

DETERMINANTS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES MENAGES DU DISTRICT DE RUBAVU

M. MUNYAMAHORO^{1,*}, J. NTAGANIRA²

¹Management Sciences for Health

²National University of Rwanda School of Public Health

RESUME

L'utilisation des services de santé de base est l'un des facteurs clefs favorisant une meilleure santé des populations. Conceptuellement, si la qualité des services est l'une des explications du niveau d'utilisation, cette étude a essayé de montrer aussi l'importance d'un ensemble d'autres facteurs qui devraient être pris en compte pour améliorer la fréquentation des services de santé.

Les résultats de cette étude indiquent que pour le dernier épisode de maladie, plus de 92% des malades ont recouru à différentes structures des soins modernes et 7,4% ont fait recours à la médecine traditionnelle.

Pour la santé maternelle, l'utilisation des méthodes contraceptives est de 29.5% et 73% d'accouchements ont été assistés par un personnel qualifié. Parmi les 96% des femmes qui ont consulté les services de CPN pendant la grossesse, seulement 24% ont complété les quatre visites standards de CPN. Enfin, les résultats de cette étude montrent que l'utilisation des services de santé par les ménages du District de Rubavu est fonction de différents facteurs liés tant à l'individu (âge, sexe, niveau d'études du chef de ménage...) qu'à l'environnement. Cette étude suggère enfin que des études approfondies d'envergure nationale soient envisagées pour s'enquérir de la situation, car très peu d'études y relatives ont été conduites.

Mots-clés: Utilisation des services de santé - Rubavu - Ménage - utilisation des méthodes contraceptives

ABSTRACT

The utilization of basic Health services in Rwanda is one of the key factors that lead to better health for its population. Even if the quality of services is known to be the main explanation of the level of services utilization, this study shows the importance of some other factors which should be considered to raise the health services utilization level. This study's results show that, for the last episode of illness, more than 92 % of patients have been consulted by different modern health structures and 7.4% by the traditional healer. For the maternal health, the use of the contraceptive methods is 29.5 % and 73 % of delivery were assisted by a qualified personnel. Among the 96 % of the women who consulted the antenatal care services during the pregnancy, only 24 % completed the four standard visits of antenatal care.

Finally, the results of this study show that the use of health services by the households of Rubavu District depends on various factors connected both to the individual (age, sex, level of education of the domestic leader) and to the environment. When concluding, this study suggests in-depth similar studies to be conducted on national level, as there are not enough studies conducted in the same area.

Keywords: Health services Utilization - Rubavu - Households - Use of contraceptive methods - maternal health

INTRODUCTION

L'utilisation des services de santé de base est l'un des facteurs clefs favorisant une meilleure santé des populations. La littérature indique que l'analyse des déterminants de la demande de soins est extrêmement importante pour la formulation de politiques et de stratégies dans le secteur de la santé mais aussi assurer une utilisation effective des services et d'améliorer la qualité des services. Elle est aussi importante pour concevoir des stratégies capables d'assurer la soutenabilité du financement d'un programme de santé (Ref.internet). Comme dans la plupart des pays africains, dès la fin des années 70 avec la crise de la dette et au cours des années 80 qui ont été caractérisées par une faible progression des indicateurs de sante, s'est mis en place l'idée que la décentralisation des soins pouvait représenter une partie de la solution. C'est ainsi que le Rwanda a adopté la

stratégie des soins de santé primaire afin de promouvoir la santé de sa population. En 1995, dans le but de promouvoir des soins de qualité, acceptables et accessibles à la population, le pays a procédé à la réforme du système de santé, conformément à la déclaration de Lusaka, qui fut adopté par le Gouvernement d'Union nationale en 1996 [1]. Actuellement, dans le but d'assurer l'accès du peuple rwandais à une vie saine et lui permettre d'être socialement et économiquement productif, le gouvernement a mis en place la politique et continue de promouvoir les initiatives mutualistes afin de garantir l'équité dans la distribution des soins et des services de santé, la solidarité communautaire, ipso facto l'accessibilité financière aux soins de santé [2].

Cependant, l'augmentation considérable d'efforts fournis par le Gouvernement rwandais en concertation avec ses partenaires dans la promotion des services de santé, semble ne pas augmenter considérablement le taux d'utilisation des services curatifs dont la moyenne nationale était de 0.38 par habitant par an en 2004 [3]. Dans le cadre de la promotion des accouchements assistés, l'EDSR-

*Correspondence to:

Moses Munyamahoro
Management Sciences for Health (MSH)
Munymoses@yahoo.fr
+250 78 830 40 24

III indique que seulement 39% des naissances ont été assistées par du personnel de santé. Seulement 17% de femmes en union utilisent soit une méthode moderne de contraception, soit une méthode traditionnelle [4].

