

## Itinéraire thérapeutique du patient en milieu urbain africain: Cas de la ville de Goma à l'est de la RD Congo

### [ Patient itinerary in Africa settings: Goma city case in the east of the Democratic Republic of Congo ]

Jean-Bosco Kahindo Mbeva<sup>1-2-3-4</sup>, Mitangala Ndeba Prudence<sup>1-2-5</sup>, Edgar Tsongo Musubao<sup>1</sup>, Mahamba Nzanzu<sup>1</sup>, Ntabe Namegabe Edmond<sup>4</sup>, Célestin Kimanuka<sup>6</sup>, Hélène Lambert<sup>7</sup>, and Denis Porignon<sup>8</sup>

<sup>1</sup>ULB Coopération, PADISS, Bureau de Goma, RD Congo

<sup>2</sup>Université Officielle de Ruwenzori (UOR), Butembo, RD Congo

<sup>3</sup>Université Catholique du Graben (UCG), Butembo, RD Congo

<sup>4</sup>Université Libre des Pays des Grands Lacs (ULPGL), Goma, Nord-Kivu, RD Congo

<sup>5</sup>Université Catholique de Bukavu (UCB), Bukavu, Sud-Kivu, RD Congo

<sup>6</sup>Institut National de Statistiques, Direction du Nord-Kivu, Goma, Nord-Kivu, RD Congo

<sup>7</sup>Université Catholique de Louvain, Belgium

<sup>8</sup>Université de Liège (ULG), Liège, Belgium

Copyright © 2021 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**ABSTRACT:** *Introduction:* As part of a comprehensive study aimed at the reorganization of urban health services, this article describes the therapeutic itinerary of the urban patient in Goma city, Eastern Democratic Republic of Congo; the aim of this study was to identify the kind of health services attended by the urban patients. *Methods:* This descriptive and cross-sectional study was conducted using a random sampling procedure of 1000 household in Goma city in September 2017. The collected data were collected by professionals encoded and analyzed by statisticians using the SPSS version 23 software. *Results:* In an episode of sickness, more than half of patients (51%) sought from pharmaceutical offices without a prescription or self-medication, 25% used a structure with a doctor and only 7% sought treatment at the health facility of its health area. In addition, 7% of patients did not use any care while 3% of patients look first treatment in traditional pharmacopoeia. Higher levels of non-use of health care and mortality were noted in households with a female household head. On the other hand, there were no significant difference in the type of care, quality and perceptions of direct cost of care ( $P>0.05$ ) depending on the head household gender. *Discussion and Conclusion:* The important recourse of the urban patient to self-medication and secondarily to health services with doctors, requires rethinking the organization and regulation of urban health services and pharmaceutical institutions.

**KEYWORDS:** therapeutic itinerary, urban context, regulation, Democratic Republic of Congo.

**RESUME:** *Introduction:* Cet article décrit l'itinéraire thérapeutique de la patientèle urbaine de Goma, à l'Est de la République Démocratique du Congo; l'objectif étant d'identifier le type de services de santé fréquentés par les patients et leur niveau de satisfaction. *Méthodologie:* Cette étude transversale descriptive a procédé par une enquête par questionnaire administré auprès d'un échantillon aléatoire simple de 1000 ménages de la ville de Goma, en septembre 2017. Les données collectées par des professionnels ont été encodées et analysées grâce au logiciel SPSS version 23. *Résultats:* Lors d'un épisode maladie, plus de la moitié des patients (51%) recourt en première intention à une officine pharmaceutique sans ordonnance ou à l'automédication, 25% recourent à une structure avec médecin et seulement 7% utilisent le centre de santé de son aire de santé. Enfin 7% de patients ne recourent à aucuns soins tandis que 3% de patients recourent à la pharmacopée traditionnelle. Des niveaux plus élevés de non-

recours aux soins et de mortalité sont notés dans les ménages avec un chef de ménage de sexe féminin ( $p < 0,05$ ). En revanche, aucune différence significative de type de recours aux soins, de perceptions de la qualité et du coût direct des soins n'est observée ( $p > 0,05$ ) selon que le chef de ménage est de sexe masculin ou féminin. *Discussion et Conclusion:* Le recours important de la patientèle urbaine à l'automédication, secondairement aux services sanitaires avec médecins et exceptionnellement au centre de santé, impose de repenser l'organisation et la régulation des services de santé urbains.

**MOTS-CLEFS:** itinéraire thérapeutique, contexte urbain, régulation, Goma, République Démocratique du Congo.

## **1 INTRODUCTION**

En 2008, l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) publiait le rapport mondial sur le renouveau des soins de santé primaires [1] et en 2010 le rapport sur le financement de la santé [2]. Au travers ces deux rapports, l'OMS tirait les leçons du passé et montrait la voie à suivre pour progresser vers la Couverture santé universelle (CSU), moyennant des réformes et des stratégies adaptables aux contextes de chaque pays.

La République Démocratique du Congo (RDC) a manifesté sa volonté de s'engager sur cette voie au travers les plans de développement sanitaire 2016-2020 et 2019-2022. Cet engagement a pris un relief particulier, avec l'élaboration en 2020 d'un plan stratégique 2020-2030 pour la couverture santé universelle en RDC et l'organisation en février 2020, à Kinshasa d'une conférence internationale sur la couverture santé universelle. La couverture des populations par des services de santé essentiels de qualité est une des composantes essentielles de la CSU, dont le niveau reste encore à ce jour insuffisant à travers le monde [3]. La seule mise en place des services de santé essentiels, n'est pas suffisante; encore faut-il que ces services soient réellement utilisés, ce qui suppose un travail de fond sur la réduction des barrières financières, géographiques, socio-culturelles et organisationnelles dans l'accès aux services de santé.

De nombreux pays font actuellement face à un phénomène d'urbanisation massif et accéléré. D'après les estimations de l'ONU-Habitat pour l'année 2018 [4], la population urbaine était estimée à 42,5% au niveau africain et à 40,5% en RDC. Ce phénomène d'urbanisation s'accompagne des problèmes relatifs à la gouvernance urbaine et à l'organisation des services de santé urbains, surtout dans les pays en développement, alors que ces pays font en même temps face à un phénomène de transition épidémiologique. Cette transition est caractérisée notamment par une prévalence plus accrue des maladies chroniques non transmissibles [5].

Plusieurs études sur l'organisation des services de santé urbains mettent en évidence un foisonnement d'établissements de soins [6], sans que cette importance numérique reflète une réponse adéquate aux besoins de santé des populations urbaines. Cette pléthore de l'offre des soins, cache habituellement des contraintes et des incohérences organisationnelles qu'il importe d'adresser [7]. L'analyse de l'itinéraire thérapeutique des patients, compris comme la succession des recours aux soins au cours d'un épisode maladie, peut permettre de révéler ces incohérences organisationnelles des services de santé en milieu urbain.

Certaines études menées dans quelques pays sur l'itinéraire thérapeutique, montrent une diversité et une complexité de recours aux soins, en milieu urbain particulièrement. Cette diversité de recours aux soins va du renoncement aux soins, en passant par l'automédication, les soins chez un tradipraticien, les chambres de prière, jusqu'aux soins dans des services de santé modernes; les structures étant soit conventionnelles de première ligne, soit privées lucratives ou non lucratives, soit des structures hospitalières. D'après ces études, les motivations et les déterminants du recours aux soins sont également diversifiés [8], [9], [10], [11], [12], [13].

