

République du Burundi



VERSION 23 01 2007

**Enquête Ménage de Base
Enquête Qualité des Structures de Santé
Analyse des Constats**

Provinces de Cankuzo, Bubanza, Makamba, Karuzi et Gitega

**pour le programme
« Achat de Performance »
2006-2007**

Les Hayes et Bujumbura

Robert Soeters

CONTENU DU RAPPORT

CONTENU DU RAPPORT	2
PREFACE	4
REMERCIEMENTS	5
ABBREVIATIONS.....	6
TABLEAUX DU RAPPORT	7
1. RESUME DU RAPPORT ETUDE DE BASE	10
2. INTRODUCTION	14
2.1 LES OBJECTIFS DE L'ETUDE	14
2.2 DESCRIPTION DES PROVINCES D'INTERVENTION ET TEMOIN.....	15
2.3 CONTENUE DU RAPPORT.....	15
3. METHODOLOGIE DE L'ETUDE DE BASE.....	16
3.1 METHODOLOGIE CONCERNANT L'ENQUETE MENAGE	16
3.2 LIMITATIONS METHODOLOGIQUES D'UNE ENQUETE MENAGE	17
3.3 METHODOLOGIE CONCERNANT L'ENQUETE QUALITE.....	18
3.3 DISCUSSIONS AVEC LES ACTEURS PRINCIPAUX ET RESTITUTIONS POUR ANALYSER L'ETUDE	19
4. RESULTATS DE L'ENQUETE MENAGE	20
4.1 RESULTATS GENERAUX DE L'ENQUETE MENAGE	20
4.1.1 <i>Caractéristiques générales de ménages</i>	20
4.1.2 <i>Type de maisons et illumination</i>	21
4.1.3 <i>L'accès à l'eau potable et aux latrines</i>	21
4.1.4 <i>Estimation de la pauvreté dans les Aires d'Attraction des Centres de Santé</i>	22
4.1.5 <i>Les ménages dirigés par les femmes</i>	24
4.1.6 <i>Les ménages monogames, polygames et statut matrimonial</i>	24
4.1.7 <i>Revenus par personne et dépenses pour la santé par groupe socio-économique</i>	25
4.1.8 <i>Revenus et dépenses santé par province</i>	25
4.1.9 <i>Taux de natalité brut</i>	26
4.1.10 <i>Mères adolescentes</i>	27
4.1.11 <i>Taille de ménage</i>	27
4.1.12 <i>Proportion de femmes dans l'âge de procréation</i>	28
4.1.13 <i>Mortalité infantile</i>	28
4.1.14 <i>Scolarisation des enfants et la qualité de l'éducation</i>	28
4.2 COMPORTEMENT DE LA POPULATION FACE A LA MALADIE.....	30
4.2.1 <i>Les épisodes maladie et où vont les patients</i>	30
4.2.2 <i>Fiabilité de la collecte de données SIS et les taxes de structures de santé</i>	32
4.2.3 <i>Le taux d'épisode maladie reparti par province</i>	32
4.2.4 <i>Pour quelles maladies les répondants ont-ils cherché les soins?</i>	33
4.2.5 <i>Qui était malade?</i>	33
4.2.6 <i>Distance parcourue pour les soins</i>	34
4.3 SATISFACTION DE SERVICE ET COUT DE SOINS	34
4.3.1 <i>Satisfaction avec la structure de santé</i>	34
4.3.2 <i>Satisfaction avec les structures de santé par province</i>	35
4.3.3 <i>Coût de soins</i>	37
4.3.4 <i>Perception de coût et comment ont-ils payé</i>	39
4.3.5 <i>Patients cherchant le traitement directement dans les pharmacies privées</i>	40
4.3.6 <i>Commentaires de répondants sur les formations sanitaires</i>	41
4.3.7 <i>La mutuelle de la santé</i>	44
4.3.8 <i>Quel type de formations sanitaires les répondants préfèrent-ils ?</i>	45
4.3.9 <i>Les maladies chroniques graves</i>	46
4.4. SANTE DE LA REPRODUCTION.....	47
4.4.1 <i>Les accouchements</i>	47
4.4.2 <i>Perception du coût pour les accouchements</i>	48

4.4.3	<i>Où les femmes enceintes planifient-elles d'accoucher ?</i>	49
4.4.4	<i>Consultations prénatales</i>	50
4.4.5	<i>La Planification Familiale</i>	50
4.4.6	<i>Le choix parmi les femmes de 15-49 ans sur leur procréation</i>	52
4.4.7	<i>Connaissance sur les méthodes de prévention VIH/SIDA</i>	53
4.4.8	<i>Connaissance sur l'utilisation de condoms</i>	54
4.5	D'AUTRES ELEMENTS DU PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES	55
4.5.1	<i>Immunisation des enfants en dessous d'un an</i>	55
4.5.2	<i>L'utilisation de moustiquaires</i>	56
4.5.4	<i>Commentaires spontanés faites par les répondants concernant la santé</i>	58
4.5.5	<i>Commentaires spontanés faites concernant d'autres thèmes</i>	59
5.	RESULTATS DE L'ENQUÊTE QUALITÉ	60
5.1	SCORE DE QUALITE DANS LES HOPITAUX DE PREMIER REFERENCE	60
5.1.1	<i>Score global des hôpitaux</i>	60
5.1.2	<i>Nombre de lits et personnel qualifié</i>	60
5.1.3	<i>Disponibilité de documents et du matériel de communication</i>	61
5.1.4	<i>Hygiène, stérilisation et mesures de propreté dans les hôpitaux</i>	61
5.1.5	<i>Qualité concernant le service de la consultation externe</i>	62
5.1.6	<i>Suivi des parturientes à la maternité de l'hôpital</i>	62
5.1.7	<i>Disponibilité du matériel dans la salle d'accouchement</i>	63
5.1.8	<i>Disponibilité du matériel dans le service de la planification familiale des hôpitaux</i>	63
5.1.9	<i>Disponibilité des médicaments et consommables traceurs dans les hôpitaux</i>	63
5.2	SCORE DE QUALITE DANS LES CENTRES DE SANTE	64
5.2.1	<i>Score global des Centres de santé par province</i>	64
5.2.2	<i>Disponibilité des lits dans les centres de santé</i>	64
5.2.3	<i>Disponibilité du personnel qualifié dans les centres de santé</i>	65
5.2.4	<i>Disponibilité de documents et du matériel de communication dans les centres de santé</i>	65
5.2.6	<i>Qualité dans la consultation externe</i>	66
5.2.7	<i>Suivi des parturientes à la maternité du centre de santé</i>	67
5.2.8	<i>Disponibilité du matériel dans la salle d'accouchement</i>	67
5.2.9	<i>Disponibilité du matériel et intrants dans le service de la Planification Familiale</i>	68
5.2.10	<i>Qualité au service de vaccination</i>	68
5.2.11	<i>Disponibilité et remplissage correct des documents au service de la CPN</i>	68
5.2.12	<i>Disponibilité des équipements et du matériel de laboratoire dans les centres de santé</i>	69
5.2.13	<i>Disponibilité des médicaments et consommables traceurs</i>	69
6.	ANALYSE DES PRINCIPAUX CONSTATS DE L'ETUDE	70
6.1	ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS SOCIO-ECONOMIQUES ET SCOLAIRES	70
6.2	ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS POUR LES SOINS CURATIFS	71
6.3	ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS POUR LA SANTE REPRODUCTIVE	73
6.4	ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS POUR LA QUALITE DE SOINS DES HOPITAUX	73
6.5	ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS POUR LA QUALITE DE SOINS DES CENTRES DE SANTE	75
7.	CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS	77
7.1	SUGGESTION GENERAL	77
7.2	CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS CONCERNANT LA SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE ET SCOLAIRE	77
7.3	CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS CONCERNANT LES SOINS CURATIFS	78
7.4	CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS CONCERNANT LA SANTE REPRODUCTIVE	80
7.5	CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS CONCERNANT LES AUTRES COMPOSANTES DU PMA / PCA	82
7.6	CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS CONCERNANT LA QUALITE DE SOINS DES HOPITAUX	83
7.7	CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS CONCERNANT LA QUALITE DE SOINS DES CENTRES DE SANTE	84
Annexe 1 :	Questionnaire enquête ménage	
Annexe 2 :	Questionnaire enquête de la qualité	
Annexe 3 :	Liste de l'équipe de l'enquête ménage juin – juillet 2006	
Annexe 4 :	Liste de l'équipe de l'enquête qualité septembre 2006	
Annexe 5 :	Liste de présence des participants de l'atelier de restitution d'Octobre 2006	
Annexe 6 :	Références	

PREFACE

Les Etats généraux de la santé tenus du 31 Mai au 04 Juin 2004 ont mis en exergue les principaux défis que doit relever le système de santé burundais. Il s'agit notamment de la forte charge de morbi-mortalité liée aux maladies transmissibles et carenciales, de la forte morbi-mortalité maternelle et infantile et de la faible performance du système national de santé.

Pour remédier à ces contraintes, une Politique Nationale de Santé 2005-2015 a été élaborée et un Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010, qui en est une émanation, a été adopté par tous les partenaires du secteur de la santé. Ce PNDS met un accent particulier sur les 4 objectifs suivants : (i) Réduire la morbi-mortalité maternelle et néonatale, (ii) Réduire la morbi-mortalité infantile, (iii) Lutter contre les maladies transmissibles et non transmissibles et (iv) Renforcer la performance du système national de santé.

La performance du système de santé est compromise par certaines contraintes liées notamment à l'insuffisance du personnel de santé de qualité et en nombre suffisant, à la démotivation du personnel de santé ainsi qu'à la faible qualité des services de santé.

Pour améliorer la performance du système de santé, le Ministère de la Santé Publique entend mettre en œuvre des stratégies efficaces pour répondre à ce défi. C'est ainsi que le recours à la contractualisation a été adopté par le PNDS 2006-2010 comme l'une des stratégies envisageables dans le cadre du renforcement de la performance du système de santé.

Pour ce faire, le Ministère de la Santé Publique, en collaboration avec les partenaires du secteur de la santé, a mis en place une Politique Nationale de Contractualisation qui se veut être un cadre de référence pour tous les acteurs qui veulent s'investir dans ce domaine. Les contrats de performance avec les prestataires de santé ont été retenus comme un des axes stratégiques de cette Politique.

L'ONG CORDAID, forte de l'expérience déjà accumulée sous d'autres cieux en matière d'achat de performance souhaite participer au renforcement du système de santé à travers l'établissement de contrats de performance avec les structures de santé des Provinces de Cankuzo et Bubanza.

Cette approche contractuelle, qui est une approche de type output, a besoin, avant sa mise en œuvre, d'une enquête de base pour établir une base scientifique de départ qui permettra à terme de mesurer les effets de l'intervention achat de performance. C'est ainsi que la présente étude, qui combine une enquête ménage et une enquête de qualité des prestations offertes par les structures de santé a été menée au niveau des Provinces de Cankuzo et Bubanza. Cette étude établit également une comparaison des résultats avec 2 Provinces témoins que sont Karuzi et Makamba qui elles disposent d'un appui de type input. Il est à noter aussi que des comparaisons ont également été effectuées avec les résultats de l'enquête qualité des soins effectuée dans le secteur de santé de Kibuye dans la province de Gitega par l'ONG HealthNet TPO.

Les constats, souvent peu glorieux, relevés par la présente étude seront traduits en terme d'indicateurs que l'approche contractuelle devra améliorer. Ainsi, CORDAID aura contribué à la mise en œuvre du PNDS 2006-2010 à travers le renforcement de la performance du système national de santé.

Dr BASENYA Olivier

Président du Comité de Pilotage de l'approche contractuelle au BURUNDI

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier très sincèrement CORDAID les Hayes qui a accepté de financer cette étude de base au Burundi à travers de ses responsables Diana Numan, Sara van der Weerd et Niek Thijssen. Le Chef de Mission Paolo Ferraris, et le coordinateur médical Dr. Michel Bossuyt avec leur équipe à Bujumbura ont fait un grand travail pour faciliter l'étude à travers d'organisation des aspects logistiques et contractuels de l'enquête ménage en juin et de l'enquête qualité en septembre. Cela n'était pas toujours facile de combiner cette facilitation avec leur travail quotidien et j'apprécie profondément leur patience.

Je remercie l'équipe de l'enquête ménage de 19 personnes (des enquêteurs, superviseurs, coordinateurs de l'étude, statisticiens et des chauffeurs) qui ont effectués l'enquête parmi 500 ménages, saisi les données et écrit le rapport. Il y avait dix enquêteurs – quatre femmes et six hommes et pendant 18 jours ils ont consacré tout leur temps et un grand effort pour la formation, la conduite de l'enquête en veillant sur la qualité de la collecte de données. En plus je remercie l'équipe de cinq superviseurs des cinq Bureaux Provinciaux de la Santé et deux chauffeurs qui en Septembre 2006 ont effectués l'enquête qualité parmi 24 structures de santé.

Nous tenons à remercier ces deux équipes qui ont parcourus les provinces, villages et collines avec beaucoup de précisions, patience et persévérance à interroger, écouter et compléter les questionnaires bravant la fatigue, la pluie, la boue, acceptant de travailler jour après jour inclusivement les weekends.

Je remercie carrément le co-coordonateur de l'étude Dr. Canut NKUNZIMANA qui a d'une manière excellente facilité le travail du terrain et qui a fait les contacts avec les différents acteurs à Bujumbura. Je remercie sincèrement Dr. Athanase NDUHIRA et Dr. Juvénal NDAYISHIMIYE qui étaient les superviseurs des enquêteurs et qui ont donnés leurs commentaires sur les versions précédents de ce rapport. Cette étude serait très difficile à compléter dans le peu temps disponible sans le travail excellent de Mr. Célestin KIMANUKA – de CIF Santé Goma qui a fait la saisie de données, les testes statistiques ainsi que la correction du Français des deux études. Nous sommes certains que tous les participants de l'étude y ont acquis l'amour et le sens de la rigueur de la recherche et découvert leur population.

Cette étude de base constitue une base de données très précieuse sur la réalité que vit la population et le personnel des structures de santé et sera un excellent outil de travail non-seulement pour le secteur santé mais aussi pour d'autres secteurs de développement. C'est pourquoi nous tenons aussi à remercier les représentants du Ministère de la Santé Publique, les Médecins des Bureaux Provincial de la Santé et l'équipe Cordaid Burundi et toutes les personnes interviewées qui grâce à leur collaboration et ouvertures ont permis un tel résultat.

ROBERT SOETERS
COORDINATEUR DE L'ETUDE

ABBREVIATIONS

BCG	Bacille de Calmette-Guérin
BPS	Bureau Provincial de la Santé
CAM	Carte Assurance Maladie
CPN	Consultation Périnatale
CS	Centre de Santé
DFID	Department for International Development
DIU	Dispositif Intra-Utérin
FOSA	Formation Sanitaire (centres de santé, hôpital).
IEC	Information, Education, and Communication
MFP	Mutuel Fonction Publique
MSF	Médecins Sans Frontières
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMCT	Prevention of Mother to Child HIV Transmission
RDC	République Démocratique de Congo
SIS	Système d'Information Sanitaire
TBC	Tuberculosis
UE	Union Européenne
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
VIH/	Virus de l'Immunodéficience Humaine
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

TABLEAUX DU RAPPORT

Tableau 1: Les 20 grappes (correspondant avec les Aires d'Attraction) choisi pour l'enquête ménage.

Tableau 2: Source principale de revenus des ménages enquêtés.

Tableau 3: Proportion de ménages pratiquant l'élevage et/ou ayant un champ, et la perception de sa superficie et de sa fertilité par groupe socio-économique.

Tableau 4: Proportion de ménages avec un champ et la perception de sa superficie et fertilité par province.

Tableau 5: Types de maison où les ménages habitent repartit par province.

Tableau 6: Type d'éclairage dans les ménages repartit par province.

Tableau 7: Source d'eau employée par les ménages subdivisés par province.

Tableau 8: Les ménages, ont-ils de latrines?

Tableau 9: Les ménages ont-ils des latrines en bon état ?

Tableau 10: Pauvreté dans chaque aire de santé basé sur quatre indicateurs et le score moyen de pauvreté.

Tableau 11: Taille de ménages, revenu par an par personne et dépenses pour la santé par an par personne subdivisé en ménages dirigés par des personnes de sexe masculin ou féminin.

Tableau 12: Proportion de ménages monogame et polygame, taille moyenne de ménage, les revenus par an par personne et les dépenses pour la santé par personne par an.

Tableau 13: Proportion de ménages selon leur statut matrimonial, la taille moyenne de ménage, les revenus par an par personne et les dépenses pour la santé par personne par an.

Tableau 14 : Revenu et dépense pour la santé par habitant par an dans les quatre groupes socio-économiques.

Tableau 15: Revenu et dépenses pour la santé par province.

Tableau 17: Taux brut de natalité subdivisé selon les provinces.

Tableau 18: Taille de ménage par groupe socio-économique.

Tableau 19: Taille de ménage par Zone de Santé.

Tableau 20: Décès des enfants pendant les derniers 12 mois.

Tableau 21: Le taux de scolarisation parmi des garçons et des filles par groupe socio-économique.

Tableau 22: Le taux de scolarisation parmi des filles et des garçons dans les Zones de Santé.

Tableau 23: Les raisons pour ne pas scolariser les enfants.

Tableau 24: Lieu où les élèves sont scolarisés et appréciation des frais scolaires ainsi que de la qualité.

Tableau 25: Les épisodes de la maladie dans l'échantillon et quel choix a fait les répondants.

Tableau 26: Comportement des malades cherchant de soins dans les structures religieuses, publiques et privées en rapport avec les consultations et les admissions à hôpital.

Tableau 27: Des épisodes de la maladie subdivisés par province.

Tableau 28: Quelles maladies ont été rapportées par les répondants.

Tableau 29: Proportion de malades masculins et féminins?

Tableau 30: L'âge des malades.

Tableau 31: Distance voyagé pour les soins de santé.

Tableau 32: Satisfaction des répondants sur les formations sanitaires par province.

Tableau 33: Satisfaction des répondants sur les formations sanitaires par statut.

Tableau 34: Satisfaction des répondants sur les formations sanitaires dans la province de Bubanza.

Tableau 35: Satisfaction des répondants sur les formations sanitaires dans la province de Cankuzo.

Tableau 36: Satisfaction des répondants sur les formations sanitaires dans la province de Karuzi.

Tableau 37: Satisfaction des répondants sur les formations sanitaires dans la province de Makamba.

Tableau 38: Coût de soins pour la consultation externe et l'hospitalisation repartit par province et l'appréciation de ces coûts par les répondants.

Tableau 39: Coût de soins pour la consultation externe et l'hospitalisation repartit par statut de FOSA et l'appréciation de ces coûts par les répondants.

Tableau 40: Coût de soin pour la consultation externe et l'hospitalisation repartit par structure de santé dans la province de Bubanza et l'appréciation du coût par les répondants.

Tableau 41: Coût de soin pour la consultation externe et l'hospitalisation repartit par structure de santé dans la province de Cankuzo et l'appréciation du coût par les répondants.

Tableau 42: Coût de soins pour la consultation externe et l'hospitalisation repartit par structure de santé dans la province de Karuzi et l'appréciation du coût par les répondants.

- Tableau 43: Coût de soins pour la consultation externe et l'hospitalisation repartir par structure de santé dans la province de Makamba et l'appréciation du coût par les répondants.
- Tableau 44: Comment les répondants ont-ils payé leur facture après les soins?
- Tableau 45: Les répondants ont-ils achetés une cure complète dans la pharmacie privée?
- Tableau 46: Qualité perçue de soins et s'il y avait une guérison après avoir acheté des médicaments dans les pharmacies privées.
- Tableau 47: Les répondants ont seulement fait recours aux pharmacies privées, pourquoi ?
- Tableau 48: Visites aux pharmacies privées par groupe socio-économique ?
- Tableau 49: Commentaires spontanés des répondants repartir par province
- Tableau 50: Commentaires spontanés des répondants au sujet des formations sanitaires.
- Tableau 51: Commentaires spontanés des répondants repartir par structure de santé en province Bubanza.
- Tableau 52: Commentaires spontanés des répondants repartir par structure de santé en province Cankuzo.
- Tableau 53: Commentaires spontanés des répondants repartir par structure de santé en province Karuzi.
- Tableau 54: Commentaires spontanés des répondants repartir par structure de santé en province Makamba.
- Tableau 55: Membres d'une mutuelle de la santé repartir par Zone de Santé?
- Tableau 56: Appréciation des répondants sur le fonctionnement des CAM et MFP.
- Tableau 57: Membres d'une mutuelle de la santé repartir par groupe socio-économique.
- Tableau 58: Raisons pour lesquelles certains ménages ne sont pas membres des mutuelles de santé.
- Tableau 59: Préférence pour les différents types de formations sanitaires et les raisons de cette préférence.
- Tableau 60: Les maladies chroniques dans les ménages et sont-elles régulièrement traitées ?
- Tableau 61: les maladies "chroniques" rapportées par des répondants.
- Tableau 62: Les accouchements faits où et dirigés par qui ?
- Tableau 63: Accouchements assistés repartir par Zone de Santé. * Exclusivement césariennes
- Tableau 64: Accouchements assistés repartis par groupe socio-économique.
- Tableau 65: Les raisons qui motivent le choix d'une structure pour l'accouchement
- Tableau 66: Coût d'accouchement et la perception du coût.
- Tableau 67: Comment les ménages ont payés pour les accouchements ?
- Tableau 68: Où les femmes enceintes ont planifié d'accoucher ?
- Tableau 69: Les femmes allant à la CPN, combien elles ont payé et ont-elles reçu le vaccin anti-tétanique?
- Tableau 70: Indicateurs CPN par province.
- Tableau 71: Opinion des répondants au sujet de l'importance de la planification familiale.
- Tableau 72: Connaissance des répondants au sujet des méthodes modernes de la planification familiale, des condoms et des méthodes naturelles.
- Tableau 73: La connaissance au sujet des méthodes modernes de planification familiale.
- Tableau 74: Où les répondants ont entendu parler des méthodes de la planification familiale?
- Tableau 75: Opinion des femmes 15-49 au sujet de leur vie reproductrice.
- Tableau 76: La grossesse courante est-elle désirée?
- Tableau 77: Entendu parler de VIH/SIDA?
- Tableau 78: Méthodes de prévention contre VIH/SIDA selon les répondants. * Plusieurs réponses possibles.
- Tableau 79: Les répondants ont-ils entendu parler des condoms et sont-ils importants ?
- Tableau 80: Raisons fournis pour justifier pourquoi les répondants pensent que le condom n'est pas important
- Tableau 81: Raisons fournis, pourquoi les répondants pensent que les condoms soit importants.
- Tableau 82: Les condoms sont disponibles où? * Réponses multiples possibles
- Tableau 83: Couverture vaccinale dans les trois zones de santé
- Tableau 84: Raisons pour lesquelles les ménages n'ont pas immunisé leurs enfants.
- Tableau 85: Entendu parler des moustiquaires?
- Tableau 86: Opinion des membres de ménage sur les moustiquaires
- Tableau 87: Quelle est l'importance des moustiquaires ?
- Tableau 88: Connaissance des répondants sur l'utilisation des moustiquaires.
- Tableau 89: Taux d'utilisation des moustiquaires repartir par Zone de Santé.
- Tableau 90: Connaissance, taux d'utilisation des moustiquaires et prix moyen repartir par groupe socio-économique.
- Tableau 91: Taux d'utilisation des moustiquaires et le taux d'épisodes palu par personne par province.
- Tableau 92: Taux d'utilisation des moustiquaires et le taux d'épisodes palu par personne par groupe socio-économique.

- Tableau 93: Remarques spontanées des répondants concernant la santé.
- Tableau 94: Remarques spontanées des répondants concernant autres thèmes.
- Tableau 95 : Score global des hôpitaux
- Tableau 96 : Nombre de lits dans les hôpitaux par rapport à la norme.
- Tableau 97 : Nombre de personnel dans les hôpitaux par rapport à la norme de lits.
- Tableau 98 : Documents et matériels de communication disponibles dans les hôpitaux
- Tableau 99 : Mesures d'hygiène et de propreté appliquées dans les hôpitaux
- Tableau 100: Indicateurs du service de consultation externe
- Tableau 101 : Indicateurs de suivi des femmes à la maternité
- Tableau 102: Disponibilité du matériel dans la maternité
- Tableau 103 : Disponibilité du matériel et intrants de la planification familiale
- Tableau 104 : Disponibilité des médicaments et consommables traceurs dans les hôpitaux
- Tableau 105 : Score global des centres de santé par province.
- Tableau 106 : Disponibilité des lits dans les centres de santé et score global de qualité par province
- Tableau 107 : Personnel qualifié dans les centres de santé et score global de qualité
- Tableau 108 : Documents et matériel de communication disponibles dans les centres de santé.
- Tableau 109 : Pratique de l'hygiène, de la stérilisation et de propreté dans les centres de santé.
- Tableau 110 : Indicateurs sur les activités de la consultation externe
- Tableau 111 : Indicateur de qualité de suivi des femmes lors de l'accouchement.
- Tableau 112 : Disponibilité du matériel dans la salle d'accouchement et des moustiquaires dans la salle d'hébergement au centre de santé.
- Tableau 113 : Disponibilité du matériel et des intrants dans le service de la Planification Familiale
- Tableau 114 : Indicateurs sur la vaccination au centre de santé.
- Tableau 115 : Disponibilité et remplissage correcte des documents de CPN
- Tableau 116 : Indicateur de qualité des laboratoires dans les centres de santé.
- Tableau 117 : Présence du stock de sécurité des médicaments et consommables traceurs dans les centres de santé.

1. RESUME DU RAPPORT ETUDE DE BASE

Ce rapport présente les résultats de l'étude de base qui a eu place pendant 2006 avant le lancement du programme achat de performance en Novembre 2006 dans les provinces de Cankuzo et Bubanza au Burundi.

L'étude était basée sur : (a) une enquête parmi 500 ménages dans les provinces de Cankuzo, Bubanza, Makamba et Karuzi ; (b) une enquête qualité parmi 24 centres de santé et 5 hôpitaux dans les 4 provinces ci haut et la province de Gitega ; (c) des discussions avec les titulaires des centres de santé, les directeurs des hôpitaux, et les équipes des Bureaux Provinciaux de la Santé; (d) deux ateliers de restitution ; et (e) un processus d'échange des emails (durant trois mois) avec l'équipe Cordaid et le coordinateur de l'étude pour écrire le rapport finale.