Dans le district de Rubavu, le rapport annuel 2006 du SIS indiquait que le taux de consultation curative dans les Formations sanitaires était de 46% [5]. En effet, dans ce district, l'accessibilité géographique aux soins reste un problème important car sur les 12 secteurs qui composent ledit district, 5 ne disposent pas de FOSA ni agréées ni publiques et il importe de rappeler que l'actuel secteur administratif (Umurenge) couvre une superficie relativement supérieur à ce qu'il en était avant l'instauration du processus de décentralisation en cours au Rwanda. Cependant, bien qu'il y ait eu plusieurs investigations sanitaires dans le pays, les déterminants de l'utilisation des services de santé restent moins documentés, plus particulièrement dans le district de Rubavu. Par ailleurs, jusqu'à présent, l'utilisation des services de santé par la population présentée dans différents rapports des services fait allusion à l'utilisation globale sans spécifier le type des services.

Dans cette étude, nous avons cherché à comprendre si la population du District de Rubavu utilise les services de santé modernes disponibles et à évaluer les facteurs qui poussent la population à utiliser les services de consultations primaires curatives ainsi que les services de santé maternelle afin d'identifier les différentes barrières qui empêchent la population de les utiliser au maximum.

METHODES

Cette étude de type transversal à visée descriptive a été réalisée à l'aide d'un questionnaire administré auprès des ménages par des enquêteurs sur un échantillon tiré des ménages des 12 secteurs du district de Rubavu. Le questionnaire a été administré par une équipe d'enquêteurs préalablement formés. La collecte des données s'est déroulée pendant le mois d'août 2007. Deux services ont été concernés par cette étude: les consultations primaires curatives et la santé maternelle.

Méthodologie proprement dite

Pour déterminer le taux d'utilisation des services de santé, nous avons procédé comme suit:

Consultation curative : a été considéré comme ayant utilisé les services, tout ménage ayant envoyé ou amené son patient dans une structure sanitaire moderne, à savoir les formations sanitaires publiques, agréées, privées lors du dernier épisode de maladie soignée. Pour les données relatives aux attitudes et pratiques des ménages en cas de maladie, tout ménage dont le premier recours en cas de maladie est la structure des soins modernes a été considéré comme ayant de bonnes pratiques.

Santé maternelle:

- Soins Périnataux: A été considérée comme avoir utilisé les services de CPN toute femme qui a consulté les CPN au moins une fois au cours de sa dernière grossesse. Cependant, était considérée comme bonne utilisatrice des services de CPN toute femme qui a complété les 4 visites standards des CPN au cours de sa dernière grossesse.
- Accouchement assisté : seul l'accouchement qui a eu lieu dans une FOSA ou à l'hôpital, était considéré comme assisté par un personnel de santé qualifié.
- Utilisation des méthodes de contraception : tout ménage ayant déclaré utiliser une méthode contraceptive pendant la période de l'enquête.

Echantillonnage

Le district de Rubavu a une population de 303.549 habitants. L'étude a concerné les chefs de ménages, seuls susceptibles de détenir toutes les informations recherchées. Cependant, ces derniers étaient assistés par leurs conjointes en cas de nécessité. Un échantillon de 400 ménages a été tiré selon la formule suivante:

$$n = \frac{Z^2 p.q}{d^2}$$

n= Echantillon

p: Proportion de la population qui n'utilise pas les services de santé = 0.54

q: proportion de la population qui utilise les services de santé dans le district de Rubavu =0.46

Z=Niveau de confiance de 95% (1,96) ou risque d'erreur (5%)

d=précision voulue de 5%

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot (0,54) \cdot (0,46)}{(0,05)^2} = 366$$

En appliquant cette formule, l'échantillon obtenu est de 366 ménages. Cependant, pour pallier au risque de non-réponses, cet échantillon a été ramené à 400 ménages. Pour remplacer les non-répondants, l'enquêteur prenait également le ménage suivant. Ainsi, un échantillonnage en grappes à 3 degrés a été réalisé. Au total 36 grappes ont été tirées aléatoirement. Par grappe sélectionnée, un tirage aléatoire de 11 à 12 ménages a permis d'avoir un échantillon total de 400 ménages.