Une étude menée en Côte d'Ivoire, à Yopougon, un quartier populaire d'Abidjan avait montré six alternatives de recours aux soins: l'automédication, les centres hospitaliers universitaires, la médecine traditionnelle, les dispensaires et infirmeries publiques, les dispensaires et infirmeries parapublics et privés. La même étude a montré que le prix des soins, le revenu du ménage, la relation qu'a le patient avec le praticien, l'âge, la durée et le type de maladie, constituaient des facteurs déterminant le recours aux soins [8].

Par rapport au revenu des patients, une étude prospective réalisée au Bénin avait montré qu'au premier recours, les patients indigents utilisaient moins les centres de santé par rapport aux non indigents (20% versus 26,3%;  $P < 0,001$ ) et que l'automédication moderne et traditionnelle était le recours le plus utilisé tant par les indigents (66,4%) que par les non indigents (63,9%) [9].

Par rapport à l'automédication, une étude menée au Cameroun avait montré que l'automédication constituait le premier recours aux soins (52%); le recours à la médecine moderne ne venant qu'en seconde intention. Toutefois, quand la maladie était perçue comme trop grave, le recours à la médecine moderne venait en première intention [10].

Au Burkina Faso, une étude rétrospective menée auprès des tuberculeux bacillifères dépistés dans deux centres de traitement avait montré qu'avant le dépistage de leur maladie, 24,5% des malades avaient consulté une formation sanitaire publique, 31% une formation sanitaire privée et 6% un tradipraticien. La même étude avait montré que l'automédication contribuait au retard de diagnostic pour 31% des patients tuberculeux [11].

En RDC, deux études réalisées, il y a environ dix ans, avaient montré la complexité des itinéraires thérapeutiques des patients en milieux urbains de Kinshasa et de Lubumbashi. La première étude, menée à Kinshasa [12] avait montré 7 types de recours aux soins: le centre de santé de l'aire de santé (37%), le dispensaire privé (26,5%), l'automédication pharmaceutique (23,9%), le tradipraticien (21%), l'automédication traditionnelle (16,9%), la polyclinique conventionnée (16,7%) et l'hôpital de référence (10,4%). Dans cette étude, le recours à une structure médicale était motivé par la recherche de la qualité, tandis que la recherche des tarifs acceptables des soins motivait le recours au centre de santé. Enfin, le recours au tradipraticien était motivé par la recherche d'une solution inespérée à une maladie particulière. La deuxième étude, réalisée en 2010 dans la ville de Lubumbashi, avait montré des itinéraires thérapeutiques dominés par l'automédication à base de médicaments modernes (54,6 %). L'utilisation de services de santé de première ligne venait en deuxième position avec 23,1 % de recours, suivie des hôpitaux avec 11,9 % de recours [13]. Ces deux études montrent des itinéraires thérapeutiques atypiques, en décalage avec l'organisation classique des services de santé en RDC. Cette organisation prévoit un parcours du patient entre le premier et le deuxième échelon des soins au sein de la zone de santé, sans un recours si important à l'automédication.

Dans le contexte actuel de la RDC qui s'engage sur la voie de la CSU, avec un accroissement de l'urbanisation, la question posée est de savoir si le même profil atypique et complexe d'itinéraire thérapeutique des patients, dominé par l'automédication, subsiste, particulièrement dans la ville de Goma, à l'Est de la RDC.

En vue d'apporter quelques éléments de réponse à cette question, cet article a pour objectif de décrire l'itinéraire thérapeutique du patient dans la ville de Goma, à l'Est de la RDC; la finalité étant d'apprécier l'adéquation des services de santé dans la ville de Goma.

## 2 METHODOLOGIE

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive, réalisée sous forme d'enquête par questionnaire administré en septembre 2017 auprès d'un échantillon aléatoire de 1000 ménages de la ville de Goma, à l'Est de la RDC.

### 2.1 LIEUX D'ÉTUDE

La ville de Goma, lieu d'étude est le chef-lieu de la province du Nord Kivu à l'Est de la RDC. Elle est située entre le Parc de Virunga et le territoire de Nyiragongo au Nord-Ouest, le lac Kivu au Sud et le Rwanda à l'Est. D'après une étude menée en 2014 et publiée en 2018 [14], la ville de Goma, est le siège d'une province confrontée depuis plus de 20 ans aux effets des rébellions de plusieurs groupes armés, ponctués de paix violente. Elle a connu une urbanisation accélérée basée sur quatre phénomènes: le déplacement forcé des populations, les interventions humanitaires, la militarisation et l'action sociale basée sur les églises [14]. Une étude réalisée en 2010 sur l'urbanisation dans la ville de Goma avait montré combien la présence des acteurs humanitaires dans la ville a non seulement renforcé la concurrence sur l'espace socio-économique et politique urbain, mais aussi induit des dynamiques de gentrification dans cette ville [15]. En 2017, la ville de Goma comptait près d'un million d'habitants. Plus de 80% de sa population vivait du secteur informel et son niveau de précarité contribue à l'accroissement des bidonvilles dans certains quartiers périphériques.

Au point de vue sanitaire, au moment de la réalisation de l'enquête, la ville de Goma comptait deux zones de santé urbaines (Goma et Karisimbi) et la partie urbaine de la zone de santé urbano-rurale de Nyiragongo (tableau 1). Les trois zones de santé étaient subdivisées en 29 aires de santé (AS) (tableau 1), correspondant aux centres de santé intégrés aux soins de santé primaires selon le concept d'Alma Ata. La ville comptait également des centaines d'autres formations sanitaires (Fosa), certaines étant intégrées aux soins de santé primaires et plusieurs centaines d'offices pharmaceutiques.

Tableau 1. Distribution des populations et des aires de santé par zone de santé dans la ville de Goma, Nord Kivu, République Démocratique du Congo, année 2017

Zones de santé	Nb AS	Nb CS	Nb HGR	Nb autres Fosa « intégrées »	Nb Fosa « non intégrées » privées	Nb Fosa « non intégrées » privées	Populations
Goma	10	10	1	4	77	77	267947
Karisimbi	16	16	1	6	152	152	537647
Nyiragongo	3*	3*	0	0	48	48	144136*
Total	29	29	2	10	277	277	949730

\*Partie urbaine de la zone de santé de Nyiragongo

Nb = Nombre; AS = Aire de Santé; CS = Centre de Santé; Hôpital Général de Référence

## 2.2 ECHANTILLONNAGE

Les ménages avaient été sélectionnés suivant une procédure d'échantillonnage aléatoire simple. La base de sondage était constituée de la liste des ménages élaborée par les équipes de gestion de trois zones de santé de Goma, Karisimbi et Nyiragongo lors du dénombrement sanitaire réalisé en 2016. Chaque Zone de santé avait été considérée comme une strate. Avec l'aide des relais communautaires et des chefs d'avenues, l'enquêteur devrait retrouver les ménages tirés aléatoirement à l'aide d'un générateur des nombres aléatoires dans le quartier ou Village concerné. En cas d'absence, après deux visites, un autre ménage de remplacement était tiré au hasard.