L'objectif global du programme achat de performance dans les provinces de Cankuzo et de Bubanza est de rendre disponible à la population les Paquet Minimums et Complémentaires d'Activités (PMA & PCA) de bonne qualité à un prix accessible. Il est proposé de répéter le même étude en 2008 ou 2009 pour pouvoir évaluer l'impact de l'intervention en comparaisant les provinces de l'achat de performance avec les provinces témoins.

Pauvreté, accès financier et les scenarios de financement de santé

- L'étude montre que la population est pauvre - avec des *recettes moyens* de \$100 par personne par an. Cependant cette recette est supérieure par rapport aux études faites au Rwanda (\$52) et à la RDC (\$66). La *dépense pour la santé* était en moyenne \$ 6,1 par personne par an, ce qui correspond à une proportion de 6,1% des recettes par personne.
- Le *score de pauvreté* (basé sur quatre indicateurs collectés pendant l'étude) est le plus élevé dans la province de Cankuzo avec 49% et le moindre dans la province de Makamba avec 20%. Le score de pauvreté est la plus profonde dans l'Aire d'Attraction de Rutsindo avec 74% et le moindre dans l'aire de Vugizo avec 9%. Ces grandes différences de la pauvreté par province ainsi que par aire d'attraction sont des importants constats et semble d'obliger le ciblage des provinces et aires d'attraction pauvres avec des ressources additionnels par exemple à travers d'un bonus d'isolement et/ou de pauvreté. Avec ce but, nous propositions de faire des études qui mesurent le score de pauvreté brut dans tous les aires d'attraction pour faciliter ce ciblage.
- Cordaid pourrait encore essayer d'identifier des fonds pour lancer une approche achat de performance dans la province de Makamba ce qui est aussi fortement souhaité par les acteurs de Makamba. Par exemple, quant à la mauvaise disponibilité des médicaments, le problème enregistré à Makamba est réel et il est lié au caractère financement type « input » des projets ECHO avec des longues procédures. L'approche d'achat de la performance qui offre aux formations sanitaires la possibilité de prendre des initiatives pour acheter des médicaments en leur garantissant des subsides, est une autre bonne voie pour résoudre à long terme le problème de ruptures de stock.
- Le coût de soins mesuré pendant l'étude, soit \$ 1,14 pour une consultation externe et \$ 8,34 pour une hospitalisation, est bas par rapport aux pays voisins. Les structures étatiques avaient pendant le temps de l'enquête un prix moyen de \$ 0,75 par rapport à \$ 2,13 et \$ 3,27 dans respectivement les structures religieuses et privées. Cela est expliqué par la décision présidentielle en Maie 2006 que les accouchements et toutes les consultations des enfants de 0-5 ans dans les structures publiques doivent être gratuites. Une conséquence de cette *gratuité* était que plusieurs responsables des structures de santé ont eu des difficultés de payer les salaires du personnel. L'étude aussi démontre que la gratuité semble aussi d'avoir de *conséquences négatives pour la qualité* de soins.

- L'étude établit que le taux *d'épisodes maladies* par personne par an au Burundi est avec 3,55 le plus élevé parmi les enquêtes ménages réalisées dans la Région des Grands Lacs. En plus, le taux de 2.81 épisodes par personne par an traité dans les structures modernes de santé démontre une bonne fréquentation de services de santé. On constate aussi que *les pauvres* fréquentent les structures de santé *la même manière que les moins pauvres*. Ainsi la gratuité de soins au Burundi a encouragée la population de se soigner plus rapidement par rapport aux pays voisins. Il reste à étudier si une partie de ces visites aux structures de santé sont aussi peu justifiée.

Une observation importante est que l'intervention de Cordaid doit répondre aux soucis de la population et des décideurs de comment (a) atteindre des soins de bonne qualité à un prix raisonnable (inclusivement pour les indigents), (b) qui assure au même temps la motivation du personnel ainsi que l'efficacité dans l'utilisation des fonds publics, et (c) qui est pérenne dans le sens de financement de santé. **Ainsi sur la base des informations collectées quels sont les options de financement avec un focus particulier pour les pauvres?**

- Le système *de la mutuelle* n'est pas une solution à court ou moyen terme et l'étude a démontrée que seulement 2-3% des ménages sont membres. La tarification des structures dans la politique de la gratuité est tellement basse que cela rend peu intéressant pour la population de payer une cotisation pour une mutuelle.
- Aussi rendre complètement dépendant les services de santé au Burundi aux *donations des bailleurs extérieurs* semble ni souhaitable ni pérenne. Par exemple, les structures de santé dans la Province de Karuzi reçoivent gratuitement chaque mois des médicaments de MSF Belgique. Cela était peut être justifié dans la phase d'urgence, mais ce méthode aussi rends les formations sanitaires dépendant de l'approvisionnement extérieur et dans le cas d'un problème avec les inputs de l'extérieur les médicaments des structures seront en rupture de stock dans quelques jours.
- Ainsi le *recouvrement de cout à travers d'une tarification directe* reste important pour la pérennité du système. Pour cela il faut répondre quelle est la proportion optimale que les ménages doivent payer pour leur dépenses de santé. Un pourcentage d'environ 8% des recettes des ménages semble raisonnable. Le système de la tarification forfaitaire à la province de Karuzi a eu de bons résultats en terme d'accès financier. Ainsi la population de Karuzi seulement contribue 3% de leur recettes pour la santé. Cela vient à un cout très élevé du bailleur externe de \$ 6 per capita par an. On peut poser la questions si cette presque gratuité *pour toute la population* est justifiée et efficace? Cette gratuité aussi bénéficie les ménages qui pourraient contribuer sans problèmes pour leurs services de santé. Il nous semble plus cout - efficace de cibler le groupe socio-économique *le plus pauvre* et d'utiliser l'argent public aussi pour les autres objectifs comme des interventions qui ont des intérêts public (IEC, planification familiale) ou des externalités positives (vaccination, tuberculose). Ainsi le mêmes effets sur l'accès financier pourraient être atteint mais à un moindre cout d'environ \$2-3 par personne par an.
- L'expérience dans autres pays du système *d'achat de performance* montre des résultats rapides. L'objectif de ce système est d'atteindre les résultats sociaux à un moindre cout que les méthodes traditionnels type input. Des études au Rwanda et en Afghanistan ont montrés que un dollar dépensé à travers des subsides directes basé sur la performance peut avoir le même impact que quatre dollars dépensé à travers d'un système type input.
- Les principes suivantes de l'achat de performance sont importantes pour achever l'efficacité du système, la pérennisation et la stabilité financière des structures de santé:
 - (a) Respect pour l'autonomie de gestion des structures de santé (approche de boîte noire).
 - (b) Promotion de l'appui *en cash* et NE PAS en inputs pour assurer que les structures autonomes de

santé peuvent eux mêmes identifier leurs stratégies et priorités d'investissement ; (c) Les agences d'achat peuvent négocier avec les structures de santé l'accès aux soins pour le groupe socio-économique le plus pauvre (*les indigents*). Si une structure de santé a une proportion relativement élevée d'indigents cela pourrait être financièrement compensée à travers un *fond d'équité* ou *le bonus d'isolement* qui donne un subside additionnel; (d) Mieux utiliser les avantages comparatifs du secteur privé. Cela peut être assuré à travers du principe que *l'argent suit le patient* ce qui aussi adhère au *principe du libre choix de prestataires* pour la population ; et (e) Si le secteur privé lucratif est accepté comme un secteur intégré dans le système national cela aussi donne l'opportunité de les intégrer dans le *contrôle de la qualité*.

- *L'accès géographique* est encore un problème spécifique dans certains aires d'attractions et nécessite d'être résolu par exemple à travers d'ouverture des nouveaux postes de santé ou dispensaires privés.

Santé reproductive

- Des *constats positifs* concernant la santé reproductive de l'enquête étaient que le taux d'*accouchements assistés* est de 62%, le taux de couverture pour la *CPN* de 98% et le taux de la *vaccination* conforme à l'âge de 89%. Le taux d'utilisation des méthodes modernes de protection de la planification familiale est de 8,1% et 98% des répondants avaient entendu parler de la PF et 99% de ce groupe ont dit que la PF est importante.
- Les *problèmes* concernant la santé reproductive sont aussi multiples ce qui montre (a) le taux de natalité brut de 4,34% ; (b) la taille moyenne de ménage de 5,9 ; (c) le taux de la mortalité infantile de 181 par 1000 enfants vivants ; et (d) un demande non-atteinte pour la planification familiale de 21,5% des femmes dans l'âge de reproduction.
En plus cette étude a révélée un manque d'accès à des terres cultivables dans plusieurs provinces de Burundi ce qui est un important constat aussi en considérant la pression démographique du pays. Cela souligne l'importance d'un programme efficace de la planification familiale.
- A travers de l'achat de performance il faut :
 - 1) Maintenir les outputs satisfaisant concernant la *vaccination* de 95%.
 - 2) Maintenir les outputs satisfaisant de la *consultation prénatale* à 95%.
 - 3) Augmenter les outputs concernant les *accouchements assistés* de 62% jusqu'à 80%.
 - 4) Augmenter la couverture de la planification familiale jusqu'à 30%.
- Concernant la planification familiale nous suggestions que : (a) chaque centre de santé augmente son personnel avec au moins un agent de santé qualifié ; (b) les structures de santé fournissent une gamme des méthodes PF et des explications claires sur les effets secondaires prévisibles à la population ; (c) les structures de santé améliorent le stock d'intrants pour la PF ; (d) les BMS et bailleurs organisent des formations régulières dans chaque province pour renforcer les capacités du personnel dans l'application de méthodes de la PF ; et (e) les hôpitaux de référence et plutôt les hôpitaux de Bubanza, Makamba et Buhiga évaluent leurs programmes de la planification familiale en améliorant la coordination des services PF avec les centres de santé.

Autres interventions du Paquet Minimum d'Activités

- 99,6% des répondants ont entendu parler des moustiquaires, mais seulement 56% de ce groupe font un lien direct avec la protection contre le paludisme. Un pourcentage encourageant de 47% des ménages utilisent au moins une moustiquaire. Le taux d'utilisation des moustiquaires est le plus élevé dans la province de Bubanza, soit 29% et seulement 11% dans la province de Cankuzo.

Un prix pour la vente d'un *moustiquaire* d'environ \$ 1,50 pourrait être financièrement accessible pour la population. Vendre à ce prix pourrait être organisé autour d'un subside d'environ \$2,00 pour chaque moustiquaire vendu pour atteindre la cible de 50% de couverture d'utilisation. L'offre de moustiquaires sera le mieux organisé par la concurrence et le secteur privé au Burundi. L'expérience montre qu'un monopole de projet résulte inévitablement à un problème de ruptures de stocks fréquentes et à un système sensible pour la corruption.

- Encore 3% des répondants n'ont jamais entendu parlé du *VIH/SIDA*. 96% des répondants ont entendu parler de condoms et 81% des répondants de tous les ménages ont répondu que l'utilisation de condoms est importante. Il y a encore un problème perçu de la qualité des condoms. Ainsi ces aspects nécessitent d'être améliorés.
- Le volet assainissement a obtenu peu de priorité pendant les dernières années et l'étude a constaté peu de latrines en bon état. Ainsi nous proposons d'ajouter l'indicateur *latrine en bon état* (avec un cible de 90% des ménages) dans la liste du PMA.

Qualité de soins

- En considérant l'ensemble des indicateurs de la qualité retenus dans l'étude, l'hôpital de Buhiga - Karuzi est le plus performant (69%) tandis que l'hôpital de Makamba est le moins performant (43%). Aussi concernant les centres de santé, la province de Karuzi est classée qualitativement la plus performante avec un score global de 70% et la province de Cankuzo la moins performante avec un score global de 45%.
- La question fondamentale qui se pose concernant la qualité des soins des hôpitaux et centres de santé est l'ignorance des normes. Concernant la disponibilité des lits disponibles et du personnel qualifié les hôpitaux de référence ainsi que les centres de santé sont en général en dessous de la norme. Notre étude a constaté un mauvais score de la disponibilité des médicaments traceurs dans les hôpitaux de la première référence et les centres de santé. Le problème de base est lié au choix de quelle manière de distribuer les médicaments. Au Burundi la méthode de distribution des médicaments essentiels est basée sur une planification centralisée plutôt à travers des bailleurs et des ONG Internationales. La littérature sur le sujet préfère la méthode décentralisée en respectant les forces de demande et l'offre parce que cela s'adapte mieux aux mécanismes du marché économique pour l'utilisation de ressources rares de production. Dans cette approche de la marché le budget pour les médicaments est donné en cash aux structures de santé et les gestionnaires des structures de santé eux-mêmes décident ou et combien de médicaments d'acheter sur la base de leur demande quotidienne.
- Nous proposons de faire des études similaires de qualité pour tous les centres de santé et hôpitaux. Cela aussi nécessite de revoir la liste des indicateurs. Un effort de diffusion des normes est nécessaire. Ainsi l'approche d'achat de la performance doit inclure la qualité de la même manière comment cela est déjà fait au Rwanda.

2. INTRODUCTION

En Novembre 2006, Cordaid a lancé le programme *Achat de Performance* (performance based financing) au Burundi dans les provinces de Cankuzo et Bubanza. De plus HNI-TPO a lancé un même programme dans la province de Gitega. Les bailleurs comme l'UE, DFID et la coopération Suisse ont montrés leurs intérêt de collaborer avec l'achat de performance.

L'achat de performance est aussi connu comme *l'approche contractuelle* et vise à injecter d'une manière efficiente entre €1 et €3 par personne par an dans la communauté et les structures de santé. L'objectif global de l'achat de performance est de rendre disponible à la population les Paquets Minimum et Complémentaire d'Activités (PMA & PCA) de bonne qualité à un prix accessible à travers les centres de santé et les hôpitaux. Cette approche a démontrée des résultats encourageants dans différents autres pays comme le Cambodge et le Rwanda où dans quelques années, l'accès de la population aux services de santé a été significativement amélioré. De tels résultats favorables ne pourraient pas être réalisés avec des approches traditionnelles *type input*.

La faisabilité d'un programme achat de performance n'est pas encore prouvée au Burundi. Pour cela il est important d'établir une base scientifique et d'étudier les effets de l'intervention achat de performance dans les provinces de Bubanza et Cankuzo ainsi que de comparer les résultats avec les provinces témoins qui bénéficient des interventions traditionnelles *type input*. Comme provinces témoins sont retenues les provinces de Karuzi et Makamba.

Pour faciliter l'achat de performance au Burundi – et encouragé par son homologue au Rwanda - le Ministère de Santé Publique a établi au début 2006 le comité de pilotage de approche contractuelle. Cela démontre une volonté politique favorable en facilitant l'accompagnement scientifique des initiatives pilotes dans les différents provinces. L'accompagnement au niveau du MSP assure l'identification des meilleures pratiques ce qui - dans le cas des résultats positifs - facilite l'élargissement (scaling up) de l'achat de performance dans les autres provinces du pays.

Une approche scientifique nécessite d'établir le point de démarrage avant l'intervention pour pouvoir évaluer les résultats en 2008 après deux ans. Avec cet objectif cette étude de base est basée sur les composantes suivantes :

1. Une enquête parmi 500 ménages dans les provinces de Cankuzo, Bubanza, Makamba et Karuzi en juin – juillet 2006.
2. Une enquête qualité parmi 24 centres de santé et 5 hôpitaux de première référence dans les provinces de Cankuzo, Bubanza, Makamba, Karuzi et Gitega en Septembre 2006.
3. Des discussions avec les acteurs principaux comme les titulaires des centres de santé, les directeurs des hôpitaux, les autorités administratives et politiques dans les provinces, les autorités du MSP qui ont eu lieu entre juin et septembre.
4. Des ateliers avec les acteurs nationaux et provinciaux pour discuter les résultats des études en juillet dans le bureau de Cordaid Bujumbura et au début octobre dans l'hôtel Source du Nil. Un processus d'échange des emails pour écrire le rapport finale de l'étude jusqu'à Décembre 2006.

2.1 Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude ménage de base était d'obtenir une meilleure compréhension du comportement de la population qui cherche les soins de santé. L'étude identifie le point de départ pour certains *indicateurs d'impact*, qui peuvent être seulement mesurés par une enquête ménage, comme par exemple la dépense pour la santé par personne par an, les épisodes maladies par personne par an, le taux de natalité et la mortalité infantile. D'autres indicateurs d'impacts collectés par l'enquête sont l'accès à l'eau potable, l'accès aux champs et les types de maisons dans

lesquelles les ménages habitent. L'étude a collecté les informations nécessaires sur les indicateurs *d'output*, qui seront subventionnés par le programme *Achat de Performance*. L'établissement du point de départ pour les activités à subventionner servira comme point de référence important pour le Système d'Information Sanitaire (SIS).

Les indicateurs *d'output* identifiés sont tous du Paquet Minimum d'Activités (PMA) au niveau des Aires de Santé et du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) au niveau des hôpitaux.

Le PMA inclut les soins curatifs comme les consultations externes, les journées d'hospitalisation, les accouchements assistés, ainsi que des interventions communautaires comme la distribution des moustiquaires, l'amélioration de l'assainissement, et l'espacement de naissances.

L'objectif de l'enquête de qualité était d'établir le point de départ concernant la qualité de soins dans les structures de santé dans les provinces d'interventions ainsi que dans les provinces de témoins. Un deuxième objectif de l'enquête qualité était de lancer un premier outil de qualité interprovincial pour le MSP, ce qui pourrait contribuer à l'évolution d'un outil de qualité national.

L'objectif des deux enquêtes ainsi que des multiples discussions avec les acteurs principaux est aussi d'arriver aux suggestions de comment continuer avec l'intervention achat de performance au Burundi.

2.2 Description des provinces d'intervention et témoin

La province de Bubanza a une population relativement fortunée par rapport aux autres provinces et contient un mélange de structures de santé publiques, religieuses et privées. Cependant la densité de la population est supérieure par rapport aux autres provinces ce qui résulte dans un manque de terre pour la population de cultiver. La province de Cankuzo est une province pauvre et éloignée de Bujumbura sans une route asphaltée. Cankuzo a des structures de santé publiques et religieuses mais aucune structure de santé privée. La population de Gitega est relativement fortunée avec l'accès aux plusieurs routes asphaltées.

La province témoin de Karuzi a une population pauvre, a principalement des structures de santé publiques, seulement 4 structures religieuses et aucune structure privée. Karuzi est depuis plusieurs années bénéficiaire d'un appui d'environ \$ 6 par personne par an à travers d'une intervention de MSF-Belgique. Cet appui est supérieur par rapport à l'appui extérieur des autres provinces. La province de Makamba - voisin de Tanzanie - a encore de terres cultivables suffisantes et a une population économiquement active à travers des commerçants et des pêcheurs au bord du Lac. La province a un bon mélange des structures de santé publiques, religieuses et privées.

2.3 Contenu du rapport

Le chapitre 3 contient la méthodologie de l'étude.

Le chapitre 4 présente les constats concernant l'enquête ménage parmi 500 ménages et le chapitre 5 les constats concernant l'enquête qualité au niveau des centres de santé et les hôpitaux de référence.

Le chapitre 6 résume les différents constats et fait une analyse. Le chapitre 7 présente les conclusions et les suggestions pour les différents acteurs.

3. METHODOLOGIE de l'ETUDE de BASE

L'étude de base organisée en 2006 par Cordaid et le Ministère de la Santé faisait partie d'une intervention d'un programme Achat de Performance, 2006 – 2007 dans les provinces de Cankuzo et Bubanza avec un financement du gouvernement néerlandais. Pour pouvoir évaluer cette intervention, les décideurs ont inclus les provinces de *Karuzi et Makamba comme des témoins*. Cependant le statut de la province de Makamba comme province témoin n'est pas encore confirmé. Les acteurs de Makamba ont clairement exprimés leur préférence pour une intervention type approche contractuelle, mais malheureusement Cordaid et le MSP n'ont pas encore trouvés un bailleur qui est prêt de financer cette nouvelle approche dans la province de Makamba. Ainsi il faut patienter les développements pour savoir si l'étude d'évaluation 2008 inclut la province de Makamba comme province d'intervention ou province témoin. L'effectif de la population dans les quatre provinces de Bubanza, Cankuzo, Karuzi et Makamba est d'environ 1,18 million d'habitants. Parmi les quatre provinces, la zone d'intervention de Bubanza, Cankuzo a une population de 503.000 personnes ce qui est suffisant pour éviter le biais de projet de pilotage. Les caractéristiques des différentes provinces - comme décrit dans le paragraphe 2.2 - seront pris en compte pendant l'étude d'évaluation en 2008. La province de Gitega – secteur de Kibuye – était inclus dans l'enquête qualité de Septembre. Cela nous facilite de comparer les résultats concernant la qualité de soins aussi dans cette province d'intervention HNI-TPO avec les quatre autres provinces.

3.1 Méthodologie concernant l'enquête ménage

Pour l'enquête ménage nous avons identifiés 20 grappes qui sont choisis aléatoirement parmi les 69 *aires d'attraction des centres de santé* dans les quatre provinces. Nous avons d'abord stratifié la population dans chacune des provinces ce qui a résulté dans 5 grappes dans les provinces de Bubanza et Makamba, 4 grappes dans la province de Cankuzo et 6 dans la province de Karuzi.

Pour l'enquête ménage il y avait 500 ménages enquêtés entre le 20 juin et le 1 juillet 2006. Cet échantillon est suffisant pour obtenir la signification statistique des événements avec une fréquence régulière. Un plus grand échantillon n'était pas nécessaire et aurait également rendu l'étude plus complexe et vulnérable à une supervision faible. L'étude a été effectuée par dix enquêteurs qui ont travaillé dans deux équipes ce qui était supervisé par Dr. Athanase et Dr. Juvénal (qui sont aussi les coordinateurs des programmes Cordaid dans les provinces de Cankuzo et Bubanza). Le co-coordonateur de l'étude était Dr. Canut (qui est le coordinateur du programme Cordaid à Makamba). La saisie de données était faite par Mr. Célestin Kimanuka et Mr. Anatole. L'étude a été menée sous la responsabilité globale de Dr. Robert Soeters – consultant pour Cordaid.

Nous avons choisi quatre enquêteurs femmes et six hommes parmi 17 candidats qui se sont présentés. Tous les enquêteurs avaient bénéficiés antérieurement des formations de plusieurs organisations en rapport avec les enquêtes ménages. La formation des enquêteurs a pris quatre jours. Des pré-tests étaient organisés dans la province de Bujumbura Rural, ce qui nous a permis de changer les questions afin de les conformer aux particularités du Burundi.

La méthodologie choisie pour l'étude ménage était celle d'une enquête en grappes randomisées stratifiées. Chaque grappe avait 25 ménages (cinq ménages visités par chacun de cinq enquêteurs par grappe par jour), qui nous ont permis de rassembler l'information dans 20 aires d'attraction des Centres de Santé. Dans chaque grappe 3 villages étaient choisis aléatoirement avant de distribuer les enquêteurs. Une fois dans le village l'enquêteur choisissait une direction par hasard en utilisant la *méthode de BIC* et choisissait un ménage en respectant un pas de deux maisons dans une direction jusqu'à ce que 5 ménages aient été interviewés.

Les données ont été analysées dans le programme Microsoft EXCEL. Deux encodeurs ont saisi les données de l'enquête le jour après que les entrevues correspondantes aient été accomplies. Ceci a permis aux encodeurs de poser des questions additionnelles aux enquêteurs lorsque certaines réponses étaient peu claires ou pour corriger les interviewers si des omissions ou des erreurs évidentes étaient faites. Le questionnaire est resté en français, mais avant de commencer l'étude, les enquêteurs ont traduit le questionnaire en Kirundi pour s'assurer que la compréhension était la même pour chaque enquêteur. L'analyse de données et la rédaction du rapport provisoire ont été faites à Bujumbura de sorte que la qualité de données pouvait encore être vérifiée sur des questionnaires originaux.

N°		Grappes choisies	Population	Population dans les grappes	%
		BUBANZA	313.288		
1	1	CD BUBANZA I	10.466		
2	2	CD MPANDA	21.200		
3	3	CD NINGA	19.379		
4	4	CD RUCE	9.698		
5	5	CD BUTANUKA	21.200	81.943	26%
		CANKUZO	190.114		
6	1	CD TWINKWAVU	14.508		
7	2	CD CAMAZI	15.054		
8	3	CD GITWENGE	9.445		
9	4	CD RUTSINDU	10.130	49.137	26%
		KARUZI	365.433		
10	1	CD GITARAMUKA	23.565		
11	2	CD KARUZI	29.406		
12	3	CD GATONDE	23.600		
13	4	CD RABIRO	26.215		
14	5	CD RUTONGANIKWA	12.364		
15	6	CD RUSAMAZA	18.145	133.295	36%
		MAKAMBA	310.553		
16	1	CS BUKEYE	13.169		
17	2	CS GISHIHA	9.748		
18	3	CS MABANDA	12.921		
19	4	CS NYANZA-LAC	17.593		
20	5	CS VUGIZO	8.735	62.166	20%
		POP. TOTAL	1.179.403	326.541	28%

Tableau 1: Les 20 grappes (correspondant avec les Aires d'Attraction) choisi pour l'enquête ménage.

3.2 Limitations méthodologiques d'une enquête ménage

Des enquêtes ménages sont un excellent outil pour collecter des informations quantitatives et qualitatives avant de lancer une intervention. Néanmoins ce type d'enquête a aussi le risque potentiel de certains biais systématiques telles que :

1. Le biais du *non répondu*. Ce biais joue presque toujours un rôle dans les enquêtes ménages. Approximativement dans 30% des ménages choisis aléatoirement, les enquêtes ne pourraient pas avoir lieu. La raison est que les entretiens se tiennent entre 09:00 et 17:00 quand certains membres de ménages sont au champ ou au travail.
2. Le biais de *traduction*. L'interprétation des questions peut être différente en Kirundi par rapport au texte original français. Pour cela les enquêteurs ont traduit le questionnaire en Kirundi et ils ont utilisé ce texte traduit à coté du questionnaire français
3. Le biais *d'enquêteur*. Les opinions propres des enquêteurs et leurs superviseurs peuvent biaiser les résultats. Par exemple quand les enquêteurs montrent verbalement – ou non verbalement

quelle réponse est *correcte*. On a essayé de minimiser ce biais pendant la formation à travers de jeu de rôles.