La collecte des données

L'équipe d'enquêteurs identifiait d'abord le lieu central de la grappe (marché, centre de santé, église, école...). Ensuite, la direction à prendre dans le village et le choix du premier ménage étaient déterminés de manière aléatoire. Dès que le premier ménage était terminé, l'enquêteur allait dans le ménage le plus proche toujours dans la même direction. Il procédait ainsi de proche en proche jusqu'à compléter le nombre de ménages prévus pour la grappe. Quand il n'y avait pas suffisamment de ménages dans la direction

prise, l'équipe devait répéter le même exercice de tirage aléatoire dans une autre direction.

Analyse des données

Pour comparer la différence entre les variables dépendantes de l'étude et les variables indépendantes nous avons utilisé le test χ^2 . Les résultats ont été considérés comme significatifs au niveau de confiance de 5% ($p < 0.05$). Aussi, le modèle de régression logistique a été utilisé pour apprécier l'influence des différentes variables indépendantes par rapport aux variables dépendantes.

Considérations éthiques

Pour répondre aux considérations éthiques, nous avons demandé et reçu l'accord des autorités administratives du district et celui des responsables des Formations sanitaires. La participation à l'enquête était volontaire et anonyme, et la collecte des données se déroulait dans la stricte confidentialité.

RESULTATS

Caractéristiques sociodémographiques des sujets de l'étude

Les caractéristiques socio-démographiques des sujets de l'étude sont présentées dans le tableau 1. En effet, dans les ménages enquêtés, la population féminine représente 53,0% (n=2060) contre 47,0% de sexe masculin. Dans l'ensemble, 73,8% des ménages sont composés de 6 personnes alors que pour 26,2% d'entre eux, le nombre de personnes est supérieur à 6 membres. La taille moyenne du ménage est de 5,1 personnes (ET \pm 2,37). Quant à l'âge des chefs de ménages, les moins de 20 ans représentent 1,8%, la tranche d'âge de 21-50 ans représente 77,5% et 20,7% ont plus de 50 ans. L'âge moyen des chefs de ménages est de 39 ans \pm 12,4 ans.

Au sujet du sexe du chef de ménage, 24,3% des ménages sont dirigés par des femmes versus 75,7% dirigés par les hommes, 18,75% des ménages sont dirigés par les veufs/veuves, 72,7% des chefs de ménages sont mariés alors que 6% sont célibataires.

Quant au niveau d'études, 18,5% ont terminé l'enseignement secondaire et poursuivent ou ont terminé les études universitaires, 32,8% ont terminé l'enseignement primaire et professionnel et 48,8% des chefs de ménages n'ont aucun niveau d'étude. Notons que 45,4% des femmes chefs de ménage (n=97) n'ont jamais été à l'école.

L'agri-élevage constitue l'occupation principale pour la majorité des chefs de ménages (57,8%), 21,5% exercent un travail rémunéré, 12,0% sont sans travail connu et

8,7% exercent le commerce et l'artisanat. Le revenu mensuel moyen des ménages est de 28 801 frw par mois (soit 50\$ US). Notons que 40% de ménages enquêtés ont déclaré ne pas connaître leur revenu mensuel.

Le résultat de cette étude montre que 75,2% des ménages enquêtés sont situés dans les zones des FOSA publiques versus 24,8% des FOSA agréées.

Tableau 1. Caractéristiques socio- démographiques des ménages enquêtés

Variables (n=400)	Fréquence	%
Composition du ménage par tranches d'âge		
0 - 4 ans	418	20,3
5 - 14 ans	590	28,6
15- 50 ans	898	43,6
+ de 50 ans	154	7,5
Taille du ménage		
≤ 6 personnes	295	73,8
> personnes	105	26,2
Age du chef de ménage		
≤ 20 ans	7	1,8
21-50 ans	310	77,5
>50 ans	83	20,7
Sexe du chef de ménage		
Masculin	303	75,7
Féminin	97	24,3
Etat matrimonial du chef de ménage		
Célibataire	24	6,0
Marié	291	72,75
Séparé/Divorcé	10	2,50
Veuf (ve)	75	18,75
Niveau d'études du chef de ménage		
Enseignement primaire fréquenté+ Sans Ecole	195	48,8
Enseignement primaire terminé et +	131	32,8
Enseignement secondaire et Universitaire	74	18,5
Profession du chef de ménage		
Agri-éleveur	231	57,8
Commerçants/artisans	35	8,7
Travail rémunéré	86	21,5
Sans travail connu	48	12,0
Revenu mensuel du ménage en frw (n=240)		
≤ 28801	161	67,1
>28801	79	32,9