La taille d'échantillon avait été calculée en s'inspirant d'une étude menée en 2015 au niveau de 6 zones de santé soutenues par la Banque Mondiale dans la province du Nord Kivu, étude qui avait montré une proportion de sujets ayant recours aux services de santé de 39,6%. Le seuil de signification considéré était de 0,05. La formule suivante avait été utilisée pour le calcul de la taille de l'échantillon:

$$n = \frac{t^2 \times p \times (1 - p)}{m^2}$$

n = taille d'échantillon requise;

t = niveau de confiance à 95% (valeur type de 1,96);

p = proportion estimative du recours aux soins (39,6%);

m = marge d'erreur à 5% (valeur type de 0,05)

La taille de l'échantillon trouvée avec cette formule était de **368 ménages** et pour prendre en compte « l'effet grappe », la taille retenue était de 1000 ménages. En prenant en compte le poids démographique de chacune de 2 zones de santé de la Ville de Goma et de la partie urbaine de la Zone de santé de Nyiragongo concernée par cette étude, la taille de l'échantillon pour les trois zones de santé avait été répartie de la manière suivante: 213 ménages pour la Zone de santé de Goma, 642 ménages pour la Zone de santé de Karisimbi et 145 ménages pour la Zone de santé de Nyiragongo.

## 2.3 COLLECTE DES DONNÉES

Les données étaient collectées sur la base d'un questionnaire, préalablement testé à Sake, une bourgade voisine, à 30 Km à l'Ouest de la ville de Goma. Le questionnaire portait sur les six thématiques suivantes: (i) la composition du ménage; (ii) le niveau socioéconomique du ménage (y compris le revenu mensuel du ménage, la capacité à faire face au coût des soins); (iii) la mortalité et la morbidité au sein du ménage; (iv) le recours aux soins lors du dernier épisode maladie; (v) les motivations de choix du type de soins; (vi) les satisfactions et insatisfactions tout au long du parcours des soins.

La collecte des données avait été réalisée en septembre 2017, par dix enquêteurs de l'Institut National de la Statistique, Direction Provinciale du Nord-Kivu, dont le profil était celui de statisticiens (N=3)), démographe (N=1), infirmier (N=1) et gestionnaires (N=5), préalablement formés pendant 3 jours. Au cours de cette formation, le questionnaire avait été traduit en Swahili, la langue la plus parlée dans la ville de Goma. Les répondants au questionnaire étaient les chefs de ménages. Cependant, en cas d'indisponibilité de l'époux ou l'épouse ou du compagnon, la personne la plus âgée et présente dans le ménage répondait au questionnaire.

## 2.4 ANALYSE DES DONNÉES

Les données avaient été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 23. Les comparaisons des proportions avaient été faites avec le test du Chi-carré de Pearson ou le test exact de Fisher. Pour comparer les moyennes, le test d'analyse de variance (Anova) avait été utilisé. Le seuil de signification considéré était de 0,05.

## 2.5 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

L'étude avait été conduite selon un protocole de recherche préalablement soumis au comité d'éthique de l'Université Libre des Pays des Grands Lacs (ULPGL) de Goma. Son approbation avait été accordée par la lettre du comité d'éthique du 13 aout 2017. Un consentement éclairé était sollicité auprès du chef de ménage ou tout autre répondant et l'anonymat avait été observé tout au long du processus de collecte et d'analyse des données.

## 3 RESULTATS

L'itinéraire thérapeutique de la patientèle dans la ville de Goma était diversifié, marqué par un recours important à l'automédication et secondairement aux services de santé où prestent des médecins.

### 3.1 PROFIL SOCIO-ÉCONOMIQUE DES MÉNAGES ENQUÊTÉS

Au total 1000 ménages avaient été enquêtés au cours de l'étude. Ces ménages représentaient un effectif de 6991 personnes. Le tableau 2 résume le taux de masculinité de manière globale dans la ville de Goma et par zone de santé. Ce taux de masculinité ne différait pas significativement entre les Zones de santé. La taille moyenne des ménages était de 7 personnes. La proportion de membres de ménages hors conjoints et enfants biologiques, était de 16% pour les zones de santé de Goma et Karisimbi et 9% pour la zone de santé de Nyiragongo.

**Tableau 2. Taux de masculinité des ménages par zone de santé dans la ville de Goma, Nord Kivu, RDC, année 2017**

Zone de santé	Nb de sexe masculin	Nb de sexe féminin	Ensemble	Taux de masculinité	p
Goma	794	798	1592	50%	0,108
Karisimbi	2137	2270	4407	48%	
Nyiragongo	517	475	992	52%	
<b>Total</b>	<b>3448</b>	<b>3543</b>	<b>6991</b>	<b>49%</b>	

L'étude a également montré que 16,5% de ménages avaient comme chef de ménage une femme. Les chefs de ménage de sexe féminin avaient généralement un âge significativement plus élevé (tableau 3). La taille de ménage était significativement plus élevée pour les ménages dont le chef de ménage était de sexe masculin (tableau 3).

**Tableau 3. Age et taille de ménage selon le sexe du chef de ménage dans la ville de Goma, Nord Kivu, RDC, année 2017**

Sexe du chef de ménage	Paramètres	p
	<b>Age du chef de ménage en années médianes (min – max)</b>	
Masculin (n = 835)	42 (19 – 91)	< 0,001
Féminin (n =165)	52 (20 – 92)	
	<b>Taille médiane du ménage (min - max)</b>	
Masculin (n = 835)	7 (1 – 16)	< 0,001
Féminin (n =165)	5 (1 – 13)	

Globalement, un peu plus du tiers des chefs des ménages étaient des salariés du secteur public ou du secteur privé. Alors que les chefs de ménage de sexe masculin exerçaient davantage des emplois de salarié dans le secteur public ou, dans le secteur privé et informel, ceux de sexe féminin exerçaient plutôt des emplois liés au commerce, étaient cultivatrices ou étaient le plus souvent sans emploi.

**Tableau 4. Emplois des chefs des ménages selon le sexe du chef de ménage dans la ville de Goma, Nord Kivu, RDC, année 2017**

Catégories d'emploi	Ensemble % (n=1000)	Masculin % (n=835)	Féminin % (n=165)	p
Salarié secteur public	18	21	5	<0,0001
Salarié secteur privé	17	19	7	
Commerçant	16	13	30	
Informel	16	16	15	
Sans emploi	12	11	17	
Artisan	11	13	1	
Cultivateur	4	3	6	
Ménagère	2	3	1	
Police/Militaire	2	0	14	
Autre emploi	2	2	4	

Le revenu mensuel médian des chefs des ménages était significativement différent selon que le chef de ménage est de sexe masculin (revenu plus élevé) ou de sexe féminin (revenu plus bas) (tableau 5).

**Tableau 5. Revenus des ménages selon le sexe du chef de ménage dans la ville de Goma, Nord Kivu, RDC, année 2017**

Sexe du chef de ménage	Revenu mensuel médian en dollars US (min – max)	P
Masculin (n = 767)	150 (0 – 2000)	0,009
Féminin (n =148)	80 (4,3 – 6700)	

Les salaires du secteur public ou privé intervenaient dans 37% des cas comme la plus importante source de revenus. Les principales sources différaient fortement selon que le chef de ménage était de sexe masculin ou féminin. Pour les chefs de ménages de sexe féminin, le commerce et les activités non structurées intervenaient dans plus 60% des cas comme principale source de revenu (tableau 6).