4. Le biais de *répondants*. Les répondants peuvent avoir un intérêt de donner certaines réponses fausses pour obtenir certains bénéfices plus tard, notamment obtenir un appui par exemple des bailleurs de fond. Nous pensons que ce type de biais était présent dans cette enquête concernant l'appréciation des couts de soins.
5. Le biais de *confidentialité*. Un autre risque consiste dans des questions sensibles par exemple sur la vie reproductive des répondants ou sur le VIH/SIDA. La méthodologie d'une enquête ménage a comme désavantage le manque de confidentialité surtout pour les jeunes filles ou garçons dans le ménage en face de leurs parents. Pour cela nous avons formé les enquêteurs de manière que certaines questions étaient posées à huis clos.

Pour réduire ces risques de biais nous avons :

- consacrés du temps et d'efforts pour choisir des enquêteurs expérimentés,
- prévu jours de pré teste, ainsi que des supervisions intensives pendant les enquêtes,
- vérifié rigoureusement des questionnaires le même jour que les enquêtes ont eu lieu
- saisi les données le lendemain par les encodeurs.

La méthodologie pour calculer le *revenu d'un ménage par personne par an* était la suivante :

- Les enquêteurs ont systématiquement demandé les catégories de dépenses du ménage telles que la nourriture (aliment principal, protéines, sucre, sel, etc.), l'alcool et le tabac, la dépense de scolarisation, le transport (carburant), le loyer et l'entretien de la maison, les mariages, les deuils.
- Le ménage a pu répondre selon sa dépense par jour, par semaine, par mois ou par an. Basé sur cette information, l'enquêteur pouvait alors calculer la dépense par ménage par mois.
- Après avoir calculé les dépenses par mois, l'enquêteur demandait alors le revenu par mois - suivant une liste de catégories possibles de revenu, formelles et informelles.
- S'il y avait une différence entre la dépense et le revenu, l'enquêteur était alors chargé de poser des questions additionnelles afin de trouver l'équilibre le plus probable.
- Avec cette information, le revenu annuel par habitant a été calculé en multipliant le revenu mensuel de ménage par 12 et en divisant les résultats avec le nombre de personnes dans le ménage. Le taux d'échange appliqué était de 1000 Franc Burundais pour 1 US \$. La deuxième étape d'analyse était que nous avons divisé l'échantillon de 500 ménages dans 4 groupes socio-économiques ou quartiles de 125 ménages en fonction des recettes par personne par an:
 - o Le premier groupe de 0-25% ménages ou *le plus pauvre*,
 - o Le deuxième groupe de 26-50% ménages ou *le pauvre*,
 - o Le troisième groupe de 51-75% ménages ou *moyen*, et
 - o La quatrième groupe de 76-100% ménages ou *fortunés*.

La *dépense pour la santé par an par personne* a été calculée en rappelant tous les épisodes maladie dans les ménages pendant les 30 derniers jours précédents l'enquête. Les résultats ont été multipliés par 12 et puis divisés par le nombre de personnes dans le ménage. La dépense de santé a inclus le coût de voyage et le coût d'achat de la nourriture, frais additionnels pour le patient.

3.3 Méthodologie concernant l'enquête qualité

L'*enquête qualité* est réalisée du 21 septembre jusqu'au le 01 octobre 2006 avec le pré test de la questionnaire, le visite sur terrain, l'analyse des données et l'écriture du rapport. C'était fait par Robert Soeters et Celestin Kimanuka avec 5 enquêteurs des provinces des Bureaux Provinciaux de Sanitaire de Bubanza, Cankuzo, Gitega, Makamba et Karuzi.

L'enquête de base de qualité est faite dans deux provinces d'intervention Cordaid (Bubanza, Cankuzo), la province d'intervention HNI-TPO (Gitega) et une province de référence (Karuzi). En plus la province de Makamba a été retenue. Cette enquête avait comme objectif d'établir le point de départ concernant la qualité de soins dans les structures de santé des différentes provinces et a eu lieu dans les mêmes aires d'attraction et provinces de l'enquête ménage de base (de juillet 2006).

Après plusieurs discussions et pré testes nous avons retenues pour l'enquête qualité 57 indicateurs comme démontre l'annexe 2 de ce rapport. Les indicateurs étaient reparti parmi les services de la consultation externe, la maternité, la CPN, la vaccination, la planification familiale, le laboratoire, et la présence des médicaments et consommables traceurs. Avec une pondération d'importance dans laquelle chaque indicateur peut avoir 1, 2 ou 3 points ces 57 indicateurs peuvent atteindre un score total par structure de santé de 68 points. Les 57 indicateurs ne sont pas exhaustifs et par exemple les enquêtes qualités fait au Rwanda dans les centres de santé ont plus de 120 indicateurs. Cependant cette enquête qualité n'a pas l'objectif d'être exhaustif mais plutôt d'établir une impression de la qualité sur la base d'un échantillon pour pouvoir comparer les différents interventions entre les provinces ainsi que d'évaluer l'intervention avec l'étude future de 2008.

Pour diminuer le risque de *biais d'enquêteur* le travail était fait par deux enquêteurs au même temps qui pourraient discuter les résultats ensemble. Le superviseur de BPS qui proviendrait de la province ne faisait pas l'enquête dans une structure de la même province pour éviter une possible biais. L'enquête qualité dans la province de Gitega était faite par le superviseur de Gitega avec un membre de HNI-TPO. Pour vérifier l'étude à Gitega nous avons fait une enquête de contrôle dans l'hôpital de Kibuye et un centre de santé et nous avons constatés que les résultats des deux enquêtes était dans un marge de différence tout à fait acceptable.

3.3 Discussions avec les acteurs principaux et restitutions pour analyser l'étude

Pendant que les enquêteurs travaillaient dans les ménages (pour l'enquête ménage) et dans les structures de santé (pour l'enquête de qualité), les responsables de l'étude rendaient visite aux structures sanitaires (confessionnelles, privées lucratives et étatiques) et ont eu des entretiens avec le personnel de santé ainsi qu'avec les autorités des provinces concernées par l'étude. Les informations recueillies de cette façon ont fournies une meilleure compréhension des résultats de l'enquête dans chaque province.

Des ateliers de restitution préliminaires ont eu lieu le 10 et 13 juillet à Bujumbura et de nouveau le 1 et 2 octobre 2006 dans l'Hôtel Source du Nil avec les acteurs principaux pour analyser la signification des constats de l'étude pour le nouveau programme.

Un processus d'échange des emails a eu place pour écrire le rapport finale de l'étude jusqu'au Décembre 2006.

4. RESULTATS DE L'ENQUETE MENAGE

L'enquête ménage a eu lieu dans quatre provinces parmi les aires d'attraction de 20 centres de santé et constituée avec 25 ménage par grappe un total de 500 ménages. La questionnaire est attaché dans l'annexe 1 du rapport.

4.1 Résultats généraux de l'enquête ménage

4.1.1 Caractéristiques générales de ménages

Le travail de champs est la source principale de revenu pour 88% des ménages, suivi de 6% qui ont obtenu leur revenu principal de petits commerces et 2% qui sont fonctionnaire de l'Etat. Il y avait 6 manœuvres, 4 maçons menuisier, 3 tailleurs, 3 transporteurs, 1 enseignant et 1 infirmier.

Source principale de recettes	n	%
Agriculteur	442	88%
Commerçant	28	6%
Fonctionnaire de l'Etat	12	2%
Manœuvre	6	1,2%
Macon / menuisier	4	0,8%
Tailleur	3	0,6%
Transporteur (vélo - voiture)	3	0,6%
Enseignant - infirmier	2	0,4%
TOTAL	500	100%

Tableau 2: Source principale de revenus des ménages enquêtés.

Une majorité de 95% des ménages a un champ, mais 49% des répondants propriétaires d'un champ ont aussi dit que la superficie possédée n'était pas suffisante pour les besoins du ménage. 29% des répondants parmi ceux qui ont un champ ont en plus déclaré que leur champ n'est pas fertile. On peut signaler des différences significatives par groupe socio-économique dans la propriété de champs ⁽¹⁾. Néanmoins, il n'y a pas de différence significative quant à leur fertilité ou leur superficie (voir le tableau). 57% de ménages de l'échantillon pratiquent l'élevage des animaux domestiques.

Statut socio-économique	% Champs OUI	% superficie champs suffisant !	% fertilité bonne !	Elevage? OUI !
Plus pauvre	99%	52%	69%	58%
Pauvre	95%	52%	71%	54%
Moyen	95%	49%	66%	55%
Fortuné	90%	42%	76%	62%
Ensemble	95%	49%	71%	57%

Tableau 3: Proportion de ménages pratiquant l'élevage et/ou ayant un champ, et la perception de sa superficie et de sa fertilité par groupe socio-économique.

Seulement 26% des répondants de la province de Bubanza et 43% des répondants de Karuzi ont dit que la superficie de leurs champs était suffisante. Par contre 67% des ménages de la province de Cankuzo ont dit leur superficie de champs était suffisant. Seulement 40% des ménages dans la province de Bubanza ont de l'élevage.

¹ La différence dans la propriété des champs est significative (p=0,0079)

Provinces	% Champs ² OUI	% superficie champs suffisant !	% fertilité bonne !	Elevage? OUI !
Bubanza	88%	26%	62%	40%
Cankuzo	99%	67%	72%	64%
Karuzi	98%	43%	60%	61%
Makamba	95%	54%	76%	65%
Ensemble	95%	46%	67%	57%

Tableau 4: Proportion de ménages avec un champ et la perception de sa superficie et fertilité par province.

4.1.2 Type de maisons et illumination

6% des ménages vivent dans une maison en paille, 61% dans une maison faite en pisé, et 30% dans une maison faite à partir des matériaux durables ou semi durable. Les ménages dans les provinces de Karuzi et Makamba ont relativement beaucoup de maisons en matériaux durables avec des proportions respectives de 60% et 75%. Les maisons dans la province de Cankuzo ont un taux le plus élevé de maisons en paille, soit 12%.

Type de maison	BUBANZA	CANKUZO	KARUZI	MAKAMBA	TOTAL	Ensemble provinces
En paille	9%	12%	6%	0%	32	6%
Maison en pisé	61%	44%	34%	25%	202	40%
Matériaux durables et semi-durables	30%	44%	60%	75%	266	53%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	500	100%

Tableau 5: Types de maison où les ménages habitent repartit par province.

Les provinces de Cankuzo et Karuzi ont les taux les plus élevés avec des maisons sans aucun moyen d'éclairage soit respectivement 42% et 44%.

Illumination	BUBANZA	CANKUZO	KARUZI	MAKAMBA	TOTAL	Ensemble provinces
Aucun moyen d'éclairage	26%	42%	44%	10%	154	31%
Bougie	2%	0%	6%	1%	13	3%
Lampe à pétrole	70%	58%	50%	85%	326	65%
Electricité	2%	0%	0%	4%	7	1%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	500	100%

Tableau 6: Type d'éclairage dans les ménages repartit par province.

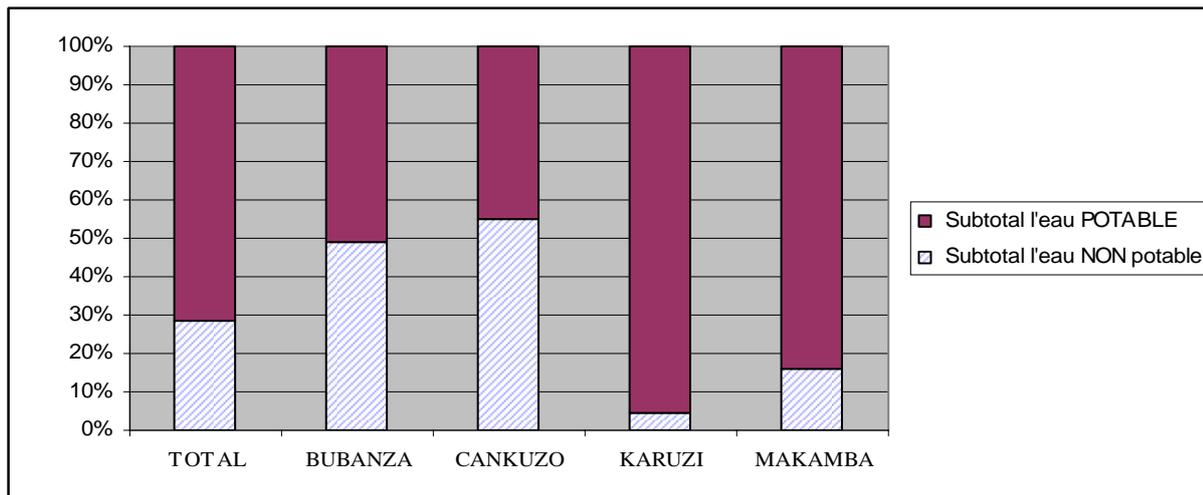
4.1.3 L'accès à l'eau potable et aux latrines

Pour l'ensemble de l'échantillon, 71% des ménages ont l'accès à l'eau potable. Les provinces de Karuzi et Makamba ont un taux d'accès à l'eau potable bon avec respectivement 95% et 84%. Dans les provinces de Bubanza et Cankuzo, il y a respectivement 49% et 55% des ménages n'ont pas d'accès à l'eau potable. Néanmoins nous n'avons pas cherché à vérifier à partir de test chimiques si les sources « aménagés » produisaient vraiment de l'eau potable et nous avons seulement pris l'opinion des répondants.

² La différence de possession des champs entre les provinces est significative (p=0,0007)

Source d'eau	BUBAN- ZA	CANKU- ZO	KARU- ZI	MAKAM- BA	TOTAL	Ensemble provinces
Lac ou rivière	36%	37%	0%	2%	84	17%
Source non aménagé	13%	18%	5%	14%	59	12%
<i>Sous total l'eau NON potable</i>	49%	55%	5%	16%	143	29%
Robinet quartier	47%	20%	17%	50%	167	33%
Source aménagé	4%	25%	78%	34%	190	38%
<i>Sous total l'eau POTABLE</i>	51%	45%	95%	84%	357	71%
GRAND TOTAL	100%	100%	100%	100%	500	100%

Tableau 7: Source d'eau employée par les ménages subdivisés par province.



Nos enquêteurs ont à travers des inspections directes constatés que 94% des ménages ont une toilette ou une latrines, mais seulement 3% sont dans un état plus ou moins acceptable. En moyenne 68% des toilettes ou latrines inspectées sont en mauvais état. Dans 9% de ménages dans la province de Cankuzo, il n'y a aucune latrines et dans 86% des ménages les latrines sont en mauvais état. La situation hygiénique dans la province de Karuzi est aussi inquiétante car on observe qu'il y a 83% des latrines en mauvais état.

Latrines / toilette?	BUBANZA	CANKUZO	KARUZI	MAKAMBA	TOTAL	Ensemble provinces
Aucune latrines ou toilette	6%	9%	7%	2%	29	6%
Latrines - toilette disponible	94%	91%	93%	98%	471	94%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	500	100%

Tableau 8: Les ménages, ont-ils de latrines?

Etat latrines / toilette	BUBANZA	CANKUZO	KARUZI	MAKAMBA	TOTAL	Ensemble provinces
Bon	5%	2%	1%	5%	16	3%
A peu près	25%	12%	15%	43%	115	23%
Mauvais	69%	86%	83%	52%	340	68%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	471	100%

Tableau 9: Les ménages ont-ils des latrines en bon état ?

4.1.4 Estimation de la pauvreté dans les Aires d'Attraction des Centres de Santé

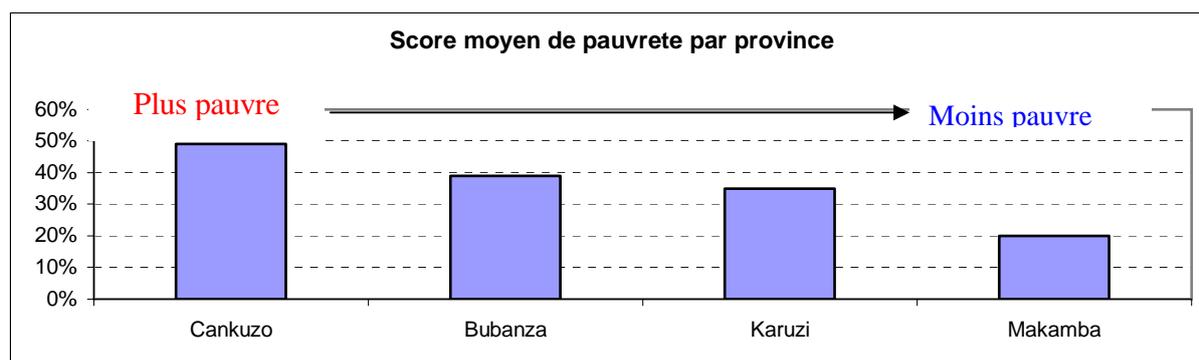
Le tableau suivant montre les quatre indicateurs de pauvreté parmi les ménages repartit par grappe et par Centre de Santé. Nous avons retenu comme indicateurs de pauvreté:

- (a) ménages *sans accès à l'eau potable* ;
- (b) ménages *sans aucune latrine ou ayant une latrines en mauvais état* ;
- (c) ménages *sans aucun moyen d'éclairage* ; et
- (d) ménages avec une *maison en paille*.

Le score brut de la pauvreté de chaque aire de santé est calculé par la moyenne des quatre indicateurs de pauvreté.

Aires d'Attraction des Centres de Santé	Nbre Ménages	% des ménages sans l'eau potable	% de ménages sans aucune ou mauvaise latrine	% ménages sans aucune illumination	% de ménages avec maison en paille	Score de pauvreté
BUBANZA						
Bubanza I	25	100%	84%	32%	8%	56%
Butanuka	25	92%	88%	36%	20%	59%
Mpanda	25	8%	52%	4%	0%	16%
Ninga	25	0%	52%	4%	0%	14%
Ruce	25	44%	80%	56%	16%	49%
TOTAL BUBANZA	125	49%	71%	26%	9%	39%
CANKUZO						
Camazi	25	76%	80%	24%	0%	45%
Gitwenge	25	36%	88%	40%	16%	45%
Rutsindu	25	96%	96%	76%	28%	74%
Twinkwavu	25	12%	84%	28%	4%	32%
TOTAL CANKUZO	100	55%	87%	42%	12%	49%
KARUZI						
Gatonde	25	0%	88%	32%	0%	30%
Gitaramuka	25	4%	84%	40%	4%	33%
Karuzi	25	20%	84%	44%	20%	42%
Rabiro	25	0%	80%	44%	0%	31%
Ruzamaza	25	0%	84%	60%	0%	36%
Rutongami	25	4%	88%	44%	12%	37%
TOTAL KARUZI	150	5%	85%	44%	6%	35%
MAKAMBA						
Bukeye	25	4%	76%	8%	0%	22%
Gishiha	25	20%	60%	28%	0%	27%
Mabanda	25	24%	64%	4%	0%	23%
Nyanza Lac	25	24%	44%	4%	0%	18%
Vugizo	25	8%	20%	8%	0%	9%
TOTAL MAKAMBA	125	16%	53%	10%	0%	20%
Ensemble Provinces	500	29%	74%	31%	6%	35%

Tableau 10: Pauvreté dans chaque aire de santé basé sur quatre indicateurs et le score moyen de pauvreté.



4.1.5 Les ménages dirigés par les femmes

La plupart des ménages ont un chef de ménage de sexe masculin, alors que 19% de chefs de ménages étaient des femmes. Une comparaison avec des études dans les pays voisins montre qu'au Rwanda 33% des ménages était de sexe féminine et à la RDC 18%. Le nombre moyen de personnes dans des ménages féminins était 4,9, qui est légèrement plus bas que la moyenne de 5,9 parmi l'ensemble de l'échantillon ⁽³⁾. Le revenu par habitant des ménages dirigés par les femmes est de \$81,12, qui est légèrement inférieur au revenu des ménages dirigés par les hommes soit \$103,44 ⁽⁴⁾. Les dépenses pour la santé par personne par an sont plus élevées dans les ménages sous la responsabilité des masculins avec \$6,64 par rapport aux ménages gérés par des femmes, soit \$3,06 par personne par an.

Une comparaison avec les pays voisins montre qu'au Rwanda et en RDC la taille moyenne, les recettes par personne par an et les dépenses pour la santé par personne par an des ménages féminins sont aussi inférieures par rapport aux ménages masculins.

Sexe du chef de ménage	No	%	Personnes	Taille moyenne du ménage	Recettes par personne par an	Dépenses pour la santé par personne par an	% Dep santé / revenus par pers par an
Féminin	94	19%	460	4,9	\$ 81,12	\$ 3,06	4%
Masculin	406	81%	2.473	6,1	\$ 103,44	\$ 6,64	6%
TOTAL	500	100%	2.933	5,9	\$ 99,94	\$ 6,08	6%

Tableau 11: Taille de ménages, revenu par an par personne et dépenses pour la santé par an par personne subdivisé en ménages dirigés par des personnes de sexe masculin ou féminin.

4.1.6 Les ménages monogames, polygames et statut matrimonial

La plupart des ménages étaient monogames car en effet seulement 5% de ménages étaient polygames. Le nombre moyen de personnes dans des ménages polygames était de 7,5, qui est plus haut que la moyenne de 5,9. Le revenu moyen par habitant des ménages monogames est relativement le même que celui des ménages polygames. La dépense pour la santé dans des ménages polygames est supérieure à celui des ménages monogames.

Etat civil	Nbr Mén	%	Nbr personnes échantillon	Taille moyen de ménage	Recettes par personne par an	Dépenses pour la santé par personne par an	% Dep santé / revenus par pers par an
Monogame	475	95%	2.746	5,8	\$ 99,95	\$ 5,88	6%
Poligame	25	5%	187	7,5	\$ 99,92	\$ 9,07	9%
TOTAL	500	100%	2.933	5,9	\$ 99,94	\$ 6,08	6%

Tableau 12: Proportion de ménages monogame et polygame, taille moyenne de ménage, les revenus par an par personne et les dépenses pour la santé par personne par an.

Statut matrimonial	Nbr Mén	%	Nbr personnes échantillon	Taille moyen de ménage	Recettes par personne par an	Dépenses pour la santé par personne par an	% Dep santé / revenus par pers par an
Veuf	62	12%	293	4,7	\$ 76,15	\$ 3,14	4%
Marié	422	84%	2.558	6,1	\$ 103,57	\$ 6,40	6%
Divorcé	13	3%					
Ménages enfants	3	1%					
TOTAL	500	100%	2.933	5,9	\$ 99,94	\$ 6,08	6%

Tableau 13: Proportion de ménages selon leur statut matrimonial, la taille moyenne de ménage, les revenus par an par personne et les dépenses pour la santé par personne par an.

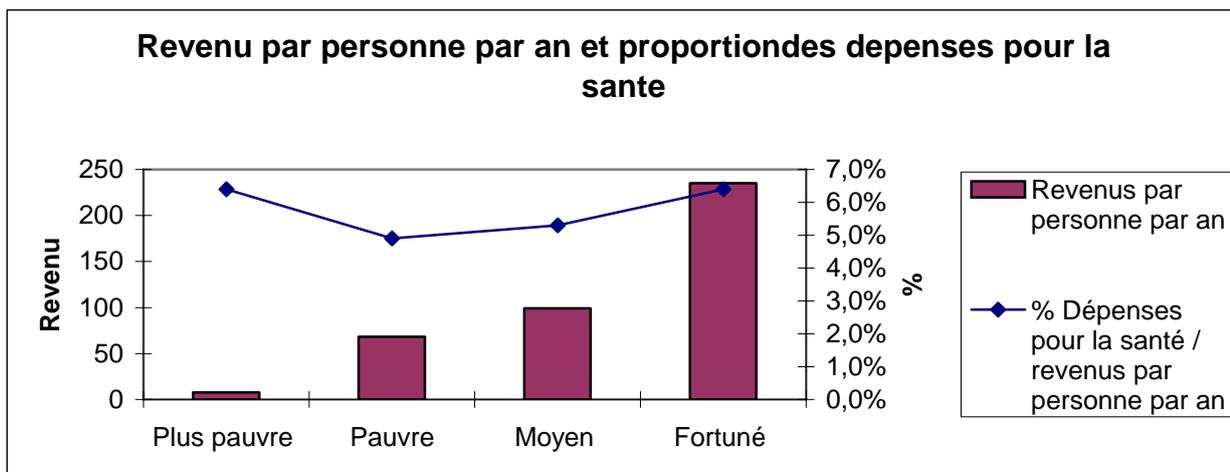
³ La différence de ces tailles moyennes de ménage est significative ($p < 0,0001$)

⁴ Ces recettes moyennes sont différentes ($p < 0,05$)

4.1.7 Revenus par personne et dépenses pour la santé par groupe socio-économique

Statut socio-économique	Nbr personnes	Revenus par personne par an ⁵	Dépenses pour la santé par personne par an ⁶	% Dépenses pour la santé / revenus par personne par an
Plus pauvre	787	\$ 27,47	\$ 1,75	6,4%
Pauvre	777	\$ 68,26	\$ 3,36	4,9%
Moyen	693	\$ 99,03	\$ 5,22	5,3%
Fortuné	676	\$ 234,94	\$ 15,14	6,4%
Ensemble	2933	\$ 99,94	\$ 6,08	6,1%

Tableau 14 : Revenu et dépense pour la santé par habitant par an dans les quatre groupes socio-économiques.



On peut observer ce qui suit :

- Le revenu moyen par habitant parmi les 2.933 personnes rencontrées dans les ménages de l'étude est de \$ 99,94. Ce résultat est supérieur à ceux des autres études socio-économiques comme par exemple dans la Province du Nord Kivu en 2003 (\$ 57,47), dans la Province de Cyangugu au Rwanda en Octobre 2005 (\$ 51,58) et dans la Province de Sud Kivu en Novembre 2005 (\$ 65,99).
- La dépense pour la santé par personne était en moyenne \$6,08. Cela correspond à une proportion de 6,1% de recettes par personne par an et qui est comparable avec une enquête ménage menée dans la province de Cyangugu au Rwanda en Octobre 2005 avec 7% et qui est plus bas par rapport au résultat de l'étude réalisée au Sud Kivu en RDC avec 10%.
- Il n'y a pas de différences significatives pour la proportion de recettes dépensées pour la santé entre les groupes socio-économiques.