Utilisation des services de consultations primaires curatives

Sur les 400 ménages enquêtés, 49,0% ont déclaré avoir eu au moins un malade dans les 30 jours qui ont précédé l'enquête : Notons que 35,7% d'entre eux ont l'âge compris entre 0 et 4 ans (tableau 2). Dans l'ensemble, 89,8% des malades ont eu recours aux soins lors du dernier épisode morbide. Ceux qui n'ont pas cherché les soins (10,2%) évoquent principalement les raisons financières. Parmi les malades qui ont cherché les soins, plus de 88% ont eu recours aux structures de soins modernes lors du dernier épisode morbide et 7,4% de malades ont eu recours à la thérapie traditionnelle.

Tableau 2. Fréquentation des services de soins selon l'âge et sexe du malade, la perception face à la maladie, le statut de la FOSA et appartenance aux mutuelles de santé.

Variables	Effectifs des sujets	Recours aux soins (pourcentage)	χ^2	p	Décision
Age du malade le plus récent (années)					
De 0 à 4 ans	70	91.4 (64)	1.519	0.678	NS
De 5 à 14 ans	49	85.7 (42)			
De 15 à 50 ans	59	89.7 (53)			
> 50 ans	18	94.4 (17)			
Total	196	89.8 (176)			
Sexe du malade le plus récent					
Masculin	88	94.3 (83)	3.564	0.047	*
Féminin	108	86.1 (93)			
Total	196	89.8 (176)			
Perception face à la maladie					
Grave	78	91.0 (71)	0.214	0.42	NS
Peu grave	118	89.0 (105)			
Total	196	89.8 (176)			
Statut de la FOSA					
Public	144	89.6 (129)	0.027	0.55	NS
Agrée	52	90.4 (47)			
Total	196	176 (89.8)			
Membre de mutuelle de santé					
Oui	136	93.4 (127)	6.23	0.015	*
Non	60	81.7 (49)			
total	196	89.8 (176)			

*Significatif

() Entre parenthèse = nombre de malades ayant eu recours aux services de santé

Pour atteindre la structure de soins, 68,7% des malades ont fait moins d'une heure de marche, 31,3% ont fait plus d'une heure. Parmi les malades qui ont eu recours aux soins, 53% sont de sexe féminin contre 47% de sexe masculin.

Quant à l'accueil par le personnel des FOSA, plus de 80% 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.

Le paludisme est cité par 30,4% des malades comme raison de consultation, 24% évoquent les maladies diarrhéiques, 16,8% évoquent les IVR et 28,3% évoquent d'autres types de maladies. Quant à l'état de la maladie, 40% des ménages ayant connu un épisode de maladie dans la période considérée déclarent que l'état du malade était grave. Dans l'ensemble, 30,0% des malades attendent que leur état de maladie soit grave pour décider d'avoir recours aux soins, la distance entre la FOSA et le ménage étant la raison majeure du choix de la FOSA pour 66,9% des ménages. Pour d'autres, la disponibilité des services (34,4%), la bonne qualité des services (27,6%) ainsi que le coût des soins constituent les raisons primordiales du choix de la structure des soins. Le non recours aux services de santé est pour 30% des participants liée au fait qu'ils considèrent que leur maladie n'est pas grave, tandis que 70% évoquent le manque d'argent.

Utilisation des méthodes contraceptives, les soins prénatals et l'accouchement assisté

Le tableau 3 montre que les méthodes contraceptives

sont connues par 78,3% des enquêtés alors que leur taux d'utilisation n'est que de 29.5%.

Tableau 3. Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives

Méthodes contraceptives	Connaissance (n=309)		Utilisation (n=118)	
	Fréquence	%	Fréquence	%
Pilule	221	75,5	24	20,3
Injectables	208	67,3	34	28,8
DIU	14	4,5	2	1,6
Préservatif	103	33,3	13	11,0
Ligature des trompes	44	14,2	2	1,6
Vasectomie	8	2,5	1	0,8
Coït interrompu /abstinence périodique	61	19,7	21	17,8
Implant	49	15,8	4	3,3
Allaitement maternel	37	11,9	17	14,4
Collier	32	10,3	5	4,2

Parmi les 400 ménages sélectionnés, seuls 100 ménages, ont déclaré avoir eu une naissance au cours des 12 derniers mois. Les résultats ont montré que 73% des accouchements étaient assistés par un personnel qualifié alors que 29% d'entre eux étaient non assistés et se sont déroulés en dehors d'une formation sanitaire. Parmi ceux-ci, 8 cas (soit 29,6%) sont survenus en cours de route vers les FOSA. Par ailleurs, de toutes les femmes qui ont accouché, 96% avaient suivi les séances de CPN dont seulement 24,0% ont complétés les 4 visites standards de CPN.