**Tableau 6. Sources de revenus des ménages selon le sexe du chef de ménage dans la ville de Goma, Nord Kivu, RDC, année 2017**

Source de revenu la plus importante du ménage	Ensemble % (n=1000)	Masculin % (n=835)	Féminin % (n=165)	P
Commerce	24	21	37	<0,0001
Salaires et/ou prime du secteur public	20	22	7	
Salaires et /ou prime du secteur privé	17	19	7	
Débrouillardise (activité Non permanente/Non structurée)	16	14	22	
Métier	14	16	3	
Aide/cadeau	3	2	9	
Activités d'agriculture	3	3	4	
Frais de loyer des locataires de maison ou de terres	3	2	7	
Autres sources	1	0	4	

### 3.2 NIVEAU DE MORBIDITÉ ET DE MORTALITÉ AU SEIN DES MÉNAGES

Au total, 6704 épisodes maladies avaient été rapportés pour les 12 derniers mois précédant l'enquête. Le nombre moyen d'épisodes maladie par ménage par an était de 6,7 (ET=4,7) par ménage par an. Le nombre moyen d'épisodes maladie par personne par an était de 1 épisode. Au cours de 12 derniers mois précédant l'enquête, 98,8% de ménages avaient enregistré au moins un cas d'épisode maladie.

Le nombre d'épisodes maladies ne différait pas significativement selon que le chef le ménage est de sexe masculin ou féminin (tableau 7).

**Tableau 7. Médiane d'épisodes maladies selon le sexe du chef de ménage dans la ville de Goma, Nord Kivu, RDC, année 2017**

Sexe du chef de ménage	Nombre médian d'épisodes maladies au cours de 12 derniers mois (min – max)	p
Masculin (n = 835)	6 (0 – 40)	0,26
Féminin (n =165)	6 (0 – 37)	

La proportion des sujets ayant été au moins une fois malades était plus élevée (près d'un sujet sur trois) dans les tranches d'âges de 0 à 4 ans et au-delà de 50 ans (figure 1).

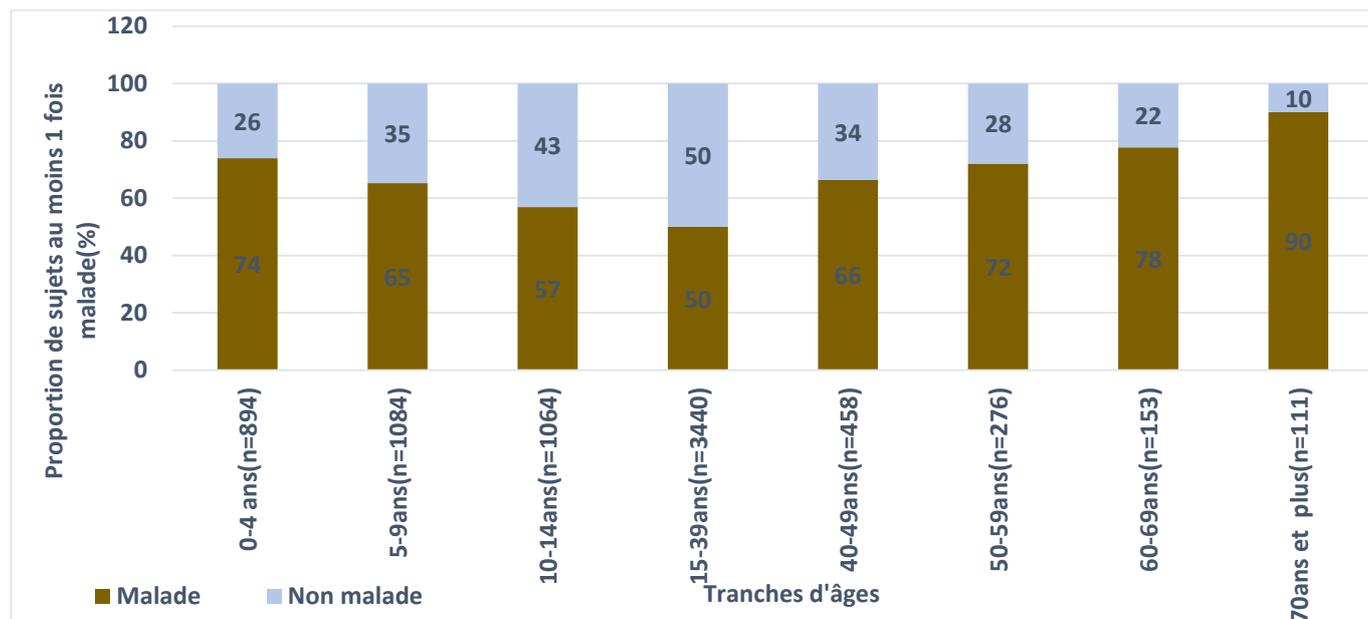


Fig. 1. Niveau de morbidité dans les ménages selon les tranches d'âges en 2017, Ville de Goma, RDC

Au cours de 3 derniers mois précédant l'enquête (n=916), cette morbidité était dominée par le syndrome palustre, suivi des syndromes digestifs et des syndromes respiratoires. Les maladies chroniques non transmissibles, autres que respiratoires et digestifs, étaient également présentes dans plus de 16% des cas (figure 2).

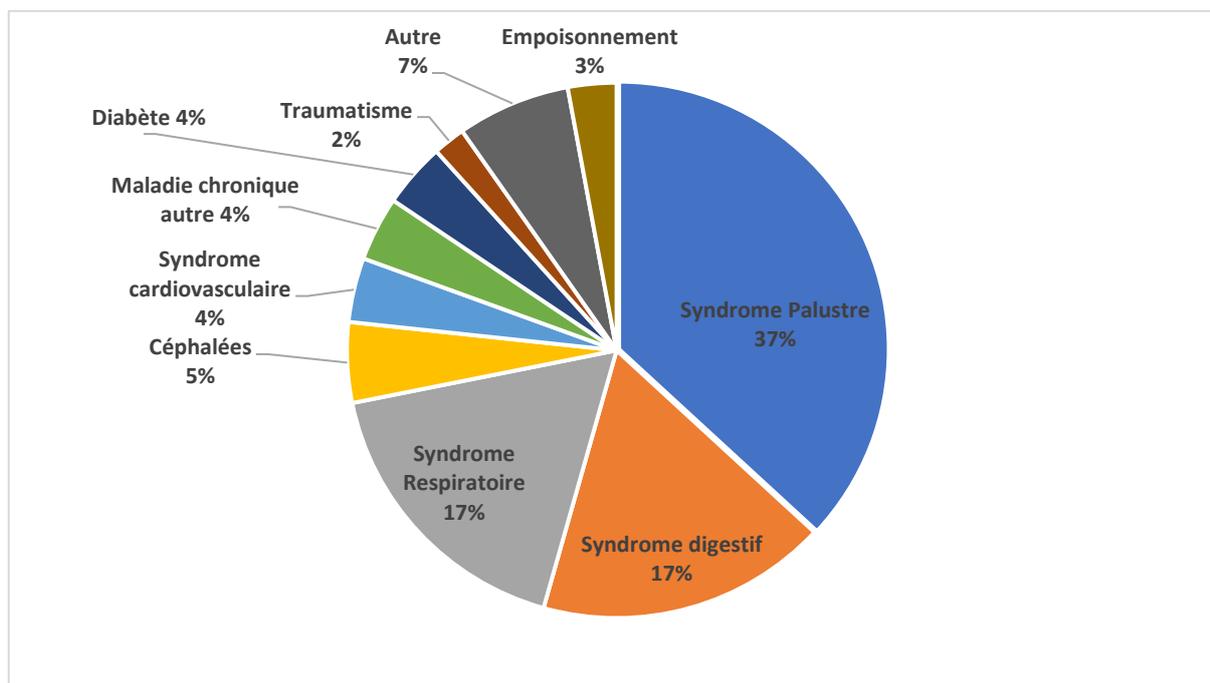
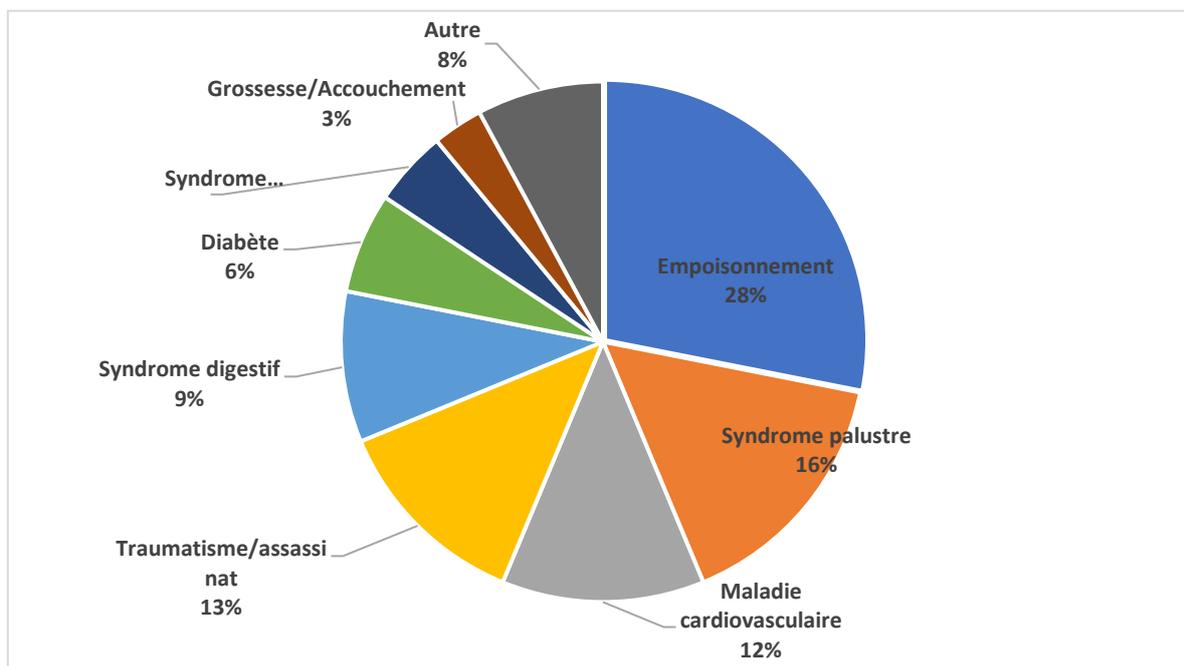