4.1.8 Revenus et dépenses santé par province

Les dépenses pour la santé dans la province de Karuzi (\$1,89 par personne par an) est inférieur aux autres provinces et reflète l'intervention de MSF Belgique pendant les dernières années qui a réussi à mettre en place, dans la province, un système de tarification forfaitaire de \$0,30 par épisode maladie. En plus, le gouvernement a aussi décidée de la gratuité des tarifs pour tous les

⁵ La différence des revenus moyen par personne par an est significative (p<0,001)

⁶ La dépense moyenne pour la santé par personne par an différent selon les statuts socio-économiques (p<0,001)

accouchements et pour les consultations des enfants en dessous de 5 ans. Les dépenses pour la santé dans la province de Bubanza sont relativement élevées, soit en moyenne \$9,26 par personne par an, mais c'est aussi la province où les recettes moyennes par personne par an sont les plus élevés, soit \$140,57.

Provinces	Nbr personnes	Revenus par personne par an ⁽⁷⁾	Dépenses pour la santé par personne par an ⁽⁸⁾	% Dépenses pour la santé / revenus par personne par an
Bubanza	692	\$ 140,57	\$ 9,26	7%
Cankuzo	576	\$ 93,97	\$ 6,36	7%
Karuzi	896	\$ 66,07	\$ 1,89	3%
Makamba	769	\$ 107,33	\$ 7,90	7%
Ensemble	2933	\$ 99,94	\$ 6,08	6,1%

Tableau 15: Revenu et dépenses pour la santé par province.

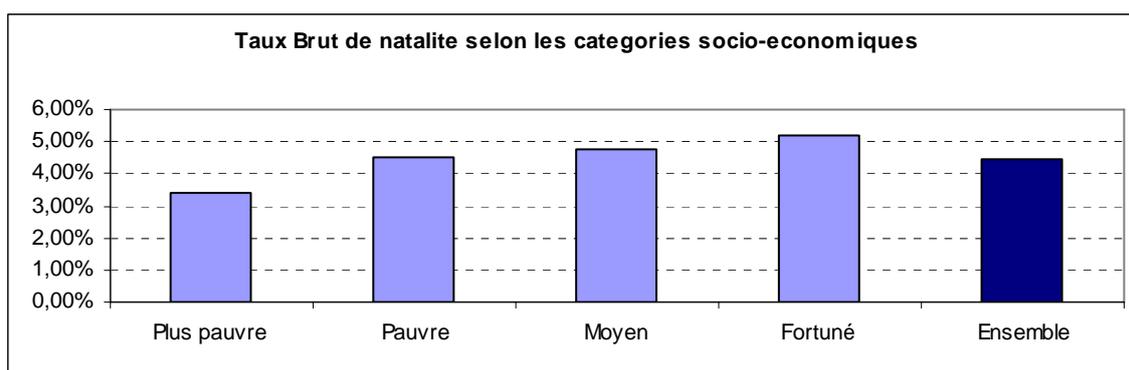
4.1.9 Taux de natalité brut

Dans notre échantillon, nous avons trouvé 130 accouchements pendant les 12 derniers mois dans une population de 2.933 personnes. Par conséquent le taux de natalité brut est de $130/2.993 = 4,34\%$.

Le taux de natalité dans le groupe « le plus pauvre » est de 3,43%. Il est inférieur à la moyenne de 4,34% obtenu pour l'ensemble de la population. Pour les autres groupes socio-économiques, il n'y a pas des différences significatives des taux de natalité.

Statut socio-économique	Personnes dans les ménages	Nbr d'accouchements	Taux Brut de Natalité
Plus pauvre	787	27	3,43%
Pauvre	777	35	4,50%
Moyen	693	33	4,76%
Fortuné	676	35	5,18%
Ensemble	2933	130	4,34%

Tableau 16: Le taux bruts de natalité par groupe socio-économique.



On constate aussi qu'il n'y a pas de différence significative des taux de natalités entre les ménages dans les différentes provinces.

⁷ Le test de comparaison des moyennes montre que la différence des revenus moyens pour les provinces étudiées est significative ($p < 0,001$)

⁸ Les dépenses moyennes pour la santé par personnes par an diffèrent significativement d'une province à l'autre ($p < 0,001$)

Provinces	Personnes dans les ménages	Nbr d'accouchements	Taux Brut de Natalité
Bubanza	692	34	4,91%
Cankuzo	576	26	4,51%
Karuzi	896	39	4,35%
Makamba	769	31	4,03%
Ensemble	2933	130	4,43% (⁹)

Tableau 17: Taux brut de natalité subdivisé selon les provinces.

4.1.10 Mères adolescentes

Il y avait 156 femmes dont l'âge est compris entre 15 et 19 ans dans l'étude parmi les 2.993 personnes rencontrées dans les 500 ménages visités. De ces 156 femmes, 13 (soit 8,3%) étaient également des mères. De ces 13 mères adolescentes, 10 avaient dit que leur première grossesse était désirée, alors que 3 mères adolescentes disaient que la grossesse n'avait pas été désirée. L'une d'entre elles a également indiqué qu'elle avait tenté de procéder à un avortement.

Parmi les trois enfants mères pour les quelles la grossesse n'était pas désirée, une a dit qu'elle était forcées par une « personne connu », une autre a dit qu'elles étaient trop jeune et enfin la dernière a dit que c'était dangereux pour la santé.

4.1.11 Taille de ménage

La taille moyenne de ménage était de 5,9 (¹⁰). Le niveau de pauvreté semble être liée au nombre de personne dans le ménage. En effet, les ménages dans le groupe socio-économique « plus pauvre » ont en moyenne 6.3 membres de ménage tandis que ceux du le groupe fortuné (¹¹) ont en moyenne 5.4 personnes.

Statut socio-économique	Nbr de ménages	Nbr personnes	Taille moyen de ménage
Plus pauvre	125	787	6,3
Pauvre	125	777	6,2
Moyen	125	693	5,5
Fortuné	125	676	5,4
Ensemble	500	2933	5,9

Tableau 18: Taille de ménage par groupe socio-économique.

Il y a une légère différence (¹²) entre les taille moyennes des ménages parmi les 4 provinces.

Provinces	Nbr de ménages	Nbr Personnes	Taille moyen de ménage
Bubanza	125	692	5,5
Cankuzo	100	576	5,8
Karuzi	150	896	6,0
Makamba	125	769	6,2
Ensemble	500	2933	5,9

Tableau 19: Taille de ménage par Zone de Santé.

⁹ L'intervalle de confiance à 95% est [3,69%-5,17%]

¹⁰ La taille moyenne de ménage dans l'étude au Rwanda était de 5,7 et au Sud Kivu RDC de 6,3.

¹¹ La différence de la taille moyenne du ménage entre les groupes socio-économique « plus pauvre » et « fortunés » est significative (p = 0,0001).

¹² P=0,0443

4.1.12 Proportion de femmes dans l'âge de procréation

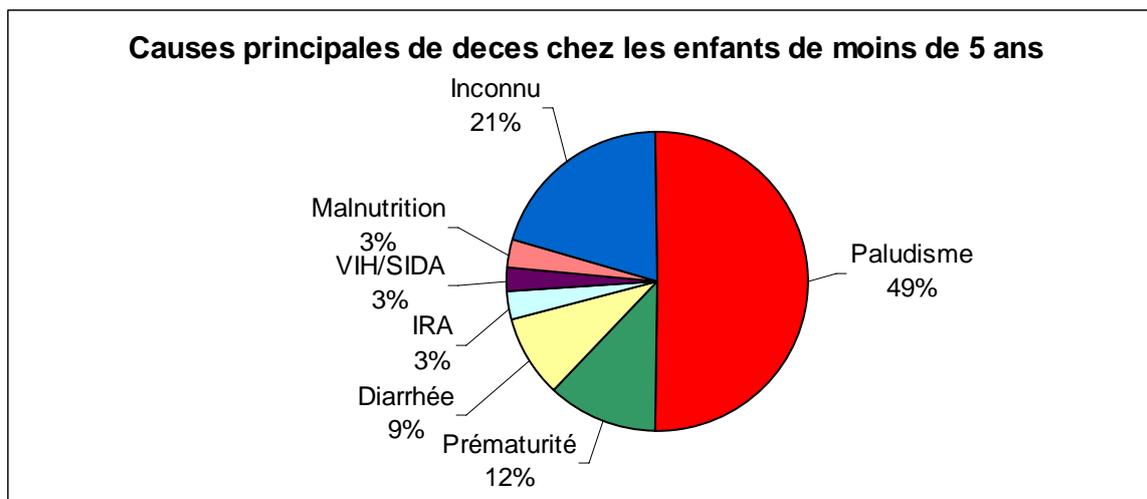
Le nombre de femmes dans l'âge de procréation dans cette étude était de 651 sur l'échantillon de 2.993 personnes, soit 22,2%.

4.1.13 Mortalité infantile

Parmi les ménages, nous avons trouvés, pendant les 12 derniers mois : 25 enfants en dessous de 12 mois qui sont décédés et 9 enfants entre 1-5 ans. Il y avait au moment de l'enquête 125 enfants vivants de moins d'un an. Ainsi, le taux de mortalité infantile = nombre de décès / enfants trouvés < 1 ans + (nombre de décès / 2) = 25 / (125+25/2) = 181 / 1000 enfants vivants. Les répondants ont déclarés que 50% des décès était causé par le paludisme.

Causes de décès	0-12 mois	1-5 ans	Total	%
Paludisme	11	6	17	50%
Prématurité	4		4	12%
Diarrhée	3		3	9%
IRA		1	1	3%
VIH/SIDA		1	1	3%
Malnutrition	1		1	3%
Inconnu	6	1	7	21%
TOTAL	25	9	34	100%

Tableau 20: Décès des enfants pendant les derniers 12 mois.



4.1.14 Scolarisation des enfants et la qualité de l'éducation

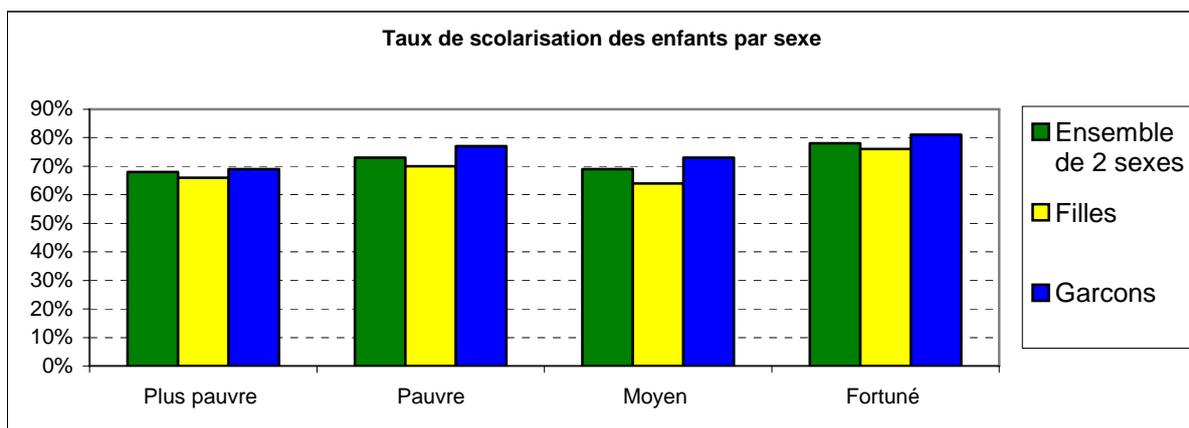
Dans l'échantillon de 2.933 personnes, 886 ou 30,2% sont des enfants dans l'âge scolaire de 6-14 ans. Le taux de scolarisation parmi ces enfants est de 75% ⁽¹³⁾. Les filles dans l'échantillon ont en moyenne 6% de chance de moins d'aller à l'école que les garçons (soit 69% versus 75%).

Parmi le groupe socio-économique « plus pauvre », seulement 69% des enfants entre 6 et 14 ans vont à l'école tandis que la scolarisation dans le groupe « fortuné » est de 81%.

¹³ L'intervalle de confiance à 95% est de 69%-75%.

Statut socio-économique	Nbr de personnes dans le ménage	Enfants à l'âge scolaire	% enfants scolaires	% enfants scolaires qui vont à l'école	% filles qui vont à l'école	% garçons qui vont à l'école
Plus pauvre	787	268	34,1%	68%	66%	69%
Pauvre	777	256	32,9%	73%	70%	77%
Moyen	693	182	26,3%	69%	64%	73%
Fortuné	676	180	26,6%	78%	76%	81%
Total	2933	886	30,2%	72%	69%	75%

Tableau 21: Le taux de scolarisation parmi des garçons et des filles par groupe socio-économique.



Dans la province de Makamba la scolarisation des enfants est la plus élevée avec 89% et dans la province de Karuzi la plus basse avec 66%.

Provinces	Nbr de personnes dans le ménage	Enfants à l'âge scolaire	% enfants scolaires	% enfants scolaires qui vont à l'école	% filles qui vont à l'école	% garçons qui vont à l'école
Bubanza	692	181	26,2%	69%	67%	70%
Cankuzo	576	188	32,6%	69%	68%	71%
Karuzi	896	285	31,8%	64%	62%	66%
Makamba	769	232	30,2%	86%	83%	89%
Ensemble	2933	886	30,2%	72%	69%	75%

Tableau 22: Le taux de scolarisation parmi des filles et des garçons dans les Zones de Santé.

La raison de ne pas scolariser leurs enfants était pour 32% des parents que leurs enfants avaient encore *un âge de moins de 7 ans* ⁽¹⁴⁾. Pour 25% des parents, les *frais scolaires élevés* étaient la raison principale pour ne pas scolariser leurs enfants. Pour 23% des parents qui ne scolarisent pas les enfants, la raison était *qu'ils doivent travailler*. Les autres raisons qui poussent les parents de ne pas scolariser les enfants étaient mentionnées rarement comme *l'école n'est pas utile* (15 fois), *l'enfant est malade* (7), *l'école est trop loin* (4 fois) ou *la qualité est trop basse* (4 fois).

¹⁴ La scolarisation au Burundi commence à 7 ans, par contre dans la majorité des pays internationaux la scolarisation commence à 6 ans, ce qui nous avons pris comme standard pour cette étude.

Raisons de la non scolarisation des enfants	Filles	%	Garçons	%
A moins de 7 ans	43	30%	35	32%
Frais scolaires trop cher	36	26%	27	25%
Doit travailler	32	23%	25	23%
L'école n'est pas utile	15	11%	14	13%
Maladie	7	4%	4	4%
L'école est trop loin	4	3%	3	3%
Qualité trop basse	4	3%	0	0%
Ensemble	141	100%	109	100%

Tableau 23: Les raisons pour ne pas scolariser les enfants.

Dans notre échantillon de 636 élèves les écoles *étatiques* sont les plus fréquentés (87% de cas), suivi par les *écoles protestantes* (10%) et *catholiques* (3%). Pour 20% des répondants, les frais scolaires sont trop chers. La qualité d'éducation était considérée comme étant bonne pour 94% des parents. Un petit groupe de 3% des répondants ont dit que les *enseignants ne sont pas motivé* et 1% que *l'école est en mauvais état*.

Statut de l'école	Nbr d'élèves	%	% Frais scolaires trop cher? OUI!	% Qualité bon? OUI!	% Enseignant pas motivé	% Ecole en mauvais état
Etat	552	87%	19%	93%	4%	1%
Protestant	62	10%	24%	98%	0%	2%
Catholiques	22	3%	14%	100%	0%	0%
Ensemble	636	100%	20%	94%	3%	1%

Tableau 24: Lieu où les élèves sont scolarisés et appréciation des frais scolaires ainsi que de la qualité.

4.2 Comportement de la population face à la maladie

4.2.1 Les épisodes maladie et où vont les patients

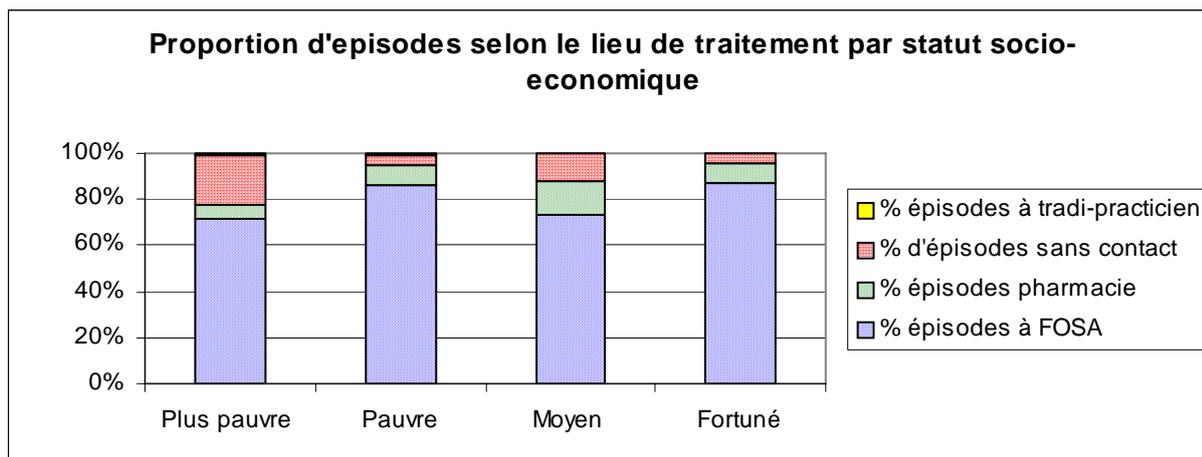
Le premier constat important est que les 2.993 personnes dans l'échantillon ont eu en moyenne 3,55 *épisodes maladie par personne par an*.

De ces 3,55 épisodes par personne par an :

- 2,81 ou 79% des patients sont allés pour se faire soigner dans une structure de santé moderne.
- 0,34 ou 10% est allé directement à une pharmacie privée sans consulter d'abord un agent de santé.
- 0,38 ou 11% sont restés à la maison par manque d'argent pour se faire soigner.
- 0,02 ou 0,5% sont allés chez un tradi-praticien ou spiritualiste.
- Les groupes socio-économiques « moyen » et « fortuné » ont eu plus d'épisodes maladies (3,79 et 3,96 épisodes maladies par personne par an) que les groupes « plus pauvre » et « pauvre » avec 3,48 et 3,06 épisodes maladies par personne par an. Nous n'avons pas une explication claire pour cette différence.
- Le groupe socio-économique « plus pauvre » se soigne relativement moins dans une structure moderne et déclarent dans 21% d'épisodes qu'ils ne se sont pas fait soigner.

Statut socio-économique	Personnes	Taux d'épisodes par an par personne ⁽¹⁵⁾	% épisodes à FOSA	% épisodes pharmacie	% d'épisodes sans contact	% épisodes à tradi-praticien
Plus pauvre	787	3,48	71%	6%	21%	0,9%
Pauvre	777	3,06	86%	8%	5%	0,5%
Moyen	693	3,79	73%	15%	12%	0,5%
Fortuné	676	3,96	87%	9%	4%	0,0%
Ensemble	2933	3,55 100%	2,81 => 79%	0,34 => 10%	0,38 => 11%	0,02 => 0,5%

Tableau 25: Les épisodes de la maladie dans l'échantillon et quel choix a fait les répondants.



- Parmi les 79% des épisodes où les patients ont cherchés des soins dans une structure moderne, 93% étaient une consultation externe et 7% une hospitalisation.
- Le taux de fréquentation en consultation externe dans une structure de santé moderne dans les quatre provinces est de 2,81.

	N	Epis mal par pers par an	%	Qui vont à une fosa étatique	%	Qui vont à une fosa religieuse	%	Qui vont à une dispensaire privé	%
Consultation	643	2,60	93%	487	76%	121	19%	31	5%
Hospitalisation	48	0,20	7%	24	50%	16	33%	8	17%
TOTAL	691	2,81	100%	511	74%	137	20%	39	6%

Tableau 26: Comportement des malades cherchant de soins dans les structures religieuses, publiques et privées en rapport avec les consultations et les admissions à hôpital.

Pour 79% des épisodes maladies, les patients cherchent de soins dans les structures modernes. De ce groupe :

- 74% de patients sont allés dans un service de santé étatique,
- 20% dans un service religieux de santé, et
- 6% dans un dispensaire privé.

Pour les hospitalisations un groupe relativement plus élevé de 33% est soigné dans des structures religieuses.

¹⁵ La différence est significative (p<0,01)

4.2.2 Fiabilité de la collecte de données SIS et les taxes de structures de santé

Le constat de 2.81 épisodes qui sont traité dans une structure de santé moderne ne correspond pas avec les données SIS déclarées par les structures de santé, qui, pour les consultations externes ne dépasse pas le 100% ou 1,00 épisodes par an par personne. Cette différence peut avoir les clarifications suivantes :

- Le gouvernement avait introduit deux mois avant l'enquête ménage la gratuité pour les enfants de 0-5 ans ce qui peut clarifier une fréquentation plus élevée.
- La collecte fiable de données SIS dans les structures de santé étatiques et religieuses pourrait aussi être biaisée par le système quand le BPS et les organisations internationales imposent des tarifs forfaitaires et des mécanismes d'exemptions sur les structures de santé sans un remboursement clair pour la perte que cela implique sur les recettes d'une structure de santé. Ainsi on peut avoir une tendance de ne pas déclarer tous les activités Cette tendance de ne pas déclarer les activités payantes peut être aggravé si le BPS fait une taxation des structures par comme c'est le cas dans la province de Karuzi.

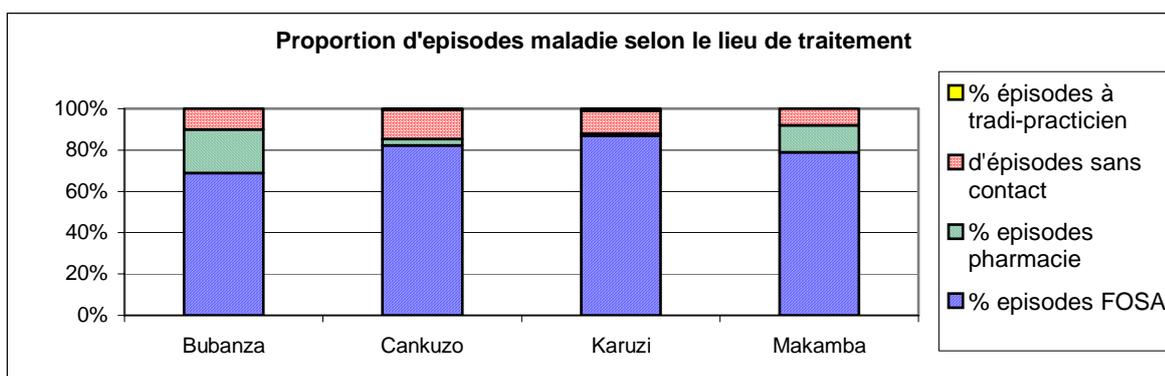
4.2.3 Le taux d'épisode maladie reparti par province

Concernant les épisodes maladies réparties par province on peut faire les constats suivants :

- La province de Makamba a le taux d'épisodes maladies le plus bas avec 3,14 par personne et la province de Bubanza le plus élevé avec 3,94.
- Dans les provinces de Bubanza et Makamba les répondants cherchent relativement fréquemment les pharmacies privées avec 21% et 13%.
- Le taux d'épisodes qui reste *sans contact* par manque d'argent est le plus élevé avec 14% dans la province de Cankuzo et le plus bas dans la province de Makamba.
- Le taux de répondants qui ont déclaré d'avoir visité un tradi-praticiens est bas dans ensemble de l'étude bas avec 0,5%

Province	Personnes	Taux d'épisodes par an par personne	% épisodes à FOSA	% épisodes pharmacie	% d'épisodes sans contact	% épisodes à tradi-praticien
Bubanza	692	3,94	69%	21%	10%	0,0%
Cankuzo	576	3,60	83%	3%	14%	0,6%
Karuzi	896	3,58	86%	1%	11%	1,1%
Makamba	769	3,14	79%	13%	8%	0,0%
Ensemble	2933	3,55 100%	2,81 => 79%	0,34 => 10%	0,38 => 11%	0,02 => 0,5%

Tableau 27: Des épisodes de la maladie subdivisés par province.

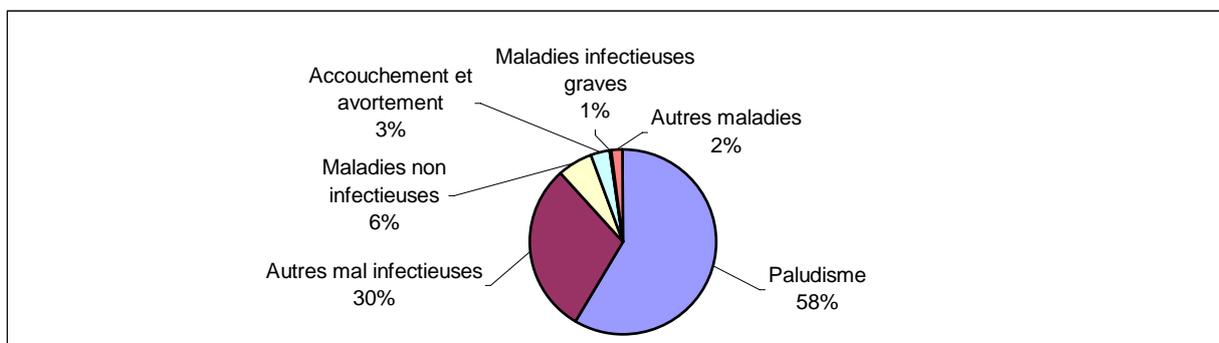


4.2.4 Pour quelles maladies les répondants ont-ils cherché les soins?

Dans cette étude les maladies principalement infectieuses ont constitué 89% et les maladies non infectieuses 9%. Cependant, les enquêteurs n'ont pas été formés à sonder profondément dans la morbidité qui a incité le répondant d'aller à un service de santé. Cela signifie que les maladies déclarées ne sont pas confirmées par aucune évaluation professionnelle. Les maladies infectieuses très sérieuses telles que TBC, la lèpre et la rougeole ont été rapportées dans seulement 4 ménages. Le paludisme avec 58% est très élevé étant donné que lors de l'enquête le répondant attribuait toute fièvre ou céphalée au paludisme.

	n	% des épisodes		N	% des épisodes
Maladies principalement infectieuses			Maladies infectieuses graves		
Paludisme	450	58%	TBC	1	0,1%
			Rougeole	2	0,3%
Problèmes abdominale-diarrhée-estomac	105	14%	Lèpre	1	0,1%
Infections Respiratoire	47	6%	Subtotal:	4	1%
Fièvre - grippe	49	6%	Maladies NON infectieuses		
Maux au tête	11	1%	Douleurs gén / rhumatisme	18	2,3%
Dermatose/abcès	19	2%	Problème dents	6	0,8%
			Problème de yeux	13	1,7%
			Hypertension	6	0,8%
			Epilepsie	4	0,5%
Sub-total:	681	88%	Problème d'oreilles	8	1,0%
Accouchements	18	2%	Sub-total:	47	6%
Avortement / gyn	6	0,8%	Autres maladies	14	1,8%
			GRAND TOTAL:	770	100%

Tableau 28: Quelles maladies ont été rapportées par les répondants.