Il a été établi que 29,5% des ménages utilisent une méthode contraceptive. Cette variable a été analysée par rapport aux caractéristiques socio-démographiques des ménages tels que présenté dans le tableau 4. Le niveau d'étude, la profession et l'âge du chef de ménage sont associés à l'utilisation de contraceptifs. De même, la FOSA fréquentée par le ménage semble avoir une influence significative sur l'adoption de la contraception.

Tableau 4. Utilisation des méthodes contraceptives par rapport aux caractéristiques socio-démographiques

Variables (n=400)	Effectifs des sujets	Utilisation des méthodes contraceptives	χ^2	p	Décision
Niveau d'études					
Enseignement primaire fréquenté+sans école	195	18.5 (36)	31.27	0.000	***
Enseignement Primaire terminé et plus	131	32.8 (43)			
Enseignement secondaire et Université	74	52.7 (39)			
Total	400	29.5 (118)			
Profession du chef de ménages					
Agri-Eleveur	231	24.7 (57)	36.78	0.000	***
Commerçants/artisans	35	31.4 (11)			
Travail rémunéré	86	53.5 (46)			
Sans travail connu	48	8.3 (4)			
Total	400	29.5 (118)			
Age du chef de ménage					
≤ 20 ans	7	0 (0)	19.33	0.00006	***
21-50 ans	310	34.8 (108)			
> 50 ans	83	12.0 (10)			
Total	400	29.5 (118)			
Statut de la FOSA					
Public	301	26.9 (81)	3.921	0.033	*
Agrée	99	37.4 (37)			
Total	400	29.5 (118)			

*Significatif***Très significatif

() Entre parenthèse= nombre de malades ayant eu recours aux services de santé

Utilisation des Services de Santé

Le tableau 5 montre que le niveau d'études du chef de ménage influence légèrement l'utilisation des services de CPN par les femmes pendant la grossesse ($p < 0.05$). Cependant, aucune caractéristique qui soit liée ni au ménage ni au chef de ménage n'influence ni le recours aux soins prénatals ni l'accouchement assisté.

Tableau 5. Utilisatrices des services CPN et accouchement assisté par rapport aux variables socio-démographiques

Variables	Effectifs des sujets	Utilisation des services de CPN	χ^2	p	Décision
Niveau d'étude du chef de ménage					
Sans école et primaire incomplet	34	88.0 (30)	8.088	0.018	*
Primaire complet et secondaire incomplet	45	100.0 (45)			
Secondaire et universitaire	21	100.0 (21)			
Total	100	96.0 (96)			
Niveau d'étude du chef de ménage					
Sans études + primaire incomplet	30	50.0 (15)	2.022	0.36	NS
Primaire complet et plus	42	67.0 (28)			
Secondaire et Universitaire	20	60.0 (12)			
Total	92	60.0 (55)			

* Significatif

Tableau 6. Fréquentation des FOSA et caractéristiques liées au ménage

Variables	Effectifs des sujets	Proportion des sujets ayant cherché les soins	χ^2	p	Décision
Taille du chef de ménage					
≤ 6 membres	137	89,7 (123)	0,00	0,61	NS
>6 membres	59	89,7 (53)			
Total	196	89,8 (176)			
Revenu mensuel du ménage en Frw					
< 28801	92	88,04 (81)	60,83	0,003	**
≥ 28801	39	100 (39)			
Total	131	(120)			
Age du chef de ménage (années)					
≤ 20 ans	5	80,0 (4)	63.678	0,092	NS
21-50 ans	148	89,9 (133)			
>50 ans	43	90,7 (39)			
Total	196	89v8 (176)			
Sexe du chef de ménage					
Masculin	149	77,0 (136)	3.564	0,172	NS
Féminin	47	85,1 (40)			
Total	196	89,8 (176)			
Niveau d'études du chef de ménage					
Enseignement primaire fréquenté+sans école	80	77,5 (62)	22.487	0,000	***
Enseignement primaire terminé et plus	78	97,4 (76)			
Enseignement secondaire et Université	38	100 (38)			
Total	196	89,8 (176)			
Profession du chef de ménage					
Agri-éleveurs	123	86,2 (106)	6.560	0,087	NS
Commerçants/artisans	19	100 (19)			
Travail rémunéré	39	97,4 (38)			
Sans travail connu	15	86,7 (13)			
Total	196	176 (89,8)			