Fig. 2. Distribution des phénomènes de morbidité dans les ménages en 2017, Ville de Goma, RDC

Par rapport à la mortalité, il avait été déclaré 64 décès au cours de 12 derniers mois au sein des ménages; ce qui avait représenté un taux brut de mortalité de 9 décès pour 1000 habitants l'année, en considérant l'effectif total de 6991 personnes retrouvées dans les ménages. Le taux de mortalité semblait plus élevé dans la Zone de santé de Nyiragongo [11,09 ‰ (n = 992)] par rapport aux zones de santé de Karisimbi [9,76 ‰ (n = 4407)] et de Goma [6,28 ‰ (1592)], mais cette différence n'était pas statistiquement significative (p=0,36). En revanche, la mortalité était plus élevée dans les ménages dirigés par les femmes par rapport à celle des ménages dont le chef de ménage était de sexe masculin [21,78 ‰ (n = 964)] versus 7,13‰ (n = 6027); p=0,00001.

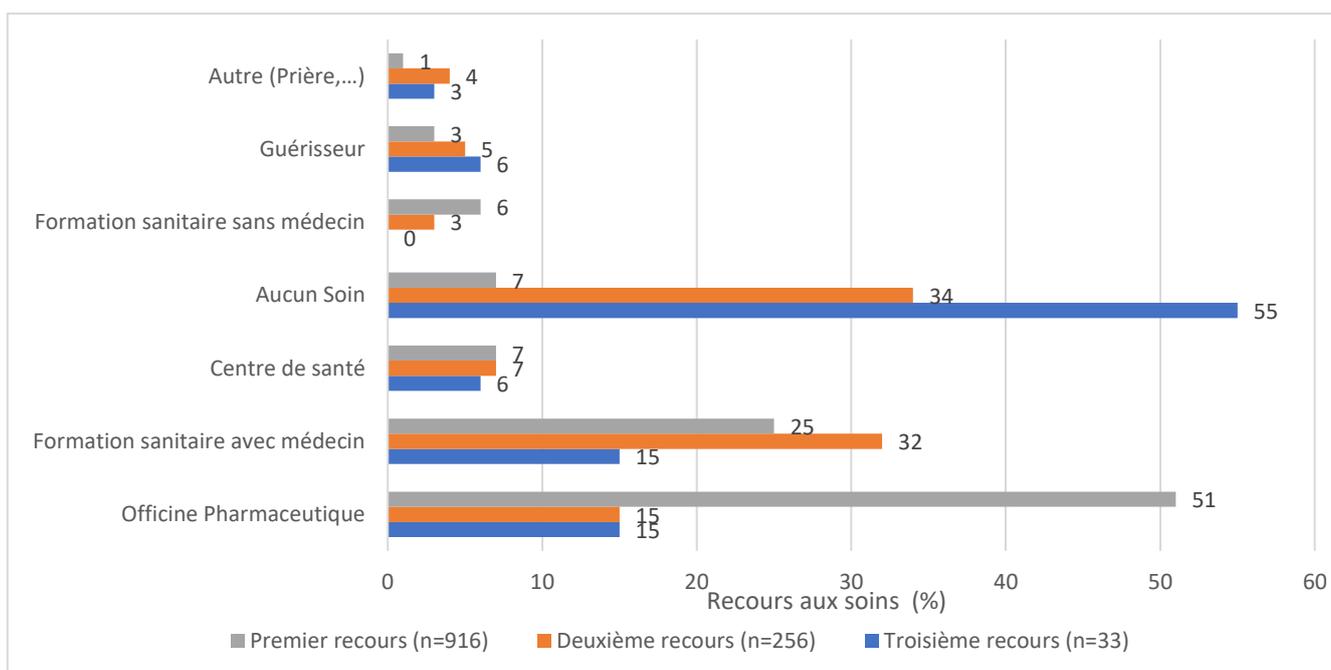
Les causes des décès telles que perçues par les ménages (n=64), étaient dominées, dans plus de 70% des cas par quatre phénomènes: « l’empoisonnement », le syndrome palustre, les maladies cardiovasculaires et les traumatismes, y compris les assassinats (figure 3).



**Fig. 3. Distribution des causes de décès telles que perçues dans les ménages en 2017, Ville de Goma, RDC**

**3.3 RECOURS AUX SOINS**

Au cours du tout dernier épisode maladie, le premier recours aux soins était dominé par le recours à une officine pharmaceutique (51% des patients), suivi d’une formation sanitaire avec médecin (25%); le centre de santé de l’aire de santé n’intervenant que pour 7% des patients seulement. Faute de guérison, au terme du premier recours, 34% des patients s’étaient abstenus d’un quelconque recours, tandis que 32% avaient recouru à une formation sanitaire avec médecin (figure 4).



**Fig. 4. Recours aux soins lors du dernier épisode maladie en 2017, Ville de Goma, RDC**

Globalement, aucune différence significative de modalité de recours aux structures de santé n'avait été notée selon que le chef de ménage était de sexe masculin ou féminin (tableau 8).