Graphique : Principales maladies pour lesquelles le malade cherche les soins.

4.2.5 Qui était malade?

Les 57% des répondants qui ont cherché de soins étaient des femmes et 43% étaient des hommes. Cependant, 2% des épisodes des femmes ont été provoqués par les accouchements qui ne constituent pas une "maladie".

Age des malades	Total épisodes	Patients masculins	%	Patients féminins	%
< 5 ans	289	154	53%	135	47%
6-14 ans	161	72	45%	89	55%
15-49 ans	273	78	29%	195	71%
> 50 ans	62	30	48%	32	52%
	785	334	43%	451	57%

Tableau 29: Proportion de malades masculins et féminins?

Un taux élevé de 37% de tous les épisodes maladies sont des petits enfants en dessous de 5 ans

Age de malades	Total épisodes	%
< 5 ans	289	37%
6-14 ans	161	21%
15-49 ans	273	35%
> 50 ans	62	8%

Tableau 30: L'âge des malades.

4.2.6 Distance parcourue pour les soins

Concernant la distance que les patients ont parcourue pour chercher de soins on peut faire les constats suivants :

- 27% des répondants ont voyagé plus de cinq kilomètre pour atteindre une FOSA.
- La distance était de plus de 5 kilomètres pour arriver à une structure privée dans 64% des cas et à un tradi-praticien dans 50% des cas.

	TOTAL	0-1 km	%	1-5 km	%	> 5 km	%
Confessionnel	137	13	9%	92	67%	32	23%
Etatique	511	83	16%	298	58%	130	25%
Structure privée	39	4	10%	10	26%	25	64%
Tradi-praticien	4	2	50%	0	0%	2	50%
Ensemble	691	102	15%	400	58%	189	27%

Tableau 31: Distance voyagé pour les soins de santé.

4.3 Satisfaction de service et coût de soins

4.3.1 Satisfaction avec la structure de santé

Les tableaux suivants montrent la satisfaction des répondants sur la qualité de soins dans les structures de santé qui étaient visitées en cas de maladie. En général les répondants étaient satisfait avec la qualité, la disponibilité des médicaments, le respect du personnel et la guérison mais *pas du tout* avec la durée d'attente.

Provinces	n	Bonne qualité? OUI !	Médicaments disponible? OUI !	Respect personnel? OUI !	Durée d'attente? RAISONNABLE? OUI !	Guérison? OUI !
Bubanza	156	90%	83%	82%	1%	56%
Cankuzo	144	92%	95%	88%	8%	78%
Karuzi	233	85%	88%	88%	-7%	70%
Makamba	158	83%	86%	92%	-9%	71%
Ensemble Etude	691	87%	88%	88%	-2%	69%

Tableau 32: Satisfaction des répondants sur les formations sanitaires par province.

Statut des structures	n	Bonne qualité? OUI !	Médicaments disponible? OUI !	Respect personnel? OUI !	Durée d'attente? RAISONNABLE? OUI !	Guérison? OUI !
Confessionnel	137	91%	89%	96%	23%	67%
Etatique	511	86%	87%	85%	-15%	72%
Privé	39	92%	95%	95%	67%	46%
Tradi praticien	4	50%	50%	100%	100%	25%
Ensemble Etude	691	87%	88%	88%	-2%	69%

Tableau 33: Satisfaction des répondants sur les formations sanitaires par statut.

Qualité de soins

La qualité de soins est considérée bonne dans 87% de visites aux structures. Les tradi-praticiens traditionnels ont la plus mauvaise qualité perçue avec 50%.

Disponibilité des médicaments

88% des répondants ont déclaré qu'il y avait les médicaments suffisants dans les formations sanitaires. Les tradi-praticiens sont mal évalués par les répondants et seulement 50% pensent qu'il y a de médicaments chez les tradi praticiens.

Respect montré par le personnel de santé

88% des répondants ont déclaré que le personnel des formations sanitaires les a traités avec respect. Néanmoins, le score de satisfaction sur le respect est moindre dans les structures étatiques.

Le temps d'attente est-il raisonnable?

Le temps d'attente était un problème dans toutes les provinces et surtout dans les structures étatiques. La présence des pourcentages négatifs s'explique par le fait que les personnes qui ont répondu que la durée d'attente n'était *pas du tout* raisonnable ont obtenu des points négatifs dans le score des indicateurs.

Le patient a-t-il été guéri ?

Seulement 69% des répondants ont pensés qu'ils ont été guéris après traitement. Ceci peut être provoqué par plusieurs facteurs et il ne reflète pas nécessairement la qualité de soins. Pour les dispensaires, 46% des répondants ont dit qu'ils étaient guéris. Seulement un répondant a dit qu'il était guéri après avoir reçu le traitement d'un guérisseur.

4.3.2 Satisfaction avec les structures de santé par province

PROVINCE DE BUBANZA	n	Bonne qualité? OUI !	Médicaments disponible? OUI !	Respect personnel? OUI !	Durée d'attente? RAISONNABLE? OUI !	Guérison? OUI !
<i>CS Confessionnel</i>						
CS Bubanza 1	7	100%	71%	100%	-29%	57%
Hôpital Bubanza	6	83%	83%	67%	33%	17%
<i>Ensemble Religieux</i>	<i>13</i>	<i>92%</i>	<i>77%</i>	<i>85%</i>	<i>0%</i>	<i>38%</i>
<i>CS Etatique</i>						
CS Buramata	21	76%	86%	90%	-24%	81%
CS Gihungwe	5	80%	100%	80%	-40%	80%
CS Mpanda	34	82%	71%	62%	-38%	32%
CS Ninga	18	83%	78%	67%	0%	72%
CS Ruce	26	100%	96%	92%	15%	85%
Structure Etat Autre	17	100%	65%	100%	12%	53%
<i>Ensemble Etatique</i>	<i>121</i>	<i>88%</i>	<i>80%</i>	<i>80%</i>	<i>-12%</i>	<i>63%</i>
<i>Dispensaires privés</i>	<i>22</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>91%</i>	<i>68%</i>	<i>32%</i>
ENSEMBLE BUBANZA	156	90%	83%	82%	1%	56%

Tableau 34: Satisfaction des répondants sur les formations sanitaires dans la province de Bubanza.

PROVINCE DE CANKUZO	n	Bonne qualité? OUI !	Médicaments disponible? OUI !	Respect personnel? OUI !	Durée d'attente? RAISONNABLE? OUI !	Guérison? OUI !
<i>CS Confessionnel</i>						
CS Religieux Autre	6	50%	100%	100%	17%	33%
CS Gitwengwe	25	100%	100%	100%	84%	92%
<i>Ensemble Religieux</i>	<i>31</i>	<i>90%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>71%</i>	<i>81%</i>
<i>CS Etatique</i>						
CS Etatique Autre	6	100%	100%	83%	-33%	83%
CS Camazi	35	97%	94%	77%	-43%	71%
CS Munzenzi	21	90%	95%	100%	38%	100%
CS Murore	18	94%	89%	78%	-6%	89%
CS Twinkwavu	27	96%	93%	81%	-22%	74%
Hopital Cankuzo	2	0%	100%	100%	100%	0%
<i>Ensemble Etatique</i>	<i>109</i>	<i>94%</i>	<i>94%</i>	<i>83%</i>	<i>-13%</i>	<i>80%</i>
Privés Tanzania	3	67%	100%	100%	100%	33%
Tradi praticien	1	100%	100%	100%	100%	0%
ENSEMBLE CANKUZO	144	92%	95%	88%	8%	78%

Tableau 35: Satisfaction des répondants sur les formations sanitaires dans la province de Cankuzo.

PROVINCE DE KARUZI	n	Bonne qualité? OUI !	Médicaments disponible? OUI !	Respect personnel? OUI !	Durée d'attente? RAISONNABLE? OUI !	Guérison? OUI !
<i>CS Confessionnel</i>						
CS Gatonde	30	100%	93%	100%	43%	73%
CS Gitabamuka	6	100%	100%	67%	33%	100%
Hopital Mutoye (hors prov)	16	88%	94%	100%	19%	81%
<i>Ensemble Religieux</i>	<i>52</i>	<i>96%</i>	<i>94%</i>	<i>96%</i>	<i>35%</i>	<i>79%</i>
<i>CS Etatique</i>						
CS Etatique Autre	7	86%	86%	100%	-43%	86%
CS Karuzi	29	83%	97%	90%	-66%	79%
CS Rabiro	45	82%	89%	82%	-9%	69%
CS Rukaramu	37	89%	89%	92%	5%	73%
CS Rutongamikwa	40	80%	73%	78%	-48%	55%
Hopital Buhiga (MSF)	19	79%	89%	84%	26%	63%
<i>Ensemble Etatique</i>	<i>177</i>	<i>83%</i>	<i>86%</i>	<i>85%</i>	<i>-21%</i>	<i>68%</i>
Dispensaires privés	1	100%	100%	100%	100%	100%
Tradi praticien	3	33%	33%	100%	100%	33%
ENSEMBLE KARUZI	233	85%	88%	88%	-7%	70%

Tableau 36: Satisfaction des répondants sur les formations sanitaires dans la province de Karuzi.

PROVINCE DE MAKAMBA	n	Bonne qualité? OUI !	Médicaments disponible? OUI !	Respect personnel? OUI !	Durée d'attente? RAISONNABLE? OUI !	Guérison? OUI !
<i>CS Confessionnel</i>						
CS Gishiha	36	83%	75%	100%	-19%	50%
CS Mabanda I	5	80%	100%	80%	-20%	60%
<i>Ensemble Religieux</i>	41	83%	78%	98%	-20%	51%
<i>CS Etatique</i>						
CS Etatique Autre	4	25%	71%	75%	-25%	50%
CS Bukeye	33	82%	100%	94%	-18%	79%
CS Mabanda	12	75%	94%	83%	-83%	75%
CS Nyanza Lac	28	82%	100%	93%	4%	75%
CS Vugizo	23	96%	100%	87%	17%	91%
Hopital Makamba	4	100%	100%	75%	-25%	75%
<i>Ensemble Etatique</i>	104	83%	89%	89%	-13%	79%
Dispensaires privés	11	82%	82%	100%	45%	64%
Privé Tanzania	2	100%	100%	100%	100%	100%
ENSEMBLE MAKAMBA	158	83%	86%	92%	-9%	71%

Tableau 37: Satisfaction des répondants sur les formations sanitaires dans la province de Makamba.

4.3.3 Coût de soins

Le coût moyen d'une consultation était de \$1,14 et pour une hospitalisation de \$ 8,34. En moyenne 34% des répondants pensent que les factures pour les consultations externes sont trop élevées et 57% pour les hospitalisations.

La province de Karuzi à travers le travail exécuté par MSF Belgique, applique un tarif forfaitaire de \$0,30 par consultation externe et de \$0,50 par hospitalisation. Ainsi, selon les répondants dans la province de Karuzi, le coût moyen d'une consultation externe était de \$0,42 et celui d'une hospitalisation était de \$2,64. Néanmoins, le coût était considéré encore « trop cher » pour 25% des répondants qui avaient fait une consultation externe et pour 26% qui étaient hospitalisés. Le coût de soins dans les trois autres provinces était considéré « trop cher » entre 37-38% des consultations externes et entre 75-80% des hospitalisations.

Provinces	N TOTAL	n Cons Ext	Coût moyen par Cons. Externe	% Trop cher	n Hospitalisation	Coût moyen par hospitalisation	% Trop cher
Bubanza	156	148	\$ 1,42	41%	8	\$ 3,77	75%
Cankuzo	144	140	\$ 1,30	38%	5	\$ 24,56	80%
Karuzi	233	215	\$ 0,42	25%	19	\$ 2,64	26%
Makamba	158	141	\$ 1,81	37%	17	\$ 12,08	76%
Ensemble Etude	691	644	\$ 1,14	34%	49	\$ 8,34	57%

Tableau 38: Coût de soins pour la consultation externe et l'hospitalisation reparté par province et l'appréciation de ces coûts par les répondants.

Statut de la FOSA	N TOTAL	n Cons. Externe	Coût moyen par Cons. Externe	% Trop cher	n Hospitalisation	Coût moyen par hospitalisation	% Trop cher
Confessionnel	137	122	\$ 2,13	67%	16	\$ 8,72	75%
Etatique	511	487	\$ 0,75	23%	25	\$ 4,93	32%
Privé	39	31	\$ 3,27	74%	8	\$ 18,20	100%
Tradi praticien	4	4	\$ 2,75	50%			
Ensemble Etude	691	644	\$ 1,14	34%	49	\$ 8,34	57%

Tableau 39: Coût de soins pour la consultation externe et l'hospitalisation reparté par statut de FOSA et l'appréciation de ces coûts par les répondants.

BUBANZA	N TOTAL	n Cons Ext	Coût moyen par Cons. Externe	% Trop cher	n Hospi- talisation	Coût moyen par hospi- talisation	% Trop cher
<i>CS Confessionnel</i>							
CS Bubanza 1	7	7	\$ 3,79	71%	0		
Hôpital Bubanza	6	3	\$ 3,60	67%	3	\$ 32,52	67%
<i>Ensemble Religieux</i>	<i>13</i>	<i>10</i>	<i>\$ 3,73</i>	<i>70%</i>	<i>3</i>	<i>\$ 32,52</i>	<i>67%</i>
<i>CS Etatique</i>							
CS Buramata	21	19	\$ 1,04	37%	2	\$ 2,05	50%
CS Gihungwe	5	5	\$ 2,58	60%			
CS Mpanda	34	34	\$ 1,59	38%			
CS Ninga	18	18	\$ 0,96	11%			
CS Ruce	26	24	\$ 0,55	17%	2	\$ 10,24	100%
Structure Etat Autre	17	17	\$ 2,97	41%			
<i>Ensemble Etatique</i>	<i>121</i>	<i>117</i>	<i>\$ 1,43</i>	<i>31%</i>	<i>4</i>	<i>\$ 6,15</i>	<i>75%</i>
Dispensaires privés	22	21	\$ 5,37	86%	1	\$ 5,60	100%
ENSEMBLE BUBANZA	156	148	\$ 1,42	41%	8	\$ 3,77	75%

Tableau 40: Coût de soin pour la consultation externe et l'hospitalisation reparti par structure de santé dans la province de Bubanza et l'appréciation du coût par les répondants.

CANKUZO	N TOTAL	n Cons Ext	Coût moyen par Cons. Externe	% Trop cher	n Hospi- talisation	Coût moyen par hospi- talisation	% Trop cher
<i>CS Confessionnel</i>							
CS Religieux Autre	6	6	\$ 5,96	50%			
CS Gitwengwe	25	26	\$ 2,08	73%			
<i>Ensemble Religieux</i>	<i>31</i>	<i>32</i>	<i>\$ 2,80</i>	<i>69%</i>			
<i>CS Etatique</i>							
CS Etatique Autre	6	5	\$ 1,31	40%	1	\$ 22,80	100%
CS Camazi	35	34	\$ 0,94	21%	1	\$ 0,30	0%
CS Munzenzi	21	21	\$ 0,38	33%			
CS Murore	18	18	\$ 0,60	39%			
CS Twinkwavu	27	27	\$ 0,69	30%			
Hopital Cankuzo	2	1	\$ 8,00	0%	1	\$ 27,70	100%
<i>Ensemble Etatique</i>	<i>109</i>	<i>106</i>	<i>\$ 0,79</i>	<i>29%</i>	<i>3</i>	<i>\$ 16,93</i>	<i>67%</i>
Privés Tanzania	3	1	\$ 6,80	0%	2	\$ 36,00	100%
Tradi praticien	1	1	\$ 1,00	0%	0		
ENSEMBLE CANKUZO	144	140	\$ 1,30	38%	5	\$ 24,56	80%

Tableau 41: Coût de soin pour la consultation externe et l'hospitalisation reparti par structure de santé dans la province de Cankuzo et l'appréciation du coût par les répondants.

KARUZI	N TOTAL	n Cons Ext	Coût moyen par Cons. Externe	% Trop cher	n Hospi- tali- sation	Coût moyen par hospi- tali- sation	% Trop cher
<i>CS Confessionnel</i>							
CS Gatonde	30	27	\$ 0,59	59%	3	\$ 1,99	67%
CS Gitaramuka	6	4	\$ 0,78	50%	2	\$ 10,00	0%
Hôpital Mutoye (hors prov)	16	15	\$ 0,75	67%	1	\$ 5,60	100%
<i>Ensemble Religieux</i>	52	46	\$ 0,66	61%	6	\$ 5,26	50%
<i>CS Etatique</i>							
CS Etatique Autre	7	7	\$ 0,27	14%	1	\$ 0,00	0%
CS Karuzi	29	27	\$ 0,32	22%	2	\$ 2,50	0%
CS Rabiro	45	42	\$ 0,24	10%	3	\$ 0,27	0%
CS Rukaramu	37	37	\$ 0,32	16%			
CS Rutongamikwa	40	37	\$ 0,33	14%	3	\$ 2,00	33%
Hôpital Buhiga (MSF)	19	16	\$ 0,31	6%	3	\$ 1,29	0%
<i>Ensemble Etatique</i>	177	166	\$ 0,30	14%	12	\$ 1,31	8%
Dispensaires privés	1	0			1	\$ 2,90	100%
Tradi praticien	3	3	\$ 3,33	67%			
ENSEMBLE KARUZI	233	215	\$ 0,42	25%	19	\$ 2,64	26%

Tableau 42: Coût de soins pour la consultation externe et l'hospitalisation reparté par structure de santé dans la province de Karuzi et l'appréciation du coût par les répondants.

MAKAMBA	N TOTAL	n Cons Ext	Coût moyen par Cons. Externe	% Trop cher	n Hospi- tali- sation	Coût moyen par hospi- tali- sation	% Trop cher
<i>CS Confessionnel</i>							
CS Gishiha	36	29	\$ 3,26	76%	7	\$ 15,43	100%
CS Mabanda I	5	5	\$ 1,60	60%			
<i>Ensemble Religieux</i>	41	34	\$ 3,02	74%	7	\$ 15,43	100%
<i>CS Etatique</i>							
CS Etatique Autre	4	4	\$ 3,50	50%			
CS Bukeye	33	32	\$ 0,24	13%	1	\$ 4,00	100%
CS Mabanda	12	12	\$ 0,38	8%			
CS Nyanza Lac	28	27	\$ 0,49	26%	1	\$ 1,20	0%
CS Vugizo	23	22	\$ 0,62	32%	1	\$ 2,00	0%
Hôpital Makamba	4	1	\$ 10,00	100%	3	\$ 8,33	33%
<i>Ensemble Etatique</i>	104	98	\$ 0,64	22%	6	\$ 5,37	33%
Dispensaires privés	11	7	\$ 11,41	71%	4	\$ 16,28	100%
Privé Tanzanie	2	2	\$ 4,60	0%			
ENSEMBLE MAKAMBA	158	141	\$ 1,81	37%	17	\$ 12,08	76%

Tableau 43: Coût de soins pour la consultation externe et l'hospitalisation reparté par structure de santé dans la province de Makamba et l'appréciation du coût par les répondants.

4.3.4 Perception de coût et comment ont-ils payé

- 69% des répondants n'ont eu aucun problème pour payer leur facture de santé et ce taux est le plus favorable dans la province de Karuzi avec 78% des répondants.
- 13% des répondants ont vendu quelque chose pour payer la facture.
- 17% ont signalé qu'ils ont dû contracter une dette chez les voisins ou les membres de la famille
- Le seul cas de dépenses pour de santé après un épisode maladie qui a eu un *effet catastrophique* sur l'économie de leur ménage a été observé dans la province de Karuzi.

- La variation des proportions des réponses « pas de problème » pour payer les soins dans les provinces de Karuzi et Makamba sont faiblement liés au coût moyen d'une consultation externe. En effet, alors qu'il y a une variation relative positive de 77% du coût moyen de consultation externe (\$0,42 pour Karuzi versus \$1,81 pour Makamba), il n'y a qu'une diminution relative de 19% pour les proportions des réponses « pas de problème (78% pour Karuzi versus 63% pour Makamba).

Comment s'est fait le paiement des soins	TOTAL Episodes	Ensemble provinces	Bubanza %	Cankuzo %	Karuzi %	Makamba %
Coût moyen d'une Cons Externe		\$ 1,14	\$1,42	\$1,30	\$0,42	\$ 1,81
Pas de problèmes	474	69%	62%	66%	78%	63%
Vendu quelque chose	92	13%	14%	15%	7%	20%
Contracter une dette à la FOSA	9	1%	0%	3%	0%	2%
Contracter une dette chez les voisins ou famille	115	17%	24%	15%	14%	15%
Payé avec des conséquences catastrophiques	1	0%	0%	0%	0,4%	0%
Total	691	100%	100%	100%	100%	100%

Tableau 44: Comment les répondants ont-ils payé leur facture après les soins?

4.3.5 Patients cherchant le traitement directement dans les pharmacies privées

Concernant les visites aux pharmacies privées, on peut faire les constats suivants :

- Dans ensemble, les 500 ménages de l'étude ont acheté 83 fois des médicaments dans une pharmacie pendant les 30 derniers jours. Il y avait 11,8% des ménages, qui ont acheté au moins une fois les médicaments directement dans une pharmacie privée.
- Ainsi, en moyenne chaque personne dans l'échantillon achète 0,34 fois par an dans une pharmacie privée.
- 55% de répondants qui ont cherché des médicaments dans une pharmacie privée ont dit qu'ils avaient acheté une cure complète.

Répondants ont achetés un cure complète dans la pharmacie privée	n	%
Non	15	26%
Oui	32	55%
Pas sur	11	19%
TOTAL	58	100%

Tableau 45: Les répondants ont-ils achetés une cure complète dans la pharmacie privée?

- 60% des répondants ont pensé que les médicaments des pharmacies sont de bonne qualité.
- Le taux de satisfaction concernant la qualité perçue lors de leur visite à une pharmacie privée de 60% est défavorable si on le compare avec les patients qui ont cherchés de soins dans une autre structure de santé avec 87%.
- 52% des répondants n'ont pas été entièrement guéris après traitement avec des médicaments d'une pharmacie privée.

	Pharmacies privées	Toutes autres FOSAs
Qualité est bonne? OUI	60%	87%
Est-ce que il y avait de guérison? OUI	52%	69%

Tableau 46: Qualité perçue de soins et s'il y avait une guérison après avoir acheté des médicaments dans les pharmacies privées.

- La raison pour laquelle les répondants vont directement à une pharmacie était que *c'est plus rapide* pour 43% de cas et *c'est moins cher* pour 29% de cas. Le moindre cout des pharmacies n'est pas confirmé par le constat que le montant moyen d'argent dépensé pour les médicaments achetés dans une pharmacie privée était de \$1.66. Cela est supérieur au prix moyen de \$1,14, montant moyen que les répondants ont payé pour une consultation externe dans une autre formation sanitaire.

Raison pour laquelle certains ménages ont seulement utilisé une pharmacie privée?	n	%
C'est plus rapide	25	43%
C'est moins cher	17	29%
FOSA est trop loin	9	16%
Mauvais accueil Fosa	5	9%
Disponibilité de spécialités	2	3%
Total:	58	100%

Tableau 47: Les répondants ont seulement fait recours aux pharmacies privées, pourquoi ?

Les groupes socio-économiques « moyens » ou « fortunés » achètent plus souvent directement dans les pharmacies que les ménages « les plus pauvres » ou « pauvres ».

Statut socio-économique	Taux d'épisodes par an par personne	% épisodes pharmacie
Plus pauvre	3,48	0,21 = 6%
Pauvre	3,06	0,25 = 8%
Moyen	3,79	0,57 = 15%
Fortuné	3,96	0,36 = 9%
Ensemble	3,55 100%	0,34 => 10%

Tableau 48: Visites aux pharmacies privées par groupe socio-économique ?

4.3.6 Commentaires de répondants sur les formations sanitaires

Nous avons invité les répondants à fournir des commentaires spontanés sur les formations sanitaires qu'ils ont visitées.

- La plupart de réponses ont concerné le *coût perçu élevé*. Le besoin de « réduire les prix » dans les formations sanitaires ou d'« aider les plus pauvres » a été spontanément mentionné par 51% des répondants.
- La *durée d'attente longue* a été perçue comme un problème par 43% des répondants.
- Le *manque du personnel qualifié a été déclaré* par 42% des répondants.
- Le *manque des médicaments* a été mentionné par 32% des répondants.
- Le *manque d'équipement* a été mentionné par 12% des répondants.
- Le *manque de respect pour les patients* a été perçu comme un problème par 11% des répondants.
- La disponibilité de *plus d'infrastructure et d'une ambulance* a été mentionnée par 9% des répondants.

PROVINCES	n	Diminuer le prix ou prise en charge indigents	Augmenter personnel qualifié	Améliorer l'accueil et le respect	Diminuer la durée d'attente	Disponibiliser une ambulance	Plus de médicaments	Plus équipement	Plus infrastructure
Bubanza	156	58%	38%	15%	26%	3%	39%	12%	19%
Cankuzo	144	60%	35%	13%	35%	11%	30%	10%	10%
Karuzi	233	40%	39%	11%	51%	5%	30%	9%	5%
Makamba	158	51%	55%	6%	56%	18%	28%	16%	6%
Ensemble Etude	691	51%	42%	11%	43%	9%	32%	12%	9%

Tableau 49: Commentaires spontanés des répondants réparti par province

Un taux élevé de 93% des répondants qui ont visité les structures confessionnelles ont mentionné la *diminution des prix* comme un souhait. Ce taux était de 82% pour les structures privées. Ce taux est seulement 37% dans les structures étatiques.