/ Trés significatif

() Entre parenthèse= nombre de malades ayant eu recours aux services de santé

Attitude et comportement des ménages face à la maladie

En cas de maladie, 2,3% des ménages déclarent ne rien faire pour leurs membres. L'automédication pharmaceutique constitue un premier recours pour 6,5% des ménages et 78,8% préfèrent recourir aux formations sanitaires tant publiques que privées. En général, 15,2% des ménages enquêtés ont déclaré qu'ils ne se font pas soigner à la FOSA la plus proche pour diverses raisons dont principalement une longue durée d'attente (49,2%), mauvais accueil du personnel (26,2%) et le coût des soins (18,0%).

Le tableau 6 montre que parmi les facteurs liés au ménage, le revenu du ménage ainsi que le niveau d'instruction du chef de ménage influencent positivement le recours aux soins. Quant aux facteurs liés au malade, le sexe du malade et son appartenance à une mutuelle de santé semblent influencer positivement le recours aux soins.

DISCUSSION

Les résultats de notre étude ont montré que 49% des manages enquêtés ont déclaré avoir eu au moins un cas de maladie durant les jours qui ont précédé l'enquête. Cette proportion est inférieure à celle trouvée dans une étude faite en RD Congo, qui a révélé que 71% des ménages enquêtés avaient eu un cas de maladie dans les 30 jours précédant l'enquête [6]. Il est à noter que la proportion des malades de sexe féminin dans notre étude (55,1%) est supérieure à celle de la population totale du pays qui est de 52% [7]. Le plus grand nombre de malades est compris dans les tranches d'âge de 0-4 ans (35,7%) et de 15-50 ans (30,1%) ; ce qui pourrait s'expliquer par le fait que, d'une part, les enfants de moins de 5 ans sont physiologiquement plus exposés aux maladies dites de l'enfance ; d'autre part la tranche d'âge de 15-50 ans correspond à la période de procréation pour les femmes. Dans notre étude, les femmes représentent 69,5% des cas de malades pour cette tranche.

Dans notre étude 10,2% des malades n'ont pas eu recours aux soins dans les structures de soins modernes pour des raisons principalement financières (55%). Parmi eux, 90% affirment ne pas appartenir à aucune association de mutuelles de santé. Cette situation de non recours aux soins se rapproche de celle observée dans d'autres pays de la région, notamment au Burundi où plus de 17% de la population ne se rend pas à une simple consultation [8], en RDC où 18,9% des malades ont déclaré n'avoir pas accès à une consultation quelconque [9], au Sénégal 50% [10] et au Cameroun 51% [11]. Les raisons financières constituent la raison principale de non recours aux soins pour la plupart de ces pays. L'utilisation des structures de santé moderne lors du dernier épisode de maladie dans notre étude était de 91,3%. Elle est de 75,8% en RDC [25] et 67% au Sénégal [12]. Le recours à la thérapie traditionnelle (7,4%) est lié au manque d'argent pour se payer les soins dans les structures de santé modernes. Ces résultats sont presque identiques à ceux trouvés en RDC qui indiquent que 6% des malades ont recouru aux tradipraticiens [8, 13]. On constate que les raisons évoquées dans les PVD pour expliquer le non recours aux soins en cas de maladie sont différentes de celles des pays industrialisés. Au Canada, la compétence, la confidentialité et le besoin d'autosuffisance sont des facteurs clés qui influencent l'utilisation des services. La capacité du personnel de première ligne à écouter et comprendre les personnes à faible revenu, à leur manifester de l'empathie et à les traiter avec respect influence le taux d'utilisation des services [14].

Dans notre étude, 86% des malades considérés comme gravement malades n'ont pas consulté principalement par manque d'argent. D'une part, ceci veut dire que pour des raisons financières, la plupart des ménages auront recours aux soins lorsqu'ils jugent la situation assez grave. D'autre part, l'on peut se dire que la perception

des membres du ménage ou tout simplement celle du patient, peut influencer sa décision de recourir ou non aux services de santé. En effet, 30% des malades qui n'ont pas recouru aux soins estimaient que leur état morbide n'était pas grave. Toutefois, les résultats de cette étude ont montré que l'accessibilité géographique ne constituait pas une barrière d'autant plus que 68,7% des malades ont fait moins d'une heure de marche pour atteindre la structure des soins et que seuls 10% des malades ont dépassé une heure et 30 minutes. Enfin, en comparant la proportion des malades qui ont fréquenté les structures de soins lors du dernier épisode de maladie (89,8%) à celles trouvées dans d'autres études, nous estimons qu'elle est encourageante. Cette proportion est de 13% au Burkina-Faso, 65% au Kirgystan et 79% au Guatemala[16].