**Tableau 8. Modalités de recours aux soins pour le dernier épisode maladie selon le sexe du chef de ménage dans la ville de Goma, Nord Kivu, RDC, année 2017**

Modalités de recours aux soins pour le dernier épisode de malade dans le ménage	Sexe du chef de ménage		p
	Masculin (n = 768)	Féminin (n=148)	
Aucun soin	6,0%	10,8%	0,29
Achat des médicaments dans une pharmacie sans prescription médicale	51,8%	44,6%	
Consultation au centre de santé de l'aire de santé	6,9%	6,8%	
Consultation dans une structure médicalisée	16,3%	17,6%	
Consultation dans une structure autre mais non médicalisée	6,8%	6,1%	
Consultation à l'hôpital	9,5%	9,5%	
Autres (guérisseurs, chambre de prière...)	2,7%	4,7%	

Néanmoins, le non-recours aux soins était plus élevé lorsque le chef de ménage était une femme (10,8%), par celui dans les ménages dont le chef de ménage était un homme (6%) ( $p=0,033$ ); la même tendance était observée en ce qui concerne le recours à des soins alternatifs.

Le choix du lieu de recours aux soins ( $n=1000$ ) était décidé par le chef de ménages dans 53% des cas, une décision partagée en couple dans 30% des cas et une décision de la conjointe dans 11% des cas. Dans 7% des cas, le choix était inspiré par une personne tierce (membre de famille, voisin (e) ou autre).

Le recours à l'automédication, pour le premier recours aux soins, était trop important, intervenant pour plus d'un patient sur deux, dans les cas de syndromes palustres, respiratoires et digestifs.

**Tableau 9. Recours à l'automédication pour le dernier épisode maladie selon les pathologies dans la ville de Goma, Nord Kivu, RDC, année 2017**

Pathologie	Autres choix (n=452)	Auto-médication (n=464)	p
Syndrome palustre	48,0	52,0	<0,0001
Infections respiratoires aiguës supérieures	35,3	64,7	
Infection respiratoires inférieures	30,0	70,0	
Diabète sucré et complications	78,9	21,1	
Maladie cardiovasculaires	71,8	28,2	
Diarrhée/ troubles digestifs	37,2	62,8	
Etat de grossesse/accouchement	63,2	36,8	
Maladie rhumatismale	66,7	33,3	
Maladie chronique autre que rhumatismale	90,5	9,5	
Traumatisme/accident	89,5	10,5	
« Karuho »/ « Sorcellerie »	82,6	17,4	
Autre	52,3	47,7	
<b>Total</b>	<b>49,3</b>	<b>50,7</b>	

### 3.4 COÛT DIRECT DES SOINS ET NIVEAU DE SATISFACTION DES PATIENTS LORS DU RECOURS AUX SOINS

Le coût médian direct des soins pour le premier recours était de 10,6 Usd. Ce coût direct était perçu ( $n=854$ ) peu cher pour 19% des patients, abordable pour 45% des patients et trop cher pour 36% des patients. Aucune différence significative n'était observée au sujet du niveau de perception du caractère abordable des coûts directs des soins selon que le chef de ménage était de sexe masculin ou féminin (tableau 10). Pour les cas de non-recours aux soins ( $n=62$ ), la raison évoquée était le manque d'argent pour faire face au coût des soins dans 53% des cas et la non-gravité de la maladie dans 47% des cas.

**Tableau 10. Appréciation du coût direct des soins selon le sexe du chef de ménage dans la ville de Goma, Nord Kivu, RDC, année 2017**

Sexe du chef de ménage	Paramètres	p
Masculin (n = 722) Féminin (n =132)	<b>Coût direct des soins jugé abordable (%)</b>	0,85
	45,8	
	47,0	

Dans l'ensemble, les patients étaient satisfaits des soins reçus (70% au premier recours, avec un accroissement jusque 80% au deuxième recours;  $p=0,002$ ). Les motifs de satisfaction étaient diversifiés; les deux raisons dominantes de satisfaction étant d'avoir recouvré la guérison à la suite des soins jugés de qualité et la disponibilité des médicaments. Aucune différence de satisfaction n'avait été notée, selon que le chef de ménage était de sexe masculin ou féminin (tableau 11).

**Tableau 11. Satisfaction par rapport aux soins reçus selon le sexe du chef de ménage dans la ville de Goma, Nord Kivu, RDC, année 2017**

Motif de satisfaction au premier recours des soins	Global (n=590)	Sujets satisfaits des soins (%)		
		Sexe Masculin (n=508)	Sexe Féminin (n=90)	
Bonne prise en charge /guérison (%)	54	53	56	*p=0,818
Disponibilité des médicaments (%)	21	22	18	
Prix/tarifcation utilisée abordable (%)	12	12	11	
Disponibilité d'un personnel médical qualifié (%)	5	5	4	
Accueil du personnel (%)	4	4	6	
Bonne qualité des équipements de soins (%)	2	2	3	
Durée réduite d'accès aux soins (%)	2	2	2	
Propreté des infrastructures des soins de santé (%)	1	1	0	

\*Test Fischer Exact

#### 4 DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif de décrire l'itinéraire thérapeutique d'un sujet malade dans la ville de Goma. Les résultats de cette étude mettent en évidence un niveau élevé de morbidité avec recours important des patients vers des officines pharmaceutiques et des formations sanitaires avec médecins.

Avant de discuter les principaux résultats de cette étude, il importe d'aborder les quelques limites que comporte cette étude. La première limite potentiellement importante tient au biais de mémoire. En effet, il se pourrait que dans certains cas, les chefs de ménage ne se rappellent pas de manière précise du nombre d'épisodes maladies que l'un ou l'autre membre de famille a connu au cours de 12 derniers mois précédents l'étude. Pour amenuiser ce biais, chaque fois qu'un doute survenait, l'occasion était donnée aux autres membres de famille de contribuer à préciser la donnée. En outre, la description des recours aux soins s'est faite sur le dernier épisode maladie. La deuxième limite concerne le revenu déclaré des ménages. En effet dans un environnement où l'insécurité tuitoie le quotidien des habitants, l'enquêteur pourrait être tenté à minorer le niveau de revenu. Toutefois, la qualité des enquêteurs et de la méthodologie d'entretien pourrait avoir contribué à réduire ce biais. De plus, le niveau de revenu a été confronté au niveau des dépenses du ménage.

En dépit de ces limites, les résultats de cette étude donnent des indications intéressantes qu'il importe de discuter, au sujet des niveaux de morbidité et de mortalité dans la population urbaine de Goma et par rapport aux recours aux soins empruntés par la patientèle urbaine de Goma.

Le profil de morbidité et mortalité retrouvé traduit d'une part l'importance déjà décrite des maladies infectieuses, avec à la tête le paludisme en RDC [16] et au Nord Kivu [17], [18], mais d'autre part l'émergence des maladies chroniques non transmissibles [19], [20], particulièrement en milieu urbain congolais [13], [21].

Le profil d'itinéraire thérapeutique observé dans cette étude est en décalage avec celui attendu classiquement dans un système de santé basé sur les soins de santé primaires et le district de santé.

