 (11):1527–37.
- Amidou Baba-Moussa, Saidou Pathé, and Barry Kandjoura Dramé. 2012. "Renforcement Des Systèmes de Santé Dans Les Pays de La Région Africaine de l'OMS : Répondre Au Défi." *African Health Observatory*.
<https://www.who.int/fr/ahm/issue/14/reports/renforcement-des-syst%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-dans-les-pays-de-la-r%C3%A9gion-africaine-de-l>.
- Andersen, Ronald, and John F Newman. 2005. "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States." *The Milbank Quarterly* 83 (4).
<https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x>.

- Audibert, Martine, Marie-Claire Henry, Jacky Mathonnat, and NZEYIMANA. 1998. "The Determinants of Health Care Demand amongst the Senoufo of the Côte d'Ivoire." 199817. Working Papers. CERDI. <https://ideas.repec.org/p/cdi/wpaper/85.html>.
- Audibert, Martine, Eric de Roodenbeke, and Jacky Mathonnat. 2003. *Le Financement de La Santé Dans Les Pays d'Afrique et d'Asie à Faible Revenu*. KARTHALA Editions.
- Bar-dayan, Yaron, Adi Leiba, Yuval Weiss, Judith S. Carroll, and Paul Benedek. 2002. "Waiting Time Is a Major Predictor of Patient Satisfaction in a Primary Military Clinic." *Military Medicine* 167 (10):842–45.
- Bojar, Iwona, Tomasz Ostrowski, and Rafał Sapuła. 2002. "[Patients' satisfaction with primary health care services]." *Wiadomosci Lekarskie (Warsaw, Poland: 1960)* 55 Suppl 1:54–60.
- Clotide MAGNE. 2012. "Memoire Online - Etude Des Facteurs Entravant La Bonne Fréquentation Des Structures Sanitaires En Milieu Rural. Cas Du CMA de Kongso Bafoussam III -." Memoire Online. 2012. http://www.memoireonline.com/09/13/7368/m_Etude-des-facteurs-entravant-la-bonne-frequentation-des-structures-sanitaires-en-milieu-rural-Cas5.html.
- Daramola, OE, WE WE, Adeyinka Adeniran, and Tanimola Akande. 2017. "Evaluation of Patients' Satisfaction with Services Accessed under the National Health Insurance Scheme at a Tertiary Health Facility in North Central, Nigeria." *Journal of Community Medicine and Primary Health Care* 29 (March):11–17.
- Donabedian, A. 1988. "The Quality of Care. How Can It Be Assessed?" *JAMA* 260 (12):1743–48.
- Eilers, Gayleen M. 2004. "Improving Patient Satisfaction with Waiting Time." *Journal of American College Health: J of ACH* 53 (1):41–43. <https://doi.org/10.3200/JACH.53.1.41-48>.
- Ellis, R. P., D. K. McInnes, and E. H. Stephenson. 1994. "Inpatient and Outpatient Health Care Demand in Cairo, Egypt." *Health Economics* 3 (3):183–200.
- Fenny, Ama P., Felix A. Asante, Ulrika Enemark, and Kristian S. Hansen. 2014. "Treatment-Seeking Behaviour and Social Health Insurance in Africa: The Case of Ghana under the National Health Insurance Scheme." *Global Journal of Health Science* 7 (1):296–314. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n1p296>.
- Green, L. A., G. E. Fryer, B. P. Yawn, D. Lanier, and S. M. Dovey. 2001. "The Ecology of Medical Care Revisited." *The New England Journal of Medicine* 344 (26):2021–25. <https://doi.org/10.1056/NEJM200106283442611>.
- Kalambayi, Ntembwa Hyppolit, and Wim Van Leberghe. 2015. "Improving Health System Efficiency: Democratic Republic of Congo Improving Aid Coordination in the Health Sector." WHO.
- Karemere, Hermès. 2015. "Politiques, Organisation, Structures et Régulation Des Systèmes de Santé." Notes des cours Master en Santé Publique/ ERSP UCB.
- Kloos, H. 1990. "Utilization of Selected Hospitals, Health Centres and Health Stations in Central, Southern and Western Ethiopia." *Social Science & Medicine (1982)* 31 (2):101–14.
- Kurpas, Donata, and Andrzej Steciwko. 2002. "[Quality of primary health care and patients' satisfaction]." *Wiadomosci Lekarskie (Warsaw, Poland: 1960)* 55 Suppl 1:301–4.
- Li, Yan-Ning, Dong-xiao Nong, Bo Wei, Qi-Ming Feng, and Hong-ye Luo. 2016. "The Impact of Predisposing, Enabling, and Need Factors in Utilization of Health Services among Rural Residents in Guangxi, China." *BMC Health Services Research* 16 (October). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1825-4>.
- Manzambi, J. K., V. Tellier, F. Bertrand, A. Albert, J. Y. Reginster, and H. Balen. 2000. "Les Déterminants Du Comportement de Recours Au Centre de Santé En Milieu Urbain Africain: Résultats d'une Enquête de Ménage Menée à Kinshasa, Congo." *Tropical Medicine & International Health* 5 (8):563–70. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.2000.00588.x>.
- Marcellini, Anne, Jean-Philippe Turpin, Yannick Rolland, and Sébastien Ruffié. 2000. "Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine." *Corps et culture*, no. Numéro 5 (February). <https://corpsetculture.revues.org/710>.

- Mariko, Mamadou. 2003a. "Quality of Care and the Demand for Health Services in Bamako, Mali: The Specific Roles of Structural, Process, and Outcome Components." *Social Science & Medicine (1982)* 56 (6):1183–96.
- Roles of Structural, Process, and Outcome Components." *Social Science & Medicine (1982)* 56 (6):1183–96.
- Mbeva, Jean Bosco Kahindo, Hermès Karemere, Carole Schirvel, and Denis Porignon. 2014. "Rôles exercés par le Niveau intermédiaire du système sanitaire en République démocratique du Congo : représentations des acteurs, Stakeholder representations of the role of the intermediate level of the DRC health system." *Santé Publique* 26 (5):685–93. <https://doi.org/10.3917/spub.145.0685>.
- Mendoza Aldana, J., H. Piechulek, and A. al-Sabir. 2001a. "Client Satisfaction and Quality of Health Care in Rural Bangladesh." *Bulletin of the World Health Organization* 79 (6):512–17.
- "Microsoft Word - Almaata_declaration_en.Doc - Almaata_declaration_en.Pdf." n.d. Accessed November 6, 2017. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
- Miller, Maria, Piotr Supranowicz, Anita Gebaska-Kuczerowska, and Justyna Car. 2007a. "[Evaluation of patients' satisfaction level as a part of the quality of primary health care functioning]." *PolSKI Merkurysz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego* 23 (137):367–70.
- Ministère de la santé. 2002. "Normes sanitaires de la Zone de santé." Ministère de la Santé RDC.
- Ministère de la santé Publique. 1999. "RECUEIL DES NORMES SANITAIRES DE LA RDC - RECUEIL DES NORMES SANITAIRES.Pdf." Elaboré avec l'appui de la coopération italienne, PNUD, OMS. <http://www.minisanterdc.cd/Articles/Reformesanitaire/RECUEIL%20DES%20NORMES%20SANITAIRES.pdf>.
- Ministère de la Santé Publique BCZ Katana. 2015. "Plan de Développement de La Zone de Santé (PDSZ) de Katana."
- Ministère de la Santé Publique BCZ Walungu. 2015. "Plan de Développement de La Zone de Santé (PDSZ) de Walungu."
- Ministère de la santé RDC. 2012. "Normes et Directives Relatives Aux Interventions à Base Communautaire Pour La Santé de La Mère, Du Nouveau-Né et de l'enfant."
- Ministère de la santé RDC, SRSS. 2006. "Stratégie de Renforcement Du Système de Santé (SRSS), 2006." www.minisanterdc.d.
- Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé, EDS, and Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé. 2014. *République Démocratique Du Congo Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC) 2013-2014.Pdf*. Rockville, Maryland. USA. <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR300/FR300.pdf>.
- Nzapayake, AW. 1997. "Les Centres de Santé Communautaires Au Mali, Résultats de l'enquête Auprès Des Bénéficiaires, Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale." Ministère de la santé, Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale.
- Oakley, Peter, and World Health Organization. 1989. "L' Engagement Communautaire Pour Le Développement Sanitaire : Analyse Des Principaux Problèmes." <http://www.who.int/iris/handle/10665/41698>.
- Ogunfowokan, Oluwagbenga, and Muhammad Mora. 2012. "Time, Expectation and Satisfaction: Patients' Experience at National Hospital Abuja, Nigeria." *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine* 4 (1). <https://doi.org/10.4102/phcfm.v4i1.398>.
- Oredola, A. S., and O. O. Odusanya. 2017a. "A Survey of the Perception of the Quality of and Preference of Healthcare Services amongst Residents of Abeokuta South Local Government, Ogun State, Nigeria." *Nigerian Journal of Clinical Practice* 20 (9):1088–97. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_228_16.
- Pilipili, Paul Hangi, and Munyanga. 2014. "Financement Base Sur Les Resultats | Ministere de La Sante Publique." <http://www.fbrsanterdc.cd/documents/item/103.html>.
- PNUD. 2013. "A Propos de La RDC." Le PNUD En République Démocratique Du Congo. 2013. <http://www.cd.undp.org/content/rdc/fr/home/countryinfo.html>.

- Rahman, M. M., M. Shahidullah, M. Shahiduzzaman, and H. A. Rashid. 2002. "Quality of Health Care from Patient Perspectives." *Bangladesh Medical Research Council Bulletin* 28 (3):87–96.
- Rondeau, K. V. 1998. "Managing the Clinic Wait: An Important Quality of Care Challenge." *Journal of Nursing Care Quality* 13 (2):11–20.
- Rondeau, Kent V. 1998. "Managing the Clinic Wait: An Important Quality of Care Challenge." *Journal of Nursing Care Quality* 13 (2):11–20.
- Rust, George, George E. Fryer, Robert L. Phillips, Elvan Daniels, Harry Strothers, and David Satcher. 2004. "Modifiable Determinants of Healthcare Utilization within the African-American Population." *Journal of the National Medical Association* 96 (9):1169–77.
- Sayinzoga, Felix, and Leon Bijlmakers. 2016. "Drivers of Improved Health Sector Performance in Rwanda: A Qualitative View from Within." *BMC Health Services Research* 16 (April):123. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1351-4>.
- Sherwin, Heather N., Megan McKeown, Michael F. Evans, and Onil K. Bhattacharyya. 2013. "L'«attente» Dans La Salle d'attente." *Canadian Family Physician* 59 (5):e222–24.
- Stock, R. 1983. "Distance and the Utilization of Health Facilities in Rural Nigeria." *Social Science & Medicine* (1982) 17 (9):563–70.
- Thacker, S. B., S. B. Greene, and E. J. Salber. 1977. "Hospitalizations in a Southern Rural Community: An Application of the 'Ecology Model.'" *International Journal of Epidemiology* 6 (1):55–63.
- Tizio, Stéphane, and Yves-Antoine Flori. 1997. "L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ?" *Tiers-Monde* 38 (152):837–58. <https://doi.org/10.3406/tiers.1997.5199>.
- Tshitshi Bavuala, Dieudonné. 2010. "Les Déterminants Du Délai de Prise En Charge Aux Urgences Dans Les Hôpitaux de Kinshasa: Cas de La Clinique Bondeko, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Hôpital Saint Joseph." *Memoire Online*. https://www.memoireonline.com/11/13/7870/m_Les-determinants-du-delai-de-prise-en-charge-aux-urgences-dans-les-hpitaux-de-Kinshasa-cas-de-l14.html.
- Uchendu, O. C., O. S. Ilesanmi, and A. E. Olumide. 2013. "Factors Influencing the Choice of Health Care Providing Facility among Workers in a Local Government Secretariat in South Western Nigeria." *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine* 11 (2):87–95.
- Vialle-Valentin, Catherine E., Dennis Ross-Degnan, Joseph Ntaganira, and Anita K. Wagner. 2008. "Medicines Coverage and Community-Based Health Insurance in Low-Income Countries." *Health Research Policy and Systems* 6 (October):11. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-6-11>.
- Wambua, Jonesmus Mutua, Regina Mbayaki, Paul Musya Munyao, Mark Mugo Kabue, Rose Mulindi, Patrick Mose Change, Rudia Ikamati, et al. 2015. "Client Satisfaction Determinants in Four Kenyan Slums." *International Journal of Health Care Quality Assurance* 28 (7):667–77. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-12-2014-0110>.
- White, K. L., T. F. Williams, and B. G. Greenberg. 1961. "The Ecology of Medical Care." *The New England Journal of Medicine* 265 (November):885–92. <https://doi.org/10.1056/NEJM196111022651805>.
- WHO. 2012. "Health Systems in Africa: Community and Perspectives." The Report of Multi-country study. Wakefield UK: Regional office for Africa.
- Wiru, Kenneth, Akwasi Kumi-Kyereme, Emmanuel N. Mahama, Seeba Amenga-Etego, and Seth Owusu-Agyei. 2017a. "Utilization of Community-Based Health Planning and Services Compounds in the Kintampo North Municipality: A Cross-Sectional Descriptive Correlational Study." *BMC Health Services Research* 17 (September):679. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2622-4>.

ANNEXES

Fiche de collecte des données : Cartes géographiques (Sud-Kivu, ZS de Walungu, ZS de Katana), questionnaires d'enquête

ZONE DE SANTE DE WALUNGU