Au sujet du motif du choix de la structure des soins, il est à remarquer que la proximité de la FOSA par rapport au domicile reste le moteur du choix d'une structure des soins (66,9%). La recherche de la bonne qualité des services (27,6%) est inférieure au résultat trouvé par Mushagalusa en RDC. Dans cette étude, la qualité des soins fournis (meilleurs soins, notoriété, qualité d'accueil et compétence du personnel) reste la raison principale de choix de la structure des soins pour 60% [10].

Pour ce qui est de l'utilisation des méthodes contraceptives par les ménages du district de Rubavu, seuls 29,5% des enquêtés ont déclaré utiliser une méthode dans la période de cette étude. Cette prévalence contraceptive est inférieure à celle du niveau national soit 36% observée dans l'EDS (16). La présente étude a révélé que parmi les méthodes contraceptives connues, les plus utilisées sont les injectables (28,8%) suivies des pilules (20,3%). Le niveau de connaissance de ces méthodes est légèrement supérieur à celui trouvé dans d'autres études conduites sur le territoire rwandais. A Gikongoro, 68,3% des chefs ménages connaissent au moins une méthode contraceptive [17] alors qu'à Byumba et Butare cette proportion était de 68% (2). Le niveau d'étude du chef de ménage semble avoir une influence sur l'utilisation des méthodes contraceptives car plus le niveau d'étude augmente, plus le niveau de connaissance des méthodes de PF augment ($p < 0.0001$).

Par ailleurs, la proportion des femmes assistées lors des accouchements est importante (73%). Ces résultats dépassent largement les 16% trouvés à Gikongoro en 2005 [17]. Ils sont aussi supérieurs à 43% trouvés dans une étude réalisée dans les Provinces de Butare et Byumba en 2004 (2). Ce taux d'accouchements assistés diffère également de la situation au niveau national qui est de 52% selon l'EDS 2007 [18].

Dans l'ensemble, de toutes les femmes qui ont accouché au cours des 12 derniers mois précédant notre enquête, nos résultats ont révélé que 96% se sont rendues en consultations prénatales dans les formations sanitaires.

Ces résultats sont identiques à la moyenne nationale [17]. Ils avoisinent les 98% trouvés dans les Provinces de Byumba et Butare [1] et sont par ailleurs supérieurs à ceux trouvés dans les études réalisées en RD Congo et en Ouganda où respectivement 85% et 94% des femmes s'étaient rendues en consultation prénatales [18, 19]. Cependant, même si ce taux semble important, on note que le respect des normes est loin d'être respecté car seules 24% des femmes enceintes ont complété les quatre visites standards recommandées par l'OMS. Ces résultats avoisinent la moyenne nationale qui est de 28% [18]. Bien que nos résultats soient presque identiques à la moyenne nationale, ils sont inférieurs aux 47% trouvés dans les pays voisins notamment en Ouganda et en RD Congo [19, 20]. Notre étude a montré que le niveau d'études du chef de ménage influence positivement le recours aux soins prénatals au cours de la grossesse ($p < 0.05$) comme cela avait également été retrouvé dans l'EDS-Rwanda 2007 [18].

Quant aux déterminants de l'utilisation des consultations primaires curatives et des contraceptifs, le revenu du ménage, l'adhésion à une mutuelle de santé, l'âge et le niveau d'éducation se sont révélés comme étant des paramètres importants. Plusieurs études ont notamment montré que l'éducation permet aux individus de disposer d'informations utiles sur l'importance de consulter un service de santé [21, 22]. La possession d'une mutuelle de santé est également essentielle pour l'utilisation des services de santé comme cela avait été indiqué par une étude du MINISANTE en 2004 [9]. En effet, l'utilisation des services est passée de 0,3 à 1,3 consultations par an dans la plupart des mutuelles de santé.

CONCLUSION

Cette étude a montré qu'une proportion importante (92,6%) des malades provenant des ménages du district de Rubavu a eu recours aux structures sanitaires modernes lors de leur dernier épisode de maladie. Cependant, le recours à la médecine traditionnelle (7,4%) reste une pratique courante qui nécessite des études approfondies pour éclaircir la situation. Pour ce qui est de l'utilisation des méthodes contraceptives, elle est encore basse (29.5%) alors qu'une proportion importante des chefs de ménages (78.3%) connaissent au moins une méthode de contraception.