Dans un système de santé basé sur le district de santé, le premier recours privilégié en cas de maladie est constitué du centre de santé de l'aire de santé; dans le cas présent, la patientèle urbaine de Goma y recourt de manière exceptionnelle, privilégiant des services informels d'automédication au niveau des officines pharmaceutiques (51% pour le premier recours et 15% pour le deuxième recours) et le recours à une structure formelle médicalisée (25% pour le premier recours et 32% pour le deuxième recours). Ces

résultats semblent s'éloigner de ceux trouvés dans la ville de Kinshasa par Manzambi [12], dont le recours à l'automédication était de seulement 27,1%, mais s'en rapprochent pour le recours à une structure médicalisée (27,1%). En revanche, ces résultats rejoignent globalement ceux trouvés par Chenge *et al* [13]. dans la ville de Lubumbashi au Sud-Est de la RDC, avec 54,6% de recours à l'automédication et ceux trouvés par Nkomo [10] au Cameroun, avec 52% de cas recours à l'automédication. Ce phénomène d'automédication semble prendre une ampleur inquiétante, comme le montre une autre étude réalisée en 2011 auprès des patients admis aux cliniques universitaires de Kinshasa, pour lesquels la prévalence de l'automédication entre le début des symptômes et l'hospitalisation avait été évalué à 59,6%, avec un range de produits automédiqués variant entre un à sept [22]. Dans notre série de Goma, ce recours important à l'automédication pourrait être lié au faible niveau de régulation du secteur du médicament, avec des officines pharmaceutiques non tenues par des professionnels du médicament. En effet une étude récente sur le profil des établissements pharmaceutiques dans la ville de Goma a montré que 88% d'officines pharmaceutiques sont tenues le plus souvent par du personnel infirmier et seulement 7% d'entre elles par des assistants en pharmacie et 2% par des pharmaciens [23]. Ce personnel infirmier, dans un contexte d'un contrôle insuffisant par le régulateur, serait tenté à répondre aux sollicitations de la patientèle, qui accéderait ainsi aux médicaments, sans un examen médical préalable assorti d'une ordonnance médicale.

Les résultats de notre étude, qui recourent partiellement ceux de l'étude menée dans la ville de Kinshasa, capitale de la RDC et globalement ceux de l'étude menée dans la ville de Lubumbashi, au Sud-Est de la RDC, posent question par rapport à la cohérence des politiques, des normes et des pratiques d'organisation et de régulation des services de santé et des établissements pharmaceutiques en milieu urbain de la RDC.

Ce recours privilégié de la patientèle vers les services informels, suivi des services médicalisés, traduit indirectement une inadéquation de l'organisation des services de santé formels avec les attentes de la patientèle urbaine. Cette inadéquation avait déjà été documentée par Tonglet et Grodos [7] il y a une vingtaine d'années, au terme d'une analyse des cas d'organisation des services de santé urbains dans six villes africaines (Ouagadougou, Dakar, Cotonou, Brazzaville, Yaoundé, Bamako). Tout en reconnaissant la pertinence du modèle de district de santé en milieu urbain, cette étude a particulièrement insisté sur l'adaptation du modèle de district de santé aux particularités du contexte urbain, tout en préservant la finalité du modèle.

Discutons à présent les résultats de cette étude au regard des particularités du contexte urbain, y compris les attentes de la patientèle urbaine, qui ne sont pas assez prises en compte. En effet, la répartition des zones de santé urbaines, en aires de santé, semble avoir une importance relative, pour la patientèle. Cette relativité est d'autant grande, que l'offre des soins est plurielle, donnant plusieurs alternatives à une patientèle plus instruite et exigeante et qui mesure bien les limites dans les domaines du diagnostic du seul personnel infirmier œuvrant au sein des centres de santé non médicalisés. En effet, les services de santé de première ligne doivent offrir une gamme complète de services intégrés de diagnostic, curatifs, de réadaptation et palliatifs [1]. Cette gamme d'offre de qualité n'est pas réellement disponible, au niveau des centres de santé tenus par le seul personnel infirmier en milieu urbain de Goma.

Face aux particularités du contexte urbain, comme l'ont proposé l'OMS [1] et Criel *et al* [24]., une des approches à privilégier en milieu urbain au premier échelon est celle d'une équipe de coordination des services de santé essentiels pour des soins continus, complets, centrés sur la personne, qui capitalise les expertises de plusieurs acteurs, tant publics que privés présent au sein d'un réseau de santé urbain. En effet, le milieu urbain regorge des expertises de soins dans des domaines divers comme celui du diagnostic, des urgences obstétricales et d'autres, certains traitements spécialisés, le renforcement des capacités (formation) du personnel, l'assistance sociale, etc... Face à toutes ces expertises, l'équipe pourrait coordonner une bonne prise en charge des patients et assurer la médiation, la référence de la patientèle, dans une logique fonctionnelle, pour ainsi rencontrer de manière pertinente les attentes des usagers. En outre, par rapport à la population de responsabilité, l'on pourrait s'émanciper de l'approche géographique stricte, qui semble globalement passive, et s'ouvrir à une approche plus active, moyennant un système d'inscription. Ce dernier offre l'opportunité de construire une relation responsable et durable entre l'équipe de soins et les ménages qui acceptent de s'engager dans cette relation de soins.

Les éléments de discussion abordés ci-haut sur l'itinéraire thérapeutique au regard des particularités urbaines imposent un changement profond de paradigme d'organisation des services de santé urbains. Un tel processus requiert des études structurées, comme celle proposée sur la réorganisation de la première ligne des soins dans la ville de Goma [25] et une plus grande ouverture entre les instances de gouvernance sanitaire urbaine et les institutions académiques et de recherche, telle que argumentée dans une étude réalisée par Kahindo *et al* [26]. sur les défis sanitaires urbains.

Enfin, discutons le lien entre le genre et l'itinéraire thérapeutique dans la ville de Goma. Dans cette étude, les résultats montrent que 16,5% de ménages avaient comme chef de ménage une femme, avec un niveau de revenu significativement plus bas par rapport à son homologue de sexe masculin. La différence de revenu entre les ménages selon les sexes est probablement révélatrice des sources de revenus instables, prépondérantes chez les chefs de ménage de sexe féminin (commerce, secteur informel, emplois dans le service militaire ou de la police), par rapport aux chefs de ménages de sexe masculin, dont les sources de revenus paraissent plus stables (emplois formels dans les secteurs publics et privés et exercice des métiers). Malgré cette situation inégalitaire, cette étude ne montre aucune différence significative au niveau de la perception de la qualité des soins et des coûts des soins, selon que le chef

de ménage est de sexe masculin ou féminin. De même, il n'a pas été observé de différence en ce qui concerne le nombre d'épisodes maladies et le type d'itinéraire thérapeutique entrepris. Toutefois, le niveau de non-recours aux soins et de mortalité restent plus élevés dans cette catégorie de ménages dont le chef est de sexe féminin, ménages qui semblent globalement plus défavorisés.

## **5 CONCLUSION**

L'itinéraire thérapeutique des patients en milieu urbain de Goma à l'Est de la RDC reste complexe, atypique, dominé par un recours important à l'automédication et secondairement aux formations sanitaires médicalisées.

Ce profil d'itinéraire thérapeutique est révélateur d'une inadéquation entre les attentes de la patientèle et le mode d'organisation des services de santé urbains, qui reste dominé par la réplication en milieu urbain d'un modèle d'organisation hérité depuis plus de 40 ans du milieu rural en RDC, mais qui semble mal s'accommoder aux particularités du contexte urbain en expansion.

Ces résultats devraient inciter à questionner la cohérence des services de santé urbains, et ainsi progresser sur la poursuite des actions de recherche devant permettre à terme, d'adapter les politiques, les normes, les processus d'organisation des services et plus largement la gouvernance des services de santé urbains en RDC. En effet, la mise en œuvre des engagements pris par la RDC à progresser sur la voie de la Couverture santé universelle, ne devrait pas faire l'impasse sur le questionnement suggéré ci-haut, au regard du poids démographique croissant de la population urbaine en RDC.