Une proportion relativement élevée de répondants qui ont visité une structure étatique ont suggéré « d'augmenter le personnel » (45%), « améliorer l'accueil et le respect » (13%), la « diminution de la durée d'attente » (48%) et la disponibilité de « plus de médicaments (35%) comme souhait.

STATUT DE FOSA	n	Diminuer le prix ou prise en charge des indigents	Augmenter le personnel qualifié	Améliorer l'accueil et le respect	Diminuer la durée d'attente	Disponibiliser une ambulance	Plus de médicaments	Plus équipement	Plus infrastructure
Confessionnel	137	93%	34%	7%	35%	10%	20%	9%	8%
Etatique	511	37%	45%	13%	48%	9%	35%	12%	9%
Privé	39	82%	36%	3%	15%	3%	31%	18%	21%
Tradi praticien	4	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ensemble Etude	691	51%	42%	11%	43%	9%	32%	12%	9%

Tableau 50: Commentaires spontanés des répondants au sujet des formations sanitaires.

Le tableau suivant montre les détails des commentaires des répondants reparti par structure de santé et par province:

BUBANZA	n	Diminuer le prix ou prise en charge des indigents	Aug-menter le personnel qualifié	Ame-liorer l'accueil et le respect	Diminuer la durée d'attente	Disponi-biliser une ambu-lance	Plus de médica-ments	Plus équipe-ment	Plus infra-structure
<i>CS Confessionnel</i>									
CS Bubanza I	7	100%	0%	29%	14%	14%	29%	0%	14%
Hopital Bubanza	6	100%	0%	33%	0%	17%	0%	0%	0%
<i>Ensemble Religieux</i>	13	100%	0%	31%	8%	15%	15%	0%	8%
<i>CS Etatique</i>									
CS Buramata	21	57%	43%	10%	29%	0%	33%	10%	19%
CS Gihungwe	5	80%	20%	0%	40%	0%	40%	0%	40%
CS Mpanda	34	53%	56%	26%	35%	0%	41%	12%	18%
CS Ninga	18	11%	28%	33%	50%	6%	44%	22%	28%
CS Ruce	26	42%	42%	4%	15%	4%	42%	15%	23%
Structure Etat Autre	17	65%	35%	0%	29%	0%	59%	18%	0%
<i>Ensemble Etatique</i>	121	48%	42%	15%	31%	2%	43%	14%	19%
Dispensaires privés	22	91%	36%	5%	9%	0%	32%	9%	23%
ENSEMBLE	156	58%	38%	15%	26%	3%	39%	12%	19%

Tableau 51: Commentaires spontanés des répondants réparti par structure de santé en province Bubanza.

CANKUZO	n	Diminuer le prix ou prise en charge des indigents	Aug-menter le personnel qualifié	Ame-liorer l'accueil et le respect	Diminuer la durée d'attente	Disponi-biliser une ambu-lance	Plus de médica-ments	Plus équipe-ment	Plus infra-structure
<i>CS Confessionnel</i>									
CS Religieux Autre	6	83%	0%	0%	17%	50%	33%	0%	17%
CS Gitwengwe	25	100%	24%	0%	8%	0%	12%	4%	16%
<i>Ensemble Religieux</i>	31	97%	19%	0%	10%	10%	16%	3%	16%
<i>CS Etatique</i>									
CS Etatique Autre	6	50%	33%	17%	50%	50%	0%	17%	17%
CS Camazi	35	40%	57%	20%	51%	14%	37%	6%	9%
CS Munzenzi	21	76%	19%	10%	19%	10%	48%	5%	10%
CS Murore	18	50%	17%	17%	39%	6%	28%	22%	11%
CS Twinkwavu	27	41%	56%	19%	59%	4%	30%	15%	4%
Hopital Cankuzo	2	100%	50%	0%	0%	0%	50%	0%	0%
<i>Ensemble Etatique</i>	109	50%	41%	17%	44%	11%	34%	11%	8%
Privés Tanzania	3	33%	0%	0%	0%	33%	33%	33%	0%
Tradi praticien	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ENSEMBLE	144	60%	35%	13%	35%	11%	30%	10%	10%

Tableau 52: Commentaires spontanés des répondants réparti par structure de santé en province Cankuzo.

KARUZI	n	Diminuer le prix ou prise en charge des indigents	Augmenter le personnel qualifié	Améliorer l'accueil et le respect	Diminuer la durée d'attente	Disponibiliser une ambulance	Plus de médicaments	Plus équipement	Plus infrastructure
CS Confessionnel									
CS Gatonde	30	90%	27%	7%	30%	0%	27%	7%	13%
CS Gitabamuka	6	83%	67%	17%	33%	0%	0%	0%	0%
Hopital Mutoye (hors prov)	16	88%	6%	6%	38%	6%	31%	0%	0%
<i>Ensemble Religieux</i>	52	88%	25%	8%	33%	2%	25%	4%	8%
CS Etatique									
CS Etatique Autre	7	29%	71%	0%	57%	0%	57%	43%	0%
CS Karuzi	29	52%	21%	7%	72%	3%	34%	21%	0%
CS Rapiro	45	11%	44%	18%	56%	7%	18%	7%	0%
CS Rukaramu	37	38%	35%	5%	38%	14%	76%	8%	8%
CS Rutongamikwa	40	15%	55%	18%	75%	5%	10%	3%	3%
Hopital Buhiga (MSF)	19	16%	68%	11%	42%	0%	16%	16%	16%
<i>Ensemble Etatique</i>	177	25%	45%	12%	58%	6%	32%	11%	4%
Dispensaires privés	1	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Tradi praticien	3	33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ENSEMBLE	233	40%	39%	11%	51%	5%	30%	9%	5%

Tableau 53: Commentaires spontanés des répondants réparti par structure de santé en province Karuzi.

MAKAMBA	n	Diminuer le prix ou prise en charge des indigents	Augmenter le personnel qualifié	Améliorer l'accueil et le respect	Diminuer la durée d'attente	Disponibiliser une ambulance	Plus de médicaments	Plus équipement	Plus infrastructure
CS Confessionnel									
CS Gishiha	36	94%	75%	0%	64%	22%	19%	25%	3%
CS Mabanda I	5	80%	20%	20%	80%	0%	20%	0%	0%
<i>Ensemble Religieux</i>	41	93%	68%	2%	66%	20%	20%	22%	2%
CS Etatique									
CS Etatique Autre	4	50%	50%	0%	50%	0%	50%	0%	0%
CS Bukeye	33	30%	45%	9%	64%	21%	58%	18%	12%
CS Mabanda	12	8%	58%	17%	100%	0%	33%	8%	8%
CS Nyanza Lac	28	29%	36%	4%	43%	46%	4%	0%	0%
CS Vugizo	23	30%	78%	13%	35%	0%	22%	26%	0%
Hopital Makamba	4	100%	25%	0%	75%	0%	25%	0%	0%
<i>Ensemble Etatique</i>	104	31%	51%	9%	56%	19%	31%	13%	5%
Dispensaires privés	11	91%	36%	0%	36%	0%	36%	27%	27%
Privé Tanzania	2	0%	100%	0%	0%	0%	0%	50%	0%
ENSEMBLE	158	51%	55%	6%	56%	18%	28%	16%	6%

Tableau 54: Commentaires spontanés des répondants réparti par structure de santé en province Makamba.

4.3.7 La mutuelle de la santé

Concernant la mutuelle de santé on peut faire les constats suivants:

- Parmi les 500 ménages enquêtés, 34 sont membre d'une mutuelle de la santé. Cela correspond à un *taux faible d'adhésion de 7%* pour l'ensemble des quatre provinces.
- En plus, 65% des répondants qui sont membre d'une mutuelle sont membre de la Mutuelle de la Fonction Publique et seulement 32% de la Carte Assurance Maladie.

- Dix sur les 34 ménages ou 29% des répondants, qui sont membres de la mutuelle, déclarent que la mutuelle fonctionne « bien ».

Combien de ménages sont membre de la mutuelle de santé repartir par province?	Nbr de ménages	Membre de la mutuelle	%
Bubanza	125	4	3%
Cankuzo	100	6	6%
Karuzi	150	6	4%
Makamba	125	18	14%
Ensemble	500	34	7%

Tableau 55: Membres d'une mutuelle de la santé repartir par Zone de Santé?

	n	%	Fonctionne BIEN? OUI	%	Ne couvre pas les besoins
Carte Assurance Maladie	11	32%	3	27%	
Mutuel Fonction Publique	22	65%	6	27%	23%
Assurance maladie privée	1	3%	1	100%	
TOTAL	34	100%	10	29%	

Tableau 56: Appréciation des répondants sur le fonctionnement des CAM et MFP.

- Dans le groupe socio-économique « le plus pauvre », seulement 2% des ménages sont membre de la mutuelle de santé et dans le groupe socio-économique « fortuné » ce taux est de 13%.

Groupe socio-économique	Membre de la mutuelle	%	
Plus pauvre	125	3	2%
Pauvre	125	8	6%
Moyen	125	7	6%
Fortuné	125	16	13%
Ensemble	500	34	7%

Tableau 57: Membres d'une mutuelle de la santé repartir par groupe socio-économique.

Ainsi on peut conclure que la mutuelle ne joue pas un rôle important dans les ménages enquêtés. La raison pour la non-adhérence était simplement pour la majorité que *la mutuelle n'existe pas ici*. Autres répondants ont dit que *la mutuelle n'est pas avantageuse*, que *la cotisation est trop chère* ou le répondant dit qu'il *ne connaît pas la mutuelle*.

Si le ménage n'est pas membre de la mutuelle de santé, pourquoi?	n	%
La mutuelle n'existe pas ici	336	72%
Pas avantageux	49	11%
Cotisation trop cher	43	9%
Connaît pas la mutuelle	35	8%
Mauvaise expérience	3	1%
Total	466	100%

Tableau 58: Raisons pour lesquelles certains ménages ne sont pas membres des mutuelles de santé.

4.3.8 Quel type de formations sanitaires les répondants préfèrent-ils ?

La préférence pour les différents types de formations sanitaires a été obtenue par une question hypothétique ; « Si la distance et le coût ne joueraient pas un rôle, quelle structure de santé préférerez-vous ? »

- Pour 61% des répondants, la préférence était pour une structure de santé étatique;
- 30% des répondants préfèrent être traités dans une structure de santé religieuse;

- 9% des ménages ont indiqué qu'ils préféreraient les structures privées lucratives.
- 1 répondant a déclaré qu'il préférerait aller chez les tradi-praticiens.

Statut de la Fosa	Préférence Fosa		Raisons données pour la préférence			
	n	%	Bon accueil	Bonne qualité	Rapide	Connait structure
Etatique	285	61%	7%	27%	1%	65%
Confessionnelle	137	30%	46%	41%	5%	8%
Privé lucratif	40	9%	18%	55%	28%	0%
Tradi-praticien	1	0,2%	0%	100%	0%	0%
TOTAL	463	100%	19%	34%	5%	42%
Pas d'opinion	37					

Tableau 59: Préférence pour les différents types de formations sanitaires et les raisons de cette préférence.

4.3.9 Les maladies chroniques graves

31% de ménages ont rapporté avoir un membre dans le ménage souffrant d'une maladie chronique grave⁽¹⁶⁾. 51% de ces malades n'ont pas été régulièrement traités. La raison de traitement non-régulier était pour 36% des répondants qu'il n'y avait pas de possibilités financières, bien que le traitement fût possible. Pour 45% des répondants, la raison de traitement non-régulier était qu'il n'y avait aucun traitement possible ou ils étaient tout simplement découragés. 5% des répondants semblent cacher la maladie.

Maladies chroniques dans le ménage	n	%	Nombre de malades	Traitement régulier?		Si, NON régulier, pourquoi?		
				OUI	NON	Pas d'argent	Pas de soins disponible ou découragé	Cache la maladie
NON	345	69%						
OUI	155	31%	179	51%	49%	36%	45%	5%
Total	500	100%						

Tableau 60: Les maladies chroniques dans les ménages et sont elles régulièrement traitées ?

Les maladies mentales et l'épilepsie semblent former un groupe relativement important. La présence de la tuberculose n'était pas une surprise.

Maladies "chroniques"	n	%	Maladies "chroniques"	n	%
Gastrite - ulcère	39	22%	Hypertension - cœur	13	7%
Rhumatisme	20	11%	Maladies mentales	8	4%
Handicap physique	18	10%	Cécité	4	2%
Epilepsie	17	9%	Cancer	4	2%
TBC - lèpre	15	8%	VIH/SIDA	1	1%
Asthme	14	8%	Autre	26	15%
			TOTAL	179	100%

Tableau 61: les maladies "chroniques" rapportées par des répondants.

¹⁶ L'intervalle de confiance à 95% de la proportion des ménages ayant des cas de maladies chronique est [26,95%-35,05%]

4.4. Santé de la reproduction

4.4.1 Les accouchements

Concernant les accouchements réalisés pendant les 12 derniers mois parmi les femmes dans l'échantillon on peut faire les constats suivants :

- Il y avait 130 accouchements. Parmi lesquels, 52% ont eu lieu dans un centre de santé, 10% dans un hôpital, et 38% à la maison. Il y avait six accouchements qui ont eu lieu sur la route avant d'arriver à la maternité.
- Le *taux d'accouchements assistés* était de 62% ⁽¹⁷⁾.
- 56% des accouchements ont été conduits par une infirmière qualifiée ou un médecin dans une structure de santé. 7 accouchements dans les centres de santé ont été dirigés par les matrones non qualifiées.
- Quatre accouchements étaient fait par un *médecin* – parmi lesquels 3 *césariennes*.
- Tous les accouchements à domicile étaient fait soit par un membre de la famille, soit par une voisine. Aucun accouchement à domicile n'a été dirigé par une infirmière ou un médecin.

Accouchements fait où, pendants les 12 derniers mois?			Accouchement dirigé par QUI?					
OUI	130	100%	Par méde- cin	%	Par infirmier qualifié	%	Aide soignant, voisin ou famille	%
Centre de santé	67	52%	1	1%	59	45%	7	5%
Hôpital	13	10%	3	2%	10	8%	0	0%
Accouchement assistés	80	62%	4	3%	69	53%	7	5%
Dans la maison	44	34%	0	0%	0	0%	44	34%
Sur la route	6	5%	0	0%	1	1%	5	4%
Accouchement non assistés	50	38%	0	0%	1	1%	49	38%
TOTAL Accouchements:	130	100%	4	3%	70	54%	56	43%

Tableau 62: Les accouchements faits où et dirigés par qui ?

La province de Makamba a un taux d'accouchements assistés supérieur, soit 81% par rapport aux autres provinces. La province de Cankuzo a le taux le plus bas, soit 42%. Il n'y a pas une relation significative entre le prix moyen pour un accouchement et le taux d'accouchements assistés.

Provinces	Total accouchements	Accouchements assistés	%	Prix moyenne*
Bubanza	34	18	53%	\$ 7,20
Cankuzo	26	11	42%	\$ 3,10
Karuzi	39	26	67%	\$ 3,53
Makamba	31	25	81%	\$ 5,62
Ensemble Etude	130	80	62%	\$ 4,92

Tableau 63: Accouchements assistés reparti par Zone de Santé. * Exclusivement césariennes

Le groupe socio-économique « plus pauvre » a un taux d'accouchements assistés inférieur (52%) par rapport aux autres groupes socio-économiques comme on peut le lire dans le tableau suivant.

¹⁷ L'intervalle de confiance à 95% de la proportion d'accouchements assistés est [53,7%-70,3%]

Groupe socio-économique	Total accouchements	Accouchements assistés	%
Plus pauvre	27	14	52%
Pauvre	35	21	60%
Moyen	33	23	70%
Fortuné	35	22	63%
Ensemble	130	80	62%

Tableau 64: Accouchements assistés repartis par groupe socio-économique.

Quelles étaient les raisons du choix pour accoucher dans un centre de santé, un hôpital ou à la maison pendant les 12 derniers mois:

- 10% des accouchements est fait dans un hôpital. La raison pour décider d'accoucher dans un hôpital était pour 77% de ces accouchées la *bonne qualité*.
- 52% des accouchements ont eu lieu dans un centre de santé. La raison pour accoucher dans un centre santé était pour 46% de cas, la proximité du centre et pour 27%, la qualité de soins.
- 34% des accouchements ont eu lieu à la maison. La raison pour avoir décidé d'accoucher à la maison était pour 86% l'*hasard* et pour 9% des répondants le *coût moins cher*.
- Pour les 6 accouchements qui ont eu lieu sur la route, la raison était que *c'était un hasard*.

Raison de choix pour structure ou maison	Total	%	Hôpital	%	Centre Santé	%	Maison	%	Route	%
	100%		=> 10%		=> 52%		=> 34%		=> 5%	
Bonne qualité	28	22%	10	77%	18	27%	0	0%	0	0%
Proche de la maison	33	25%	1	8%	31	46%	1	2%	0	0%
Moins cher	11	8%	1	8%	6	9%	4	9%	0	0%
Par hasard	46	35%	0	0%	2	3%	38	86%	6	100%
Connaît la structure	4	3%	0	0%	4	6%	0	0%	0	0%
Bon accueil	8	6%	1	8%	6	9%	1	2%	0	0%
TOTAL	130	100%	13	100%	67	100%	44	100%	6	100%

Tableau 65: Les raisons qui motivent le choix d'une structure pour l'accouchement

4.4.2 Perception du coût pour les accouchements

Combien les répondants ont payés pour les accouchements et quelle était la perception du coût ?

- Les quatre accouchements conduits par des *médecins* étaient considérées comme *trop chers* avec un coût moyen de \$96,89.
- Le coût moyen d'un accouchement dirigé par une *infirmière dans un hôpital* ou au centre de santé était de \$4,49 et 51% des répondants ont considéré ce coût *trop cher*.
- Le coût moyen d'un accouchement dirigé par une aide accoucheuse *dans un centre de santé* était de \$3,34. Pour 35% des répondants, ce coût était *trop cher*.
- Le coût moyen d'un accouchement fait par un membre de la famille ou une voisine était de \$1,30. On constate que même dans ce cas, 3 répondants ont dit que ce coût était trop cher.

Accouchement fait par qui?	n	%	Coût moyen	Perception du prix: TROP CHER? OUI	
Médecin	4	3%	\$ 96,89	4	100%
Infirmier	70	54%	\$ 4,49	36	51%
Aide accoucheuse	17	13%	\$ 3,34	6	35%
Famille ou voisine	39	30%	\$ 1,30	3	8%
TOTAL:	130	100%	\$ 6,23	49	38%

Tableau 66: Coût d'accouchement et la perception du coût.

Comment les répondants ont – ils payé pour les accouchements ?

- Une accouchée a payé avec des *conséquences catastrophiques* ⁽¹⁸⁾.
- Un répondant a dit qu'ils ont réglé la facture après avoir été *pris en otage* par la structure de santé.
- 16% des répondants ont dit qu'ils ont *pris une dette* chez un *voisin* ou chez un membre de la *famille*. Dans 17% des cas d'accouchement, le ménage avaient *vendu quelque chose* pour payer la facture.
- Pour seulement 21% des femmes qui ont accouché dans l'hôpital il *n'y avait pas de problème pour payer la facture* et ce taux pour les centres de santé était de 58%.

	Hôpital		Centre de Santé		Maison ou route		Total	
Payé avec conséquences catastrophiques	1	7%	0	0%	0	0%	1	1%
Pris en otage par FOSA pour payer	1	7%	0	0%	0	0%	1	1%
Dette voisin ou famille	4	29%	13	20%	4	8%	21	16%
Vendu quelque chose	5	36%	15	23%	2	4%	22	17%
Pas de problème	3	21%	38	58%	44	88%	85	65%
TOTAL:	14	100%	66	100%	50	100%	130	100%

Tableau 67: Comment les ménages ont payés pour les accouchements ?

4.4.3 Où les femmes enceintes planifient-elles d'accoucher ?

- Il y avait 71 femmes parmi les 500 ménages, qui étaient enceintes pendant l'enquête.
- Seulement 6% des ces femmes enceintes ont indiqué qu'elles planifiaient d'accoucher à la maison, alors que 94% prévoyaient d'accoucher dans une structure de santé.
- Parmi les femmes enceintes qui planifiaient d'accoucher dans une structure de santé, la majorité désiraient accoucher dans un centre de santé.
- Si on compare le taux d'accouchements assistés pendant les 12 derniers mois et la proportion de femmes qui sont actuellement enceintes, qui planifie d'accoucher dans une structure de santé la demande non atteinte est de 33%.

	Femmes qui sont actuellement enceintes planifient d'accoucher où?		Femmes ont accouché où, pendant derniers 12 mois?		Demande <u>non atteint</u> pour accoucher dans une structure de santé
Centres de Santé	57	80%	67	52%	29%
Hôpital	10	14%	13	10%	4%
Accouchement assistés	67	94%	80	62%	33%
A la maison (sur la route)	4	6%	50	38%	-33%
TOTAL	71	100%	130	100%	0%

Tableau 68: Où les femmes enceintes ont planifié d'accoucher ?

¹⁸ Une conséquence catastrophique est définie comme la nécessité de vendre un bien de production important comme par exemple un champ ou une vache.

4.4.4 Consultations prénatales

Concernant le service de la consultation prénatale on peut faire les constats suivants :

- 98% des 130 femmes - qui ont accouchées pendant les 12 derniers mois – sont allées aux consultations prénatales et dans 98% des cas c'était dans les centres de santé.
- Les femmes, qui ont assisté à la CPN, ont payées une moyenne de \$ 0,13.
- 89% ont reçu au moins une dose de vaccin anti-tétanique
- 82% des répondants pourraient montrer leur carte prénatale aux enquêteurs.
- Trois femmes, soit 3%, ne sont pas allées à la CPN parce qu'elles ne connaissaient pas le service de la CPN.

Femmes qui ont accouchés	130	%
Femmes qui sont restées à la maison	3	2%
Femmes, qui sont allés à la CPN	127	98%
Femmes, qui ont une carte prénatale	107	82%
Femmes, qui ont reçu un vaccin TT	116	89%
Payement moyen pour la CPN		\$ 0,13
CPN dans Centre de Santé	124	98%
CPN dans un hôpital	3	2%

Tableau 69: Les femmes allant à la CPN, combien elles ont payé et ont-elles reçu le vaccin anti-tétanique?

Le tableau suivant montre les constats liés à la CPN par province. La province de Karuzi montre les résultats les plus favorables avec 95% des femmes qui étaient vaccinées (TT) et 92% des femmes qui pourraient montrer leur carte vaccinale.

Provinces	Femmes enceintes	Allez une fois à la CPN? OUI !	% femmes à la CPN? OUI !	Ont reçu TT? OUI !	% reçu TT? OUI !	Présence de la carte vaccinale? OUI !	% femmes avec carte vaccinale? OUI !
Bubanza	34	34	100%	31	91%	27	79%
Cankuzo	26	24	92%	22	85%	19	73%
Karuzi	39	39	100%	37	95%	36	92%
Makamba	31	30	97%	26	84%	25	81%
Ensemble	130	127	98%	116	89%	107	82%

Tableau 70: Indicateurs CPN par province.

4.4.5 La Planification Familiale

Selon cette étude, plusieurs facteurs contribuent à maintenir les ménages dans le cercle vicieux de la pauvreté telle que le taux de natalité brut élevé de 3,34%, la pénurie de champs pour l'agriculture et la proportion élevée d'enfants qui ne vont pas à l'école. Dans ce contexte il est important de savoir quelle est la situation actuelle au Burundi concernant la planification familiale?

- Dans les 500 ménages, il y avait 2.993 personnes et 651 d'entre eux étaient des femmes dans l'âge de procréation (21,8% du total).
- **Le taux d'utilisation de méthodes modernes de protection de couples est de 8,1%** et la proportion de femmes utilisant les méthodes naturelles est de 6,3%.
- Un constat positif est que 98% des répondants avaient entendu parler de la planification familiale et que 99% de ce groupe ont dit que la PF est importante. Parmi le groupe de 12 ménages qui n'avait jamais entendu parler de la PF, 25% d'entre eux ont déclarés qu'il serait important de connaître une méthode pour espacer les naissances.

	Entendu parler de la planification familiale ?		Est-ce que l'espacement de naissance est important?			
	%	TOTAL	OUI	%	NON	%
OUI	98%	488	481	99%	7	1%
NON	2%	12	3	25%	9	75%
TOTAL:	100%	500	484	97%	16	3%

Tableau 71: Opinion des répondants au sujet de l'importance de la planification familiale.

Les raisons pour ceux qui ont pensé que la planification familiale est importante sont pour :

- 48% *c'est mieux pour la santé de la mère et l'enfant;*
- 34% *l'espacement de naissance est important;*
- 19% *nous manquons de moyens pour éduquer les enfants.*

La connaissance des répondants au sujet des méthodes modernes de planification familiale est que : (a) 86% des ménages ont pu mentionner au moins une méthode telle que la pilule, ou les contraceptifs injectables ; (b) 60% des répondants ont spontanément mentionné l'utilisation de condoms comme une méthode de la PF et (c) 24% des répondants ont mentionné la planification familiale naturelle.

Connaissez-vous les méthodes de la PF	OUI	%	NON	%	TOTAL
Méthodes modernes	415	86%	69	14%	484
Condoms	292	60%	193	40%	485
Méthodes naturelles	117	24%	367	76%	484

Tableau 72: Connaissance des répondants au sujet des méthodes modernes de la planification familiale, des condoms et des méthodes naturelles.

- Dans tous les ménages, 72% avaient mentionné la pilule comme méthode de contraception, 49% les contraceptifs injectables, 4% la ligature de trompes, 0% l'implant, 24% le dispositif intra-utérin (DIU) et 0% la vasectomie.
- Cette connaissance des répondants est comparable à une étude récente réalisée à Cyangugu, province du Rwanda, une république voisine du Burundi mais beaucoup mieux par rapport à une autre étude menée à la province de Sud Kivu en RDC.

	% des ménages qui mentionne spontanément les méthodes modernes suivantes		Comparaison étude Cyangugu Octobre 2005
	N = 500 ménages		
Pilule	359	72%	74%
Injectable	247	49%	86%
Ligature de trompes	20	4%	12%
Implant			10%
Dispositif Intra Utérin	120	24%	3%
Vasectomie			3%

Tableau 73: La connaissance au sujet des méthodes modernes de planification familiale.

- Les structures de santé étaient la source principale d'informations sur la planification familiale.
- La connaissance au sujet des condoms était pour 43% des répondants obtenue à partir de la radio.
- Seulement 1 répondant avait entendu parler de la planification familiale à l'école.
- Tandis qu'on s'attendait à ce que les formations sanitaires favorisent des méthodes modernes de planification familiale curieusement, **au contraire, 34% des répondants ont entendu parler de la planification familiale naturelle dans les structures de santé.** Apparemment, beaucoup de personnel de santé font la promotion de la PF naturelle (...).

Connaissez-vous les méthodes de la PF	ENTENDU OU?											
	Amis	%	Ecole	%	FoSa	%	Me- dia	%	Egli- se	%	Relais Commun	%
Méthodes modernes OUI = 83%	25	6%	1	0%	274	66%	91	22%	1	0%	22	5%
Condoms OUI = 58%	22	8%	0	0%	111	38%	125	43%	0	0%	34	12%
Méthodes naturelles OUI = 23%	30	26%	1	1%	40	34%	22	19%	9	8%	15	13%

Tableau 74: Où les répondants ont entendu parler des méthodes de la planification familiale?

4.4.6 Le choix parmi les femmes de 15-49 ans sur leur procréation

Nous avons demandé à toutes les femmes dans l'âge de reproduction, c'est-à-dire entre 15 et 49 ans, leur avis sur le choix de leur vie reproductive. On est arrivé aux résultats suivants :

- Autour de 8,1% des répondants employaient des méthodes modernes efficaces de la planification familiale telles qu'en particulier la pilule (¹⁹)
- 0,6% des répondants ont dit qu'ils utilisent des condoms comme méthode de planification familiale.
- 69,7% de femmes n'ont pas manifesté le désir de l'espacement de naissance. Les raisons données étaient que 35% ont indiqué qu'*elles n'ont aucun partenaire* (en particulier de jeunes filles), 23% ont déclaré que « la famille n'est pas encore complète », 8% ont pensées qu'*elles ne pourraient plus obtenir des enfants ou déjà avaient atteint la ménopause*.
- *Des principes, croyances ou orientations religieuses* étaient seulement mentionnés par 4% des répondants comme raison de ne pas employer la planification familiale.
- **Les autres femmes de l'échantillon, soit 21% ou 140 femmes ont une demande non atteinte pour la planification familiale (²⁰).**
 - o Parmi ce groupe 6,3% emploie déjà des méthodes naturelles telles que la méthode de calendrier, de l'abstinence, du retrait (coites interrompu) ou les herbes. Nous considérons ces méthodes naturelles comme aussi une demande non atteinte pour la planification familiale, à cause de leur taux d'échec élevé qui se situe entre 55% et 80%.
 - o 6,3% des femmes ont indiqué qu'elles ont besoin de plus d'informations sur la planification familiale et 5,1% ont souhaité savoir où obtenir les intrants pour la planification familiale.
 - o 2% ou 13 femmes étaient déjà devenues enceintes mais ont indiqué qu'elles avaient voulu utiliser la planification familiale, mais c'était trop tard.
 - o 4,6% ou 30 répondantes disaient qu'elles ont peur des effets secondaires des méthodes modernes de planification familiale.

¹⁹ L'intervalle de confiance de la proportion des femmes qui utilisent les méthodes modernes de la PF est [6,0%-10,2%]

²⁰ L'intervalle de confiance de la proportion pour la demande non atteinte est [18,3%-24,7%]

Opinions des femmes dans l'âge 16-49 sur leur procréation					
Demande pour la PF moderne ATTEINTE			Femmes SANS demande pour la PF		
Utilise méthodes modernes	53	8,1%	Pas de partenaire	225	35%
Utilise condoms	4	0,6%	Famille n'est pas complète	148	23%
Sub-total:	57	8,8%	Ménopause / stérile	53	8%
			Interdits religieux	28	4%
Demande pour la PF NON-ATTEINTE			Sub-total:		
Utilise de méthodes naturelles	41	6,3%		454	69,7%
Ne sais pas exactement les méthodes	33	5,1%			
Ne sais pas où aller	10	1,5%			
C'était trop tard	13	2,0%			
Refus du partenaire	13	2,0%			
Peur pour les effets secondaires	30	4,6%			
Sub-total:	140	21,5%	GRAND TOTAL:	651	100%

Tableau 75: Opinion des femmes 15-49 au sujet de leur vie reproductrice.

En plus dans le groupe de femmes SANS demande pour la PF, 14,2% était enceinte à l'heure de l'entrevue. 17% des femmes enceintes avaient indiqué que la grossesse n'a pas été désirée, et une mère a dit qu'elle avait tenté un avortement. La raison principale de la non-désirabilité de la grossesse était que c'est un risque pour la santé maternelle. Il y a aussi 3 femmes qui ont dit qu'elles manquent de moyens économiques pour soutenir l'enfant une fois né et 2 femmes ont dit qu'elle sont tombées enceinte trop jeune. Aucune des femmes rencontrées n'a dit qu'elle avait été forcée pour faire de relations sexuelles qui ont eu comme conséquence qu'elle soit tombée enceinte.

Est-ce que la grossesse était désirée?	%	n	Si non pourquoi?							
			Pas de moyens économiques		Trop jeune		Pas bon pour la santé		Forcé par "mari"	
OUI	79%	56								
NON	17%	12	3	25%	2	16,7%	7	58,3%	0	0,0%
TOTAL:	100%	71								

Tableau 76: La grossesse courante est-elle désirée?

4.4.7 Connaissance sur les méthodes de prévention VIH/SIDA

Concernant la connaissance du VIH/SIDA et la prévention, on peut faire les constats suivants :

- 3% des répondants n'avaient pas entendu parler de VIH/SIDA, ou n'avaient aucune idée.
- Sur la question de savoir comment prévenir le VIH/SIDA ;
 - o 87% ont indiqué qu'il vaut mieux éviter les relations sexuelles non protégées en utilisant le condom.
 - o 63% des répondants ont mentionné qu'il faut éviter d'utiliser les objets tranchants non stérilisés.
 - o 59% des répondants ont indiqué que la meilleure méthode pour éviter l'infection par le VIH est de s'abstenir complètement des relations sexuelles
 - o 34% des répondants ont indiqué qu'il vaut mieux de ne pas avoir les partenaires sexuels multiples ou d'être fidèle au partenaire,
 - o 3% mentionnait le danger d'employer le sang non testé
 - o 1 répondant a donné de réponse d'ignorance.

Entendu parler du VIH/SIDA?	n	%
NON	14	3%
OUI	486	97%
TOTAL	500	100%

Tableau 77: Entendu parler de VIH/SIDA?

Quand entendu parler quels méthodes de prévention connaissez-vous?	n*	%
Eviter de relations sexuelles non protégées en utilisant le condom	433	87%
Eviter matériaux tranchants non stérilisés	313	63%
Abstinence	293	59%
Eviter beaucoup de partenaires sexuels et fidélité	171	34%
Eviter de transfusions non testés	14	3%
Réponses d'ignorance	1	0%

Tableau 78: Méthodes de prévention contre VIH/SIDA selon les répondants. * Plusieurs réponses possibles.

4.4.8 Connaissance sur l'utilisation de condoms

96% des répondants avaient entendu parler des condoms et 85% de ces répondants ont pensé que les condoms étaient importants. Ceci implique qu'un taux encourageant de 81% de tous les répondants pensent que les condoms soient importants.

Entendu parler de préservatifs?	n	%	Quand entendu parler, est-ce que les condoms sont importants? OUI !	% de tous les ménages qui pensent que les condoms sont importants
NON	20	4%		
OUI	480	96%	85%	81%
TOTAL	500	100%		

Tableau 79: Les répondants ont-ils entendu parler des condoms et sont-ils importants ?

Nous avons également demandé à ces répondants - qui ont pensé que les condoms ne sont pas importants - d'expliquer leur opinion.

- 32% de répondants ont dits que des interdits religieux jouent un rôle.
- 26% de répondants indiquaient qu'ils n'ont pas accepté l'utilisation de condom car il peut *favoriser l'adultère*.
- 14% de répondants indiquaient qu'ils n'ont pas accepté l'utilisation de condom car *c'est mieux de s'abstenir*.
- 7% des répondants ont indiqués simplement que *je ne suis pas intéressé par les condoms*.
- 9% des répondants ont dits que les condoms pouvaient se *déchirer ou glisser* au loin pendant l'acte et 5% ont dit que *les condoms sont infectés*.

Si le répondant pense que les condoms NE SONT PAS importants, pourquoi?	n	%
Interdits religieux	24	32%
Les condoms favorisent l'adultère	19	26%
C'est mieux de s'abstenir	14	19%
Condoms déchirent	7	9%
Je ne suis pas intéressé	5	7%
Condom infecte	4	5%
Pas répondu	1	1%
TOTAL:	74	100%

Tableau 80: Raisons fournis pour justifier pourquoi les répondants pensent que le condom n'est pas important

De l'ensemble de répondants de ménages, qui ont répondu que le condom était important, 4% ont dit que le condom empêche la grossesse tandis que 96% ont dits que le condom était important pour éviter les maladies.

Si le répondant pense que les condoms SONT IMPORTANT, pourquoi?	n	%
Prévenir maladie	391	96%
Prévenir grossesse	15	4%

Tableau 81: Raisons fournis, pourquoi les répondants pensent que les condoms soit importants.

Nous avons demandé au groupe qui a entendu parlé de condom « où le condom pourrait-il être obtenus ? »

- Il y a 20% qui n'ont aucune idée où ils peuvent acheter, et 2% ont dit que *les condoms ne sont pas disponibles dans leur milieu.*
- Le plus grand groupe de 64% est formé des répondants qui ont déclarés que *les condoms sont disponibles dans les formations sanitaires;*
- 23% ont répondu que l'on trouve les condoms *sur le marché ou dans les boutiques;*
- 3% ont répondu qu'on les trouve dans les *pharmacies* et 4% dans les *bars ou les hôtels.*

Si le répondant a entendu parler de condoms, ils sont disponibles où?	n = 480*	%
Ne sais pas	94	20%
Pas disponible	10	2%
Répondants qui n'ont pas une idée sur où obtenir de condoms	104	22%
Marché ou boutique	112	23%
Formations sanitaires	305	64%
Pharmacies	13	3%
Bar et hôtel	21	4%

Tableau 82: Les condoms sont disponibles où? * Réponses multiples possibles

4.5 D'autres éléments du paquet minimum d'activités

4.5.1 Immunisation des enfants en dessous d'un an

Concernant les immunisations des enfants ont peut faire les constats suivants :

- Il y avait 123 enfants en dessous de un an dans l'échantillon duquel 89% ont été *entièrement vaccinés* conformément à leur âge ⁽²¹⁾.
- Le taux de vaccination conformément à l'âge de l'enfant dans la province de Makamba était le plus faible, soit 83%. Le meilleur taux de vaccination en rapport avec l'âge était celles de la province de Cankuzo et Karuzi avec 92%.
- De ceux qui avaient été immunisés, 12% des ménages ne pourraient pas montrer la carte, et 7% n'ont pas reçu le vaccin BCG.

²¹ L'intervalle de confiance est de la proportion des enfants complètement vaccine conformément a leur age est [83,5%-94,5%]

Provinces	Enfants < 1 an	Enfant vacciné? OUI !	Présence de la carte vaccinale? OUI !	Enfant reçu BCG? OUI !	Sont vaccinés conforme l'âge? OUI !
Bubanza	31	94%	87%	94%	87%
Cankuzo	24	96%	83%	96%	92%
Karuzi	38	92%	89%	92%	92%
Makamba	30	93%	90%	90%	83%
Ensemble	123	93%	88%	93%	89%

Tableau 83: Couverture vaccinale dans les trois zones de santé

7% des enfants n'ont jamais eu un contact d'immunisation. Les raisons fournies en rapport avec la non-vaccination des 8 enfants étaient les suivantes :

- 3 ont indiqué qu'il y avait un problème au centre de santé comme par exemple la non disponibilité des vaccins au moment de la visite.
- 3 répondants ont dit qu'ils n'avaient jamais entendu parler de la vaccination.
- 1 répondant a dit que la maman était malade.
- Pour un répondant le service de santé était trop éloigné.

Si l'enfant n'a pas reçu des vaccins, pourquoi?	n	%
Problème au niveau de la FoSa	3	38%
Je ne connais pas la vaccination	3	38%
Maman est malade	1	13%
La FoSa est trop loin	1	13%
TOTAL	8	100%

Tableau 84: Raisons pour lesquelles les ménages n'ont pas immunisé leurs enfants.

4.5.2 L'utilisation de moustiquaires

Parmi les 500 ménages, 99,6% des répondants ont entendu parler des moustiquaires.

Est-ce que vous avez entendu parler des moustiquaires?		
Non	2	0,4%
Oui	498	99,6%

Tableau 85: Entendu parler des moustiquaires?

Aussi, une majorité de 92% des répondants pense que tous les membres du ménage sont convaincus de l'importance des moustiquaires et 8% pense que seulement quelques membres sont convaincus

Est-ce que tous les membres de ménages sont convaincus de l'importance?		
Quelques membres	38	8%
Tous les membres	460	92%

Tableau 86: Opinion des membres de ménage sur les moustiquaires

Cependant quand demandé sur l'importance des moustiquaires, seulement 56% de ce groupe font un lien direct avec la protection contre le paludisme.

Si oui, important pourquoi?	n	%
Contre les insectes	218	44%
Contre le paludisme	280	56%

Tableau 87: Quelle est l'importance des moustiquaires ?

Un pourcentage encourageant de 47% des ménages utilisent au moins une moustiquaire. La justification pour la non utilisation des moustiquaires dans certains ménages était pour 58% d'entre eux le *manque d'argent* et pour 16% le *manque d'une source d'achat*.

Provinces	Nbre de ménages	Ménage utilise une moustiquaire? OUI !	Si ménage n'utilise pas, où ils ne sont pas suffisantes, pourquoi?			
			Pas d'argent	%	Ne sais pas où acheter	%
Bubanza	125	66%	79	63%	6	5%
Cankuzo	100	36%	57	58%	24	24%
Karuzi	150	41%	89	60%	29	19%
Makamba	125	42%	66	53%	19	15%
Ensemble	500	47%	291	58%	78	16%

Tableau 88: Connaissance des répondants sur l'utilisation des moustiquaires.

Le taux d'utilisation des moustiquaires ⁽²²⁾ est le plus élevé dans la province de Bubanza, soit 29%. Il est de 20% dans les provinces de Karuzi et Makamba, et seulement 11% dans la province de Cankuzo. Apparemment le coût d'une moustiquaire n'est pas le facteur le plus important parce que dans la province de Bubanza (avec la couverture la plus élevée de 29%) le prix moyen d'une moustiquaire était aussi le plus élevé de \$1,59 par rapport à la province de Cankuzo où le prix moyen était beaucoup moins élevé, soit \$0,48. Un nombre important de moustiquaires était donné gratuitement par les services de la CPN, ce qui a diminué le prix moyen comme particulièrement dans les provinces de Karuzi (\$ 0,27) et Cankuzo (\$0,48).

Provinces	Nbr personnes	Nbr de ménages avec au moins une moustiquaire?	Total moustiquaires utilisées	Taux d'utilisation de moustiquaires?	Prix moyen d'une moustiquaire?
Bubanza	787	83	152	29%	\$ 1,59
Cankuzo	777	36	57	11%	\$ 0,48
Karuzi	693	62	93	20%	\$ 0,27
Makamba	676	53	91	20%	\$ 1,11
Ensemble	2933	234	393	20%	\$ 0,97

Tableau 89: Taux d'utilisation des moustiquaires reparté par Zone de Santé.

Le groupe socio-économique « le plus pauvre » a le taux le plus bas de 9,1% d'utilisation de moustiquaires et a aussi la moindre connaissance concernant leur importance contre le paludisme. Une grande proportion de moustiquaires dans le groupe « plus pauvre » était donnée gratuitement par des bienfaiteurs. Par contre le groupe socio-économique « fortuné » a le taux d'utilisation le plus élevé de 35,5%, mais le prix moyen payé était le plus élevé avec \$1,47.

Statut socio-économique	Moustiquaires importantes contre le paludisme? OUI !	Taux d'utilisation de moustiquaires?	Prix moyen d'une moustiquaire?	Moustiquaire donné gratuit
Plus pauvre	50%	9,1%	\$ 0,34	81%
Pauvre	50%	15,1%	\$ 0,68	51%
Moyen	58%	23,2%	\$ 0,83	42%
Fortuné	66%	35,5%	\$ 1,47	23%
Ensemble	56%	20,1%	\$ 0,97	32%

Tableau 90: Connaissance, taux d'utilisation des moustiquaires et prix moyen reparté par groupe socio-économique.

²² Le taux d'utilisation de moustiquaires = toutes les moustiquaires utilisées dans les ménages enquêtés / (tous les membres dans les ménages enquêtés / 1,5 personnes). Ainsi chaque moustiquaire est utilisée en moyenne par 1,5 personne : par exemple deux enfants ou un couple dans un lit.

On ne peut seulement constater une très faible corrélation négative (non significative !) entre le taux d'utilisation de moustiquaires et le taux d'épisodes palu par personne pas an dans les quatre provinces.

Provinces	Taux d'utilisation de moustiquaires	Taux d'épisodes palu par personne par an
Bubanza	29,0%	1,87
Cankuzo	11,0%	2,13
Karuzi	20,1%	2,10
Makamba	20,2%	1,30
Ensemble	20,1%	1,84

Tableau 91: Taux d'utilisation des moustiquaires et le taux d'épisodes palu par personne par province.

Nous constatons qu'il y a une corrélation entre le taux d'épisodes palu par personne par an dans les quatre groupes socio-économiques et leur taux d'utilisation de moustiquaires. Cela signifie que notre étude constate le contraire d'une relation positive entre l'utilisation plus élevée des moustiquaires parmi les quatre groupes socio-économiques et une diminution des cas de palu.

Niveau socio économique	Taux d'utilisation de moustiquaires	Taux d'épisodes palu par personne par an
Très pauvre	9,1%	1,81
Pauvre	15,1%	1,56
Moyen	23,2%	1,73
Fortune	33,5%	2,31
Ensemble	20,1%	1,84

Tableau 92: Taux d'utilisation des moustiquaires et le taux d'épisodes palu par personne par groupe socio-économique.

4.5.4 Commentaires spontanés faites par les répondants concernant la santé

Les commentaires spontanés faits concernant la santé à la fin de l'entrevue étaient les suivants :

- La remarque la plus fréquente était relative à la *réduction des coûts* de soins de santé pour 50,4% de répondants. Le coût moyen d'une consultation externe est de \$1,14.
- Apparemment pour 49,6% des répondants *l'accès géographique aux soins* était un problème à résoudre. Cela n'est pas confirmé par les autres données car seulement 27% des répondants ont voyagés plus de 5 kilomètre pour atteindre une FOSA. Peut être le manque d'accès au soins est surtout lié à la qualité de soins et à la durée d'attente dans les FOSA.
- Une remarque aussi importante concernait les moustiquaires et 38% de répondants on dit qu'on devrait avoir un *meilleur accès aux moustiquaires*. Cela correspond avec le constat que selon les répondants 58% des épisodes maladies étaient liés au paludisme.
- 37% ont pensé qu'un *meilleur accès à l'eau potable* était important. Le taux général de ménages qui ont accès à l'eau potable était de 71% et cette remarque concerne surtout les provinces de Bubanza et Cankuzo.
- 36% ont désiré une *meilleure qualité dans les structures de santé*. Plus en particulier des répondants ont dit qu'il existe un problème en rapport avec la disponibilité de personnel qualifié et surtout féminin.
- La *disponibilité des mutuelles* était demandée par 6% des répondants.
- Un autre commentaire fait par 5% de répondants concernait la nécessité de lancer un *programme de prévention du VIH/SIDA*.
- 16 ménages ont demandé que l'on octroie à leur milieu une FOSA publique. Cette remarque était liée au facteur que les FOSA publiques appliquent la gratuité.
- Un groupe relativement petit de 4 ménages a désiré avoir un bon accès à la planification familiale moderne.

Commentaires spontanés faits par les répondants concernant la santé	N = 500	%
Diminuer les coûts de soins	252	50,4%
Plus de structures de santé pour augmenter l'accès au soin	248	49,6%
Plus de moustiquaires	190	38%
Avoir accès à l'eau potable	186	37%
Améliorer les structures de santé - octroyer personnel qualifié (féminin)	181	36%
Disponibilité de mutuelles	31	6%
Meilleure sensibilisation sur le SIDA y inclus rendre disponible les condoms	27	5%
Disponibilité de FOSA publics pour avoir la "gratuité"	16	3%
Avoir accès à la PF	4	1%

Tableau 93: Remarques spontanées des répondants concernant la santé.

4.5.5 Commentaires spontanés faites concernant d'autres thèmes

Les commentaires spontanés faits concernant d'autres thèmes non liés à la santé étaient les suivants :

Commentaires spontanés faits par les répondants concernant autres thèmes	n = 500	%
Assistance pour l'agriculture et / ou élevage	152	30%
Améliorer l'habitat de la population	87	17%
Avoir accès aux écoles et/ou améliorer la qualité de l'enseignement	81	16%
Accès au micro crédit et créer de l'emploi	55	11%
Assistance aux indigents	33	7%
Améliorer les routes	24	5%
Octroyer l'électricité dans le milieu	17	3%

Tableau 94: Remarques spontanées des répondants concernant autres thèmes.

5. RESULTATS DE L'ENQUÊTE QUALITÉ

Le questionnaire utilisé pour l'enquête de la qualité dans 24 centres de santé et 5 hôpitaux de première référence est attaché dans l'annexe 2 du rapport.

5.1 Score de qualité dans les hôpitaux de premier référence

5.1.1 Score global des hôpitaux

En considérant l'ensemble d'indicateurs retenus dans l'étude, l'hôpital de Buhiga - Karuzi est le plus performant (69%) tandis que celui de Makamba est le moins performant (43%).

Hôpitaux	Score total en points	%
1. Hôpital Buhiga - Karuzi	47 / 68	69%
2. Hôpital Cankuzo	40 / 68	59%
3. Hôpital Bubanza	37 / 68	54%
4. Hôpital Kibuye	36 / 68	53%
5. Hôpital Makamba	29 / 68	43%
Ensemble	189 / 340	56%

Tableau 95 : Score global des hôpitaux

5.1.2 Nombre de lits et personnel qualifié

Si on prend comme norme 1 lit hospitalier de la première référence par 2000 habitants on constate que les hôpitaux de Cankuzo et Bubanza ont un nombre suffisant de lits. Cependant les hôpitaux de Buhiga, Kibuye et Makamba sont en dessous de la norme de lits disponibles.

Hôpitaux	Population Aire d'Attraction	Nombre lits	Norme : 1 lit / 2000	Commentaire qualitative
Cankuzo	190.000	102	95	OK
Buhiga - Karuzi	365.000	152	183	En dessous de la norme
Kibuye	228.000	72	114	En dessous de la norme
Makamba	314.000	125	157	En dessous de la norme
Bubanza	340.000	175	170	OK
Ensemble	1.437.000	626	719	En dessous de la norme

Tableau 96 : Nombre de lits dans les hôpitaux par rapport à la norme.

Nous avons considérés 0,35 personnel qualifié par lit hospitalier de première référence comme norme (²³). Avec cette norme on observe un effectif pléthorique du personnel qualifié à l'hôpital de Makamba. Par contre l'hôpital de Cankuzo est en dessous de la norme du personnel, dans l'hôpital de Bubanza il y en a une *carence* et dans l'hôpital de Kibuye il y en a une *grande carence* de personnel qualifié.

²³ Cette norme de 0,35 personnel qualifié par lit est subjective et basée sur l'impression que l'hôpital de Buhiga – géré par MSF Belgique – dans la province de Karuzi avait un personnel suffisant. Pour cela cette norme subjective nécessite d'être analysé en considérant les cibles qualitatifs attendues ainsi qu'en considérants des standards internationaux.

Hôpitaux	Population Aire d'Attraction	Nombre lits	Personnel qualifié	Personnel qualifié par lit	Norme par lit	Commentaire qualitative
Cankuzo	190.000	102	25	0,25	0,35	En dessous de la norme
Buhiga - Karuzi	365.000	152	48	0,32	0,35	OK
Kibuye	228.000	72	4	0,06	0,35	Grande carence
Makamba	314.000	125	104	0,83	0,35	Pléthore
Bubanza	340.000	175	28	0,16	0,35	Carence
Ensemble	1.437.000	626	209	0,33	0,35	OK

Tableau 97 : Nombre de personnel dans les hôpitaux par rapport à la norme de lits.

5.1.3 Disponibilité de documents et du matériel de communication

On constate que l'ensemble d'hôpitaux visités n'a pas de carte sanitaire de leur zone d'action, ni de plan de business trimestriel ni de fiche de référence pour les structures à l'échelon supérieur. Les procès verbaux des réunions techniques sont disponibles dans 2 hôpitaux sur 5, les tarifs de soins de santé et médicaments sont affichés dans un hôpital sur cinq. Concernant l'ensemble des indicateurs on observe un mauvais score pour tous les hôpitaux et plus en particulier pour les hôpitaux de Cankuzo et Kibuye avec 0%.

Hôpitaux	Disponibilité carte sanitaire	Plan business trimestriel disponible	Procès verbal des réunions techniques disponible	Fiche de référence disponible	Disponibilité d'un radio pour la référence	Tarifs RC affichés	Score total
Buhiga - Karuzi	0	0	0	0	0	2	29%
Makamba	0	0	1	0	1	0	29%
Bubanza	0	0	1	0	0	0	14%
Cankuzo	0	0	0	0	0	0	0%
Kibuye	0	0	0	0	0	0	0%
Ensemble	0%	0%	40%	0%	20%	40%	14%

Tableau 98 : Documents et matériels de communication disponibles dans les hôpitaux

5.1.4 Hygiène, stérilisation et mesures de propreté dans les hôpitaux

La stérilisation est effectuée selon les normes dans l'ensemble des hôpitaux visités. Les poubelles et boîtes de sécurité sont disponibles sauf à l'hôpital de Makamba. L'incinération correcte des déchets se fait seulement à l'hôpital de Buhiga. Les latrines des patients sont disponibles et en bons état dans 3 sur 5 hôpitaux.

La propreté de la cours (état d'assainissement et absence des produits dangereux comme les seringues usagés jetés dans la cours) a été observé dans 2 sur les 5 hôpitaux.

L'ensemble des mesures d'hygiène et de propreté sont appliquées efficacement à l'hôpital de Buhiga qui a obtenu un score de 100% et sont mauvaises dans les hôpitaux de Makamba et Cankuzo. Les hôpitaux de Bubanza et Kibuye nécessitent de construire une nouvelle installation d'incinération.

Hôpitaux	Stérilisation suivant la norme	Déchets: poubelle - boîte sécurité disponible	Incinération déchets correct	Latrines patients en bon état	Propriété du cour OK	Score total
Buhiga - Karuzi	1	1	1	1	1	100%
Kibuye	1	1	0	1	1	80%
Bubanza	1	1	0	1	0	60%
Cankuzo	1	1	0	0	0	40%
Makamba	1	0	0	0	0	20%
Ensemble	100%	80%	20%	60%	40%	60%

Tableau 99 : Mesures d'hygiène et de propreté appliquées dans les hôpitaux

5.1.5 Qualité concernant le service de la consultation externe

C'est uniquement à l'hôpital de Kibuye qu'il a été observé une numérotation correcte des registres. C'est à ce même hôpital que l'on observe l'absence d'un service de permanence 24 / 24 et 7 / 7. Le respect du schéma de traitement du paludisme simple et grave est observé à l'hôpital de Makamba. Dans les autres hôpitaux, il y a soit un respect partiel (hôpital Bubanza, Buhiga et Cyankuzo), soit le non respect total (hôpital de Kibuye). La disponibilité totale des équipements de diagnostic dans le cabinet médical est observée uniquement à l'hôpital de Buhiga.

Nom CS / hop	Numérotation registre correcte	Service 24 sur 24	Schéma de traitement du paludisme respecté	Disponibilité d'équipements de diagnostic dans cabinet médecin
Makamba	0	1	100%	60%
Bubanza	0	1	75%	60%
Buhiga - Karuzi	0	1	50%	100%
Cankuzo	0	1	25%	80%
Kibuye	1	0	0%	60%
Ensemble	20%	80%	50%	72%

Tableau 100: Indicateurs du service de consultation externe

5.1.6 Suivi des parturientes à la maternité de l'hôpital

Seulement 1 hôpital sur 5 fait le suivi sur partogramme des femmes lors de l'accouchement. Dans aucun d'entre eux, on prélève la tension artérielle. L'APGAR n'est pas enregistré à l'hôpital de Makamba. Ainsi nous constatons que les hôpitaux de première référence nécessitent d'améliorer les procédures qualitatifs dans leurs maternités.

Hôpitaux	Partogramme disponible	Prise tension art régulier dans partogramme	APGAR noté dans registre	TOTAL
Buhiga - Karuzi	1	0	1	67%
Cankuzo	0	0	1	33%
Kibuye	0	0	1	33%
Bubanza	0	0	1	33%
Makamba	0	0	0	0%
Ensemble	20%	0%	80%	33%

Tableau 101 : Indicateurs de suivi des femmes à la maternité

5.1.7 Disponibilité du matériel dans la salle d'accouchement

Les matériels observés dans la salle d'accouchement sont disponibles dans les hôpitaux de Buhiga – Kuruzi et Bubanza. Signalons toutefois que l'on observe l'absence d'une toise à l'hôpital de Makamba, la non disponibilité de deux boîtes stériles pour le matériel à l'hôpital de Kibuye et Makamba. Dans la salle d'hébergement, il manque de moustiquaire à Cankuzo et à Kibuye.

Hôpitaux	Toise disponible	Stetoscope obst disponible	Table d'accouchement bon	Deux boîtes stériles disponibles	Pese bébé disponible	Poire disponible	Moustiquaire disponible salle hébergement	TOTAL
Buhiga - Karuzi	1	1	2	1	1	1	2	100%
Bubanza	1	1	2	1	1	1	2	100%
Cankuzo	1	1	2	1	1	1	0	78%
Makamba	0	1	2	0	1	1	2	78%
Kibuye - Gitega	1	1	2	0	1	1	0	67%
Ensemble	80%	100%	100%	60%	100%	100%	60%	67%

Tableau 102: Disponibilité du matériel dans la maternité

5.1.8 Disponibilité du matériel dans le service de la planification familiale des hôpitaux

Les registres de la Planification familiale (PF) sont disponibles et bien remplis à l'hôpital de Cankuzo. Le stock d'intrants pour la PF est disponible seulement à l'hôpital de Cankuzo et de Kibuye. Il en est de même des fiches bien remplies de la PF à l'hôpital de Cankuzo et de Kibuye. Le DIU est disponible uniquement à l'hôpital de Cankuzo. La formule correcte de calcul des cibles pour la PF n'est pas connue dans tous les hôpitaux visités.

Concernant l'ensemble d'indicateurs de PF retenus dans l'étude, l'hôpital de Cankuzo se classe le meilleur avec un score de 88%. Vient ensuite l'hôpital de Kibuye avec un score de 50%. Les autres hôpitaux ont un score de 0%.

Hôpitaux	Registre disponible et rempli	Stock minimum pilule et injectable disponible	DIU disponible	Fiche indiv PF bien rempli	Cible femmes pour la PF bien calculé	Score total
Cankuzo	2	2	1	2	0	88%
Kibuye - Gitega	0	2	0	2	0	50%
Buhiga - Karuzi	0	0	0	0	0	0%
Makamba	0	0	0	0	0	0%
Bubanza	0	0	0	0	0	0%
Ensemble	20%	40%	20%	40%	0%	28%

Tableau 103 : Disponibilité du matériel et intrants de la planification familiale

5.1.9 Disponibilité des médicaments et consommables traceurs dans les hôpitaux

Dix médicaments essentiels et trois consommables ont fait l'objet d'évaluation⁽²⁴⁾. On constate que l'hôpital de Buhiga s'est classé le meilleur avec une disponibilité de médicaments évalué par un score de 77%. Le score le plus faible concernant la disponibilité des médicaments et consommables traceurs a été observé à l'hôpital de Makamba (23%).

²⁴ Le stock de sécurité d'un médicament ou consommables traceur = consommation moyenne par mois / 2.

Hôpitaux	Stock de sécurité pour 13 médicaments et consommables traceurs disponible	
Buhiga - Karuzi	10 / 13	77%
Kibuye - Gitega	9 / 13	69%
Cankuzo	8 / 13	62%
Bubanza	7 / 13	54%
Makamba	3 / 13	23%
Ensemble		57%

Tableau 104 : Disponibilité des médicaments et consommables traceurs dans les hôpitaux

5.2 Score de qualité dans les centres de Santé

5.2.1 Score global des Centres de santé par province

En considérant l'ensemble d'indicateurs retenus dans l'étude pour les centres de santé, la province de Karuzi est classée qualitativement la plus performante avec un score global de 70% et la province de Cankuzo la moins performante avec un score global de 45%.

Provinces	Score global tous les indicateurs inclus
Karuzi	70%
Bubanza	58%
Makamba	54%
Gitega	49%
Cankuzo	45%
Ensemble	55%

Tableau 105 : Score global des centres de santé par province.

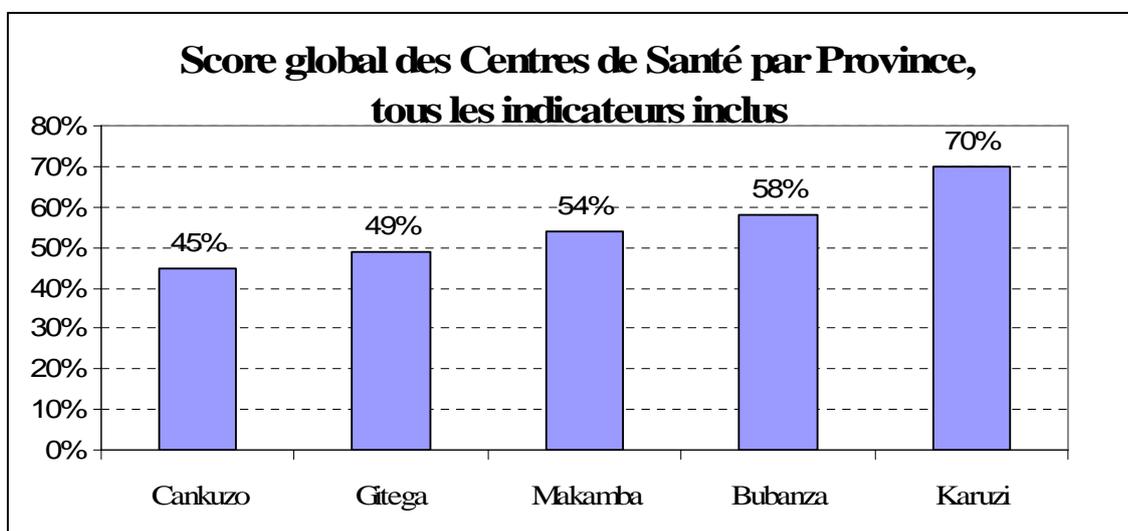


Figure Score global des Centre de santé par province.

5.2.2 Disponibilité des lits dans les centres de santé

Si on prend comme norme 1 lit hospitalier dans les centres de santé par 1000 habitants on constate dans l'ensemble de l'étude une disponibilité de lits de 67% par rapport à la norme. Dans les provinces de Bubanza et Gitega, la disponibilité actuelle de lits représente respectivement 35% et 32% de ce qui est nécessaire. Par contre on constate que les centres de santé de Makamba ont un

nombre de lits supérieur par rapport à la norme en représentant 200% de ce qui serait souhaitable. Il y a une très faible corrélation entre la présence des lits et le score global de qualité des Centres de santé obtenu par les différentes provinces.

Province	Population dans les Aires d'Attraction	Nombre de lits	Norme 1 lit / 1000	Présence de lits par rapport à la norme	Score de qualité global
Bubanza	78 934	28	79	35%	58%
Cankuzo	43 857	34	44	78%	46%
Karuzi	157 334	77	157	49%	70%
Gitega	115 488	37	115	32%	49%
Makamba	53 569	107	54	200%	54%
Ensemble	449 182	283	449	63%	55%

Tableau 106 : Disponibilité des lits dans les centres de santé et score global de qualité par province

5.2.3 Disponibilité du personnel qualifié dans les centres de santé

Avec la norme de 1 agent qualifié pour 2000 habitants, on constate qu'en général il y a un besoin d'augmenter le personnel dans toutes les provinces. Les provinces de Bubanza et Makamba sont relativement bien dotées avec du personnel avec 60% et 61% de la norme. Cependant dans les provinces de Gitega, Karuzi et Cankuzo il y en a une grande carence de personnel qualifié avec seulement 23%, 29% et 36% de la norme. La province de Karuzi semble aussi d'avoir une carence importante du personnel qualifié, mais l'analyse est biaisée parce que cela n'inclut pas le personnel qualifié de MSF Belgique qui visitent presque quotidiennement les centres de santé pour les assister. Cela aussi explique le score de qualité dans la province de Karuzi supérieur par rapport aux autres provinces.

Province	Population Aires d'Attraction étudiée	Personnel qualifié	Norme 1 qualifié / 2000 habitants	Ecart absolu de la norme	Présence personnel par rapport à la norme	Score de qualité global
Bubanza	78 934	24	39	-55	61%	58%
Cankuzo	43 857	8	22	-36	36%	46%
Karuzi	157 334	23	79	-134	29%	70%
Gitega	115 488	13	58	-102	23%	49%
Makamba	53 569	16	27	-38	60%	54%
Ensemble	449 182	84	225	-141	37%	55%
TOTAL 5 provinces	1 437 000			-450		

Tableau 107 : Personnel qualifié dans les centres de santé et score global de qualité

5.2.4 Disponibilité de documents et du matériel de communication dans les centres de santé

Dans ensemble le score de qualité pour la disponibilité des documents et matériel de communication est faible avec 34%. La disponibilité des documents et matériel de communication dans les provinces de Karuzi et Bubanza était légèrement mieux par rapport aux autres provinces. Il nous semble qu'il serait relativement simple d'améliorer ces indicateurs de la qualité.

Provinces	Disponibilité carte sanitaire	Plan business trimestriel disponible	Procès verbal des réunions techniques disponible	Fiche de référence disponible	Disponibilité d'un radio pour la référence	Tarifs RC affichés	Score moyen
Karuzi	50%	0%	17%	100%	100%	17%	50%
Bubanza	0%	0%	20%	40%	80%	60%	43%
Makamba	0%	0%	0%	20%	100%	20%	27%
Cankuzo	50%	0%	25%	0%	0%	25%	21%
Gitega	0%	0%	0%	0%	25%	50%	21%
Ensemble	20%	0%	12%	32%	61%	34%	34%

Tableau 108 : Documents et matériel de communication disponibles dans les centres de santé.

5.2.5 Hygiène, stérilisation et mesures de propreté dans les centres de santé

Le score de la stérilisation dans l'ensemble des centres de santé de 46% est inquiétant. Plutôt il y a des problèmes avec la stérilisation dans les provinces de Cankuzo et Gitega. Les poubelles et boîtes de sécurité sont disponibles dans les centres de santé de Bubanza mais moindre dans les autres provinces. L'incinération correcte des déchets se fait correctement dans les centres de santé de la province de Karuzi mais les autres provinces ont des problèmes avec cet indicateur important. Il faut féliciter la province de Karuzi (à travers des investissements de MSF) qui ont des incinérateurs exemplaires. Les latrines des patients sont disponibles et en bons état dans tous les centres de santé de Karuzi et Cankuzo. La propreté de la cours (état d'assainissement et absence des produits dangereux comme les seringues usagés jetés dans la cours) dans tous les centres de santé de Karuzi.

Provinces	Stérilisation suivant la norme	Déchets: poubelle - boîte sécurité disponible	Incinération déchets correct	Latrines patients en bon état	Propriété de la cour OK	Score moyen
Karuzi	83%	83%	100%	100%	100%	93%
Cankuzo	0%	50%	75%	100%	75%	60%
Bubanza	40%	100%	20%	80%	0%	48%
Makamba	60%	60%	0%	60%	40%	44%
Gitega	25%	75%	25%	50%	25%	40%
Ensemble	46%	75%	46%	79%	50%	59%

Tableau 109 : Pratique de l'hygiène, de la stérilisation et de propreté dans les centres de santé.

5.2.6 Qualité dans la consultation externe

La numérotation correcte des registres n'est pas respectée dans les provinces de Cankuzo, Makamba et Gitega. Le service de permanence 24 / 24 et 7 / 7 n'est pas respecté dans la moitié des centres de santé dans l'ensemble des provinces. Le respect du schéma de traitement du paludisme simple et grave encore nécessite des améliorations dans plusieurs centres de santé. La disponibilité totale des équipements de diagnostic est observée dans 72% des centres de santé.

Province	Numérotation registre correcte	Service 24/24	Schéma palu respecté	Disponibilité d'équipement diagnostique dans la consultation externe
Karuzi	67%	67%	85%	87%
Cankuzo	25%	50%	63%	45%
Bubanza	80%	40%	65%	84%
Makamba	20%	40%	50%	84%
Gitega	0%	25%	56%	45%
Ensemble	42%	46%	66%	72%

Tableau 110 : Indicateurs sur les activités de la consultation externe

5.2.7 Suivi des parturientes à la maternité du centre de santé

Seulement les centres de santé dans la province de Karuzi respectent l'utilisation de partogramme des femmes lors de l'accouchement. Dans seulement 25% des centres de santé, on prélève la tension artérielle. L'APGAR n'est pas enregistré dans deux centres de santé de Karuzi.

Province	Partogramme disponible	Prise tension art régulier dans partogramme	APGAR noté dans registre	Score moyen
Karuzi	83%	50%	83%	72%
Makamba	40%	20%	100%	53%
Gitega	50%	25%	75%	50%
Bubanza	20%	20%	80%	40%
Cankuzo	0%	0%	50%	17%
Ensemble	42%	25%	79%	49%

Tableau 111 : Indicateur de qualité de suivi des femmes lors de l'accouchement.

5.2.8 Disponibilité du matériel dans la salle d'accouchement

Les matériels observés dans la salle d'accouchement sont disponibles dans la majorité des centres de santé des provinces de Karuzi, Bubanza et Makamba mais moindre dans les provinces de Cankuzo et Gitega. La disponibilité de boîtes stériles d'accouchement est un problème dans la majorité des centres de santé. Les centres de santé dans les provinces de Cankuzo et Gitega n'ont pas des moustiquaires dans les salles d'hébergement.

Province	Toise disponible	Stéthoscope obst disponible	Table d'accouchement en bon état	Deux boîtes stériles disponibles	Pèse bébé disponible	Poire disponible	Moustiquaire disponible salle hébergement	Score moyen
Karuzi	100%	100%	67%	50%	100%	100%	83%	83%
Bubanza	100%	100%	60%	20%	80%	100%	60%	71%
Makamba	60%	100%	100%	40%	80%	100%	20%	69%
Cankuzo	100%	100%	75%	0%	100%	75%	0%	58%
Gitega	0%	100%	100%	0%	50%	50%	0%	44%
Ensemble	75%	100%	79%	25%	83%	88%	38%	67%

Tableau 112 : Disponibilité du matériel dans la salle d'accouchement et des moustiquaires dans la salle d'hébergement au centre de santé.

5.2.9 Disponibilité du matériel et intrants dans le service de la Planification Familiale

Dans l'ensemble la qualité concernant la planification familiale dans les centres de santé est faible avec seulement 37%. La méthode de Dispositif intra-utérine n'est pas disponible dans tous les centres de santé (sauf deux centres de santé dans la province de Cankuzo et un dans la province de Karuzi). Il y en a aussi de problèmes pour bien remplir les fiches individuels ainsi que de calculer correctement les cibles pour les la couverture vaccinale. Le stock d'intrants pour la PF est faible avec le moyen de 58%.

Province	Registre disponible et rempli	Stock minimum pilule et injectable disponible	DIU disponible	Fiche individuel PF bien rempli	Cible femmes pour la PF bien calculé	Score moyen
Karuzi	83%	50%	17%	50%	0%	48%
Gitega	50%	75%	0%	25%	0%	38%
Bubanza	60%	60%	0%	20%	0%	35%
Makamba	60%	60%	0%	20%	0%	35%
Cankuzo	25%	50%	50%	0%	0%	25%
Ensemble	58%	58%	13%	25%	0%	37%

Tableau 113 : Disponibilité du matériel et des intrants dans le service de la Planification Familiale

5.2.10 Qualité au service de vaccination

Dans l'ensemble la qualité concernant la vaccination est raisonnable dans la province de Karuzi mais insuffisant dans les provinces de Cankuzo et Gitega.

Provinces	Vaccins disponibles	Fiche de température bien maintenue	Normes conservation vaccins respecté	Stock carnet PEV disponible	Score moyen
Karuzi	83%	100%	67%	100%	88%
Bubanza	60%	60%	80%	60%	65%
Makamba	40%	60%	80%	80%	65%
Gitega	50%	75%	75%	0%	50%
Cankuzo	25%	50%	75%	0%	38%
Ensemble	54%	71%	75%	54%	64%

Tableau 114 : Indicateurs sur la vaccination au centre de santé.

5.2.11 Disponibilité et remplissage correct des documents au service de la CPN

La qualité concernant la CPN est raisonnable dans les centres de santé de la province de Karuzi, mais moindre dans les autres provinces. Plutôt la qualité dans les centres de santé des provinces de Bubanza et Gitega nécessite des efforts d'amélioration.

Provinces	Registre CPN bien rempli	Stock fiche CPN disponible	Score moyen
Karuzi	100%	83%	94%
Makamba	60%	80%	67%
Cankuzo	50%	50%	50%
Bubanza	40%	0%	27%
Gitega	25%	0%	17%
Ensemble	58%	46%	54%

Tableau 115 : Disponibilité et remplissage correcte des documents de CPN

5.2.12 Disponibilité des équipements et du matériel de laboratoire dans les centres de santé

La qualité concernant les laboratoires dans les centres de santé de Karuzi et Cankuzo est insuffisante et plutôt la fonctionnalité des microscopes. L'analyse de la qualité des laboratoires nécessite d'être faite dans chaque centre de santé pour mieux répondre aux problèmes spécifiques.

Provinces	Centrifuge fonctionnel	Microscope fonctionnel	GIEMSA disponible	Score moyen
Bubanza	60%	80%	100%	80%
Makamba	60%	80%	100%	80%
Gitega	25%	75%	100%	70%
Cankuzo	25%	50%	50%	45%
Karuzi	0%	50%	50%	40%
Ensemble	33%	67%	79%	63%

Tableau 116 : Indicateur de qualité des laboratoires dans les centres de santé.

5.2.13 Disponibilité des médicaments et consommables traceurs

Le stock de sécurité dans les centres de santé de la province de Gitega était bon et le moindre dans la province de Makamba. Le score pendant notre étude était fortement dépendant du moment de visite parce que par exemple un stock de médicaments UNICEF était juste arrivé dans les centres de santé de Gitega.

Provinces	Stock de sécurité pour 13 médicaments et consommables traceurs disponible
Gitega	85%
Karuzi	67%
Bubanza	66%
Cankuzo	62%
Makamba	55%
Ensemble	66%

Tableau 117 : Présence du stock de sécurité des médicaments et consommables traceurs dans les centres de santé.

6. ANALYSE des PRINCIPAUX CONSTATS de l'ETUDE

6.1 Analyse des principaux résultats socio-économiques et scolaires

1. Le *travail de champs* est la source principale de revenu pour 88% des ménages enquêtés, mais 49% des répondants propriétaires d'un champ ont aussi dit que la superficie possédée n'était pas suffisante pour les besoins du ménage. L'accès au champ était plutôt un problème pour les ménages de Bubanza et Karuzi mais moindre pour les ménages de Cankuzo et Makamba. 29% des répondants parmi ceux qui ont un champ ont en plus déclaré que leur champ n'était pas fertile. Ainsi il semble que l'accès à des terres cultivables est un problème dans plusieurs provinces de Burundi ce qui est un important constat aussi en considérant la pression démographique du pays.

Le problème d'accessibilité aux terres cultivables qui a été évoqué dans les provinces enquêtées a également une explication autre que la pression démographique. A *Makamba* et à *Cankuzo* par exemple, le problème d'accès aux terres cultivables est enregistré chez les rapatriés des réfugiés de 1972. Là aussi, la question qui se pose pour cette catégorie de ménages est de retrouver leurs anciennes propriétés. Si non, ces deux provinces ont encore des terres non exploitées. Le Gouvernement a identifié il y a deux ans dans ces mêmes provinces des terres vacantes pour les distribuer aux rapatriés qui ne retrouveront plus leurs anciennes propriétés. Quant à la province *Bubanza*, l'insécurité qui persiste dans ses différentes collines explique parfois le problème d'inaccessibilité aux terres. La plupart des ménages enquêtés vit dans des paysannats qui ne sont que de sortes de parcelles dont la propriété est toujours de l'Etat. Les ménages jouissent d'un droit temporaire d'exploitation de ces terres.

2. L'accès à l'eau potable semble raisonnable dans les grappes visités des provinces de Karuzi et Makamba avec respectivement 95% et 84%. Dans les provinces de Bubanza et Cankuzo, respectivement 49% et 55% des ménages enquêtées n'ont pas d'accès à l'eau potable, ce qui est un problème aussi pour la santé.
3. La situation hygiénique dans les ménages est *très faible* car seulement 3% des ménages ont une latrine en bon état. 68% des latrines inspectées pendant l'enquête étaient en *mauvais* état.
4. Le score moyen de *pauvreté* est le plus élevé dans la province de Cankuzo avec 49%. La pauvreté est la plus profonde dans les Aires d'Attraction de Rutsindo, Butanika et Bubanza I avec respectivement des scores élevés de 74%, 59% et 56%. Ces différences de la pauvreté dans les provinces ainsi que par aire d'attraction sont des importants constats et peuvent faciliter le ciblage des aires d'attraction pauvres avec les subsides additionnels à travers l'achat de performance (bonus d'isolement et/ou pauvreté).
5. Les ménages au Burundi - avec des *recettes moyens* de \$ 99,94 par personne par an - sont pauvres et en dessous du seuil de pauvreté fixé par la Banque Mondiale à \$1,00 par jour par personne. Néanmoins cette recette par personne par an de \$ 99,94 est supérieure par rapport aux études faites au Rwanda Cyangugu en Octobre 2005 (\$ 51,58) et à la RDC Sud Kivu en Novembre 2005 (\$ 65,99).
6. La *dépense pour la santé* par personne par an était en moyenne \$ 6,08. Cela correspond à une proportion de 6,1% de recettes par personne par an. Les dépenses pour la santé dans la province de Karuzi (\$ 1,89 par personne par an) sont inférieures par rapport aux autres provinces et reflète l'intervention de MSF Belgique pendant les dernières années qui a mis en place un système de tarification forfaitaire de \$0,30 par épisode maladie.

7. Les dépenses pour la santé dans la province de Bubanza sont relativement élevées, soit en moyenne \$9,26 par personne par an, mais c'est aussi la province où les recettes moyennes par personne par an sont les plus élevées, soit \$140,57.
8. Le taux de natalité brut dans l'enquête ménage était de $130/2.993 = 4,34\%$. La taille moyenne de ménage était de 5,9. Le nombre de femmes dans l'âge de procréation dans cette étude était de 651 sur l'échantillon de 2.993 personnes, soit 22,2%.
9. Le taux de la mortalité infantile était de 181 par 1000 enfants vivants.
10. Le taux de scolarisation en général était faible (72%). Il est plus bas pour le groupe socioéconomique *le plus pauvre* avec 54%. Les filles dans le groupe socio-économique *le plus pauvre* ont seulement une chance de 46% d'aller à l'école. Dans la province de Makamba la scolarisation des enfants est plus élevée avec 89% et dans la province de Karuzi plus basse avec 66%.
11. Pour 32% des parents, l'âge d'enfant de 6 ans était la raison de ne pas encore scolariser leurs enfants. Pour 25% des parents, les frais scolaires élevés étaient la raison principale pour ne pas scolariser leurs enfants. Pour 23% des parents qui ne scolarisent pas les enfants, la raison était qu'ils doivent travailler.

6.2 Analyse des principaux résultats pour les soins curatifs

1. Le taux d'épisodes maladies par personne par an au Burundi est avec 3,55 le plus élevé parmi les enquêtes ménages réalisées