Une proportion importante des femmes ayant eu une naissance au cours des douze derniers mois ont fait recours aux soins prénatals pendant la grossesse (96%). Cependant, une très faible proportion de ces femmes (24%) a réalisé les quatre visites prénatales recommandées par l'OMS.

Toutefois, 73% de ces femmes ont accouché dans les structures de soins modernes.

En ce qui concerne les facteurs susceptibles d'influencer

l'utilisation des services de consultations primaires curatives, cette étude a révélé que les facteurs liés au ménage tels que la possession d'une mutuelle de santé, un revenu mensuel supérieur ou égal à 28.801 Frw, le niveau d'éducation du chef de ménage sont essentiels dans la décision de l'utilisation des services de santé. De même, ces éléments interviennent dans la fréquentation des services de consultations prénatales et dans l'utilisation des méthodes contraceptives. Il est donc important de promouvoir les activités de développement et de génération de revenus susceptibles d'augmenter le capital des ménages. Nous recommandons également d'encourager la politique de la promotion des mutuelles et celle de l'éducation de la population, plus particulièrement celle du genre féminin car cela permettra d'accroître l'accès et l'utilisation des services de santé, voie d'une réduction progressive de la mortalité dans notre pays.

REFERENCES

1. <http://www.who.int/whr/2002/en/chapter2fr.pdf>.
2. DSGAS, GTZ (2004) : Enquête-ménages sur les besoins de santé de base en Province de Butare et Byumba (Rwanda), Kigali, juin 2004.
3. E. PHELPS Charles (1995): Les fondements de l'économie de la santé, Publi-Union, France.
4. FLACHENBERG F. & TALIBO A. (1998): Santé communautaire : une expérience pilote au Mali : Handicap International, coordination technique santé.
5. Frederik Mugisha et Al (2006): Les deux aspects du renforcement de l'utilisation des services de santé: déterminants du premier recours à un système de soins de santé et de la fidélité du patient au système choisi dans les régions rurales du BURKINA FASO.in Bulletin de l'OMS.
6. H.Tissot Dupont (1988) : Une enquête de couverture vaccinale dans la province du Borgou au Benin en 1988, in Médecine d'Afrique Noire :1991,38(1).
7. OMS (2000): Pour une grossesse à moindre risque, Rapport du Secrétariat, 5 décembre 2000, Genève.
8. MINISANTE (2004): Amélioration de l'accès aux services de santé au Rwanda :le rôle de l'assurance, Kigali.
9. MSF/Belgique (Avril 2004): Les vulnérables privés des soins de santé, Bujumbura, Burundi.
10. Mushagalusa Salongo Pacifique, décembre (2005): étude des déterminants socio - économiques de l'utilisation des services de santé par les ménages de la zone de santé de kadutu/ province du sud - Kivu.
11. Sadio A et Diop F(août 1994). : Utilisation et demande de services de santé au Sénégal, Bethesda, USA.
12. Joachim Nyemeck et all (2002): préfinancement communautaire des soins de santé comme alternative à l'accessibilité aux soins de santé de qualité des populations vulnérables :une évaluation du consentement à payer des populations rurales au centre du Cameroun. Cameroun.
13. MINISANTE (2004): Rapport annuel 2004, Kigali Rwanda.
14. Manzambi J.K et all (1997) : Les déterminants du comportement de recours au centre de santé en milieu urbain africain : résultats d'une enquête de ménages menée à Kinshasa, Congo ; in Tropical Medecine and International health, vol 8, p 3,4,5.
15. Joanne Palin et Bruno. D. Zumbo (2004): Mesure de l'utilisation des soins de santé au canada : concordance entre les enquêtes et les dossiers administratifs, Canada.
16. Makinen, M et all (2000): Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition, in Bulletin of the WHO, p 58, 59.

Utilisation des Services de Santé

17. MINISANTE (2005) : Enquête – ménages sur les besoins de santé de base en province de Gikongoro, Kigali, mai 2005.
18. MINECOFINE (juin 2008) : Enquête Intermédiaire Démographique et de Santé 2007-2008, Rapport préliminaire, juin 2008, Kigali.
19. Ministère du Plan/Ministère de la Santé (2000): Enquête Démographique et de Santé République Démocratique du Congo, Aout 2008, p 55,57, 105-107.
20. Uganda (2006): Demographic and Health Survey.
21. DS Gisenyi (2005): Rapport annuel.
22. MINISANTE (March 2005): Rwanda National Health Accounts 2002; Kigali.