## **CONFLIT D'INTÉRÊT**

« Les auteurs déclarent qu'ils n'ont pas de relation financière ni personnelle qui pouvait les avoir influencés de manière inappropriée en rédigeant cet article »

## **CONTRIBUTION DES AUTEURS**

JBK a coordonné et participé à toutes les phases de l'étude (formulation du protocole de recherche, collecte des données, analyse des données, rédaction de l'article), CK a coordonné la collecte des données, PM, ETM, NM, NNE, CK, HL, DP ont participé à l'analyse des données et à la révision de l'article.

## **REMERCIEMENTS**

Les auteurs remercient l'Union Européenne et le Gouvernement Belge (DGD) pour le financement du PADISS (projet d'appui au développement intégré du système de santé au Nord-Kivu), projet dans le cadre duquel la collecte des données de cette étude a été réalisée.

## **REFERENCES**

- [1] OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2008: les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
- [2] OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2010: Le financement des systèmes de santé. Le chemin vers une couverture universelle. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
- [3] Organisation Mondiale de la santé et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/La Banque Mondiale, Rapport mondial de suivi 2017: la couverture-santé universelle: Résumé analytique [Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report]. Genève, Organisation mondiale de la Santé et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale, 2018.
- [4] United Nations, Economic and Social Affairs, World Urbanization Prospects: The 2018 Revision. Available at <https://population.un.org/wup/Publications/Files/WUP2018-KeyFacts.pdf>.
- [5] D. Mahler, L. Smeeth, and J. Sekajugo, "Health transition in Africa: practical policy proposals for primary care", *Bull world health organ.*, Vol.88, pp.943-948 | .doi: 10.2471/BLT.10.077891.
- [6] M.F. Chenge, J. Van der Vennet, D. Porignon, N. Luboya, I. Kabyla et B. Criel, "La carte sanitaire de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo: Partie I: problématique de la couverture sanitaire en milieu urbain congolais, " *Global Health Promotion*, Vol.17, no. 3, pp. 63-74, 2010.
- [7] D. Grodos, R. Tonglet, "Maîtriser un espace sanitaire cohérent et performant dans les villes d'Afrique subsaharienne: le district de santé à l'épreuve," *Trop Med Int Health.*, Vol.7, pp. 977-992, 2002.
- [8] Y. B. Tape, Analyse économétrique de l'itinéraire thérapeutique des ménages en Côte d'Ivoire. Université de Laval, Mémoire de Maîtrise, 2007.

- [9] EM. Ouendo, M. Makoutode, M.N. Paraiso, M. Wilmet-Dramaix et B. Dujardin, "Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé)," *Trop Med Int Health.*, Vol.10, no.2, pp. 179–186, 2005.
- [10] P. P. Nkoma, "Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun: les déterminants du recours à l'automédication. 7ème Conférence sur la Population Africaine: Dividende démographique en Afrique: Perspectives, Opportunités et Défis". Afrique du Sud, Johannesburg, 2015.
- [11] M. Ouédraogo, S. Kouanda, K. Boncounou, M. Dembélé, Z. A. Zoubga, S. M. Ouédraogo, G. Coulibaly, "Itinéraire thérapeutique des tuberculeux bacillifères dépistés dans deux centres de traitement de la tuberculose au Burkina Faso," *Int J Tuberc Lung Dis*, Vol. 10, no.2, pp.184-187, 2006.
- [12] K.J. Manzambi, "les déterminants du comportement de recours à la polyclinique conventionnée en milieu urbain africain: Résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo," *Revue Psychologie et Société Nouvelle*, Vol.7, pp. 280-308, 2009.
- [13] M.F. Chenge, J. Van der Vennet, N.O. Luboya, V. Vanlerberghe, M.A Mapatano, and B. Criel, "Health-seeking behaviour in the city of Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo: results from a cross-sectional household survey," *BMC Health Services Research*, 14: 173 doi: 10.1186/1472-6963-14-173, 2014.
- [14] L. Pech, K. Büscher, and T. Lakes, "Intraurban development in a city under protracted armed conflict : patterns and actors in Goma, DR Congo," *Political Geography*, vol. 66, pp. 98–112, 2018.
- [15] K. Büscher and K. Vlassenroot, "Humanitarian Presence and Urban Development: New Opportunities and Contrasts in Goma, DRC," *Disasters*, Vol. 34 Suppl 2 (s2), pp. 256-273 DOI: 10.1111/j.1467-7717.2010.01157.x.
- [16] Ministère de la santé de la RDC. Plan national de développement sanitaire 2016- 2020. Vers la couverture sanitaire universelle. Kinshasa, Ministère de la santé de la RDC, 2016, 97.
- [17] Division Provinciale de la Santé du Nord Kivu, "Principaux indicateurs de la province au regard des cibles," *Bulletin du Système d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique BUSISE spécial 2018*, pp.4-30, 2018.
- [18] JB.M Kahindo, H. Karemere, L. Nyavanda et N.P Mitangala, "Morbidités et système de santé en RDC: Synthèse interprétative et critique de la littérature," *Annales de la Faculté de santé et développement communautaires de l'ULPGL de Goma. Revue Scientifique* ISSN 1813-3886, Vol. 2, pp.125-156, 2018.
- [19] WHO. World Health statistics. Monitoring sustainable development goals. Geneva, WHO; 2017.
- [20] P.B. Katchunga, K.J.R M'Buyamba, B.E.Masumbuko, D. Lemogoum, Z.M. Kashongwe, J.P. Degaute, J.M. Kabinda, "Hypertension artérielle chez l'adulte Congolais du Sud Kivu: résultats de l'étude Vitara," *Presse Med*. Vol. 6, no. 4, pp. 315-323, 2011. PubMed | Google Scholar.
- [21] L. Mbenza, E Beya, F. Ekwanzala, N. Vangu, D. Nahimana, F. Mbungu, K. Mbuyamba, I. Biyeleli et M Mupepe, Enquête sur les facteurs des maladies non transmissibles à Kinshasa, capitale de la RD Congo. Kinshasa, OMS, 2006.
- [22] F.M.I Ndol, F.L. Bompeka, M. Dramaix-Wilmet, P. Meert, M. Malengreau, N. N. Mangani, F.M. Tsobo, D. Koné, "L'automédication chez des patients reçus aux urgences médicales des Cliniques Universitaires de Kinshasa," *Santé publique* vol. 25, no. 2, 2013.
- [23] ULB Coopération, Rapport d'étude sur l'offre des soins dans la ville de Goma en RDC. Goma, ULB Coopération – PADISS NK, 2018.
- [24] B. Criel, V. De Brouwere, S. Dugas, *Integration of vertical programmes in multi-function health services*. Antwerp, ITGPress, 1997 (Studies in Health Services Organization and Policy 3).
- [25] M.JB. Kahindo, A. Simbi, M. Vitale, N.P. Mitangala, Y. Coppieters, D. Chinnici and H. Lambert "Urbanization and health services: developing a new model of primary health care in Goma (Democratic Republic of Congo)," *Cities & Health*, 2019. DOI: 10.1080/23748834.2019.1693792.
- [26] M. JB. Kahindo, N.P. Mitangala, A. Echterbille, "Adresser les défis sanitaires urbains des pays en développement: contribution des institutions universitaires," *Annales de la Faculté de santé et développement communautaires de l'ULPGL de Goma. Revue Scientifique* ISSN 1813-3886 Vol.1. no.3, pp.16-30, 2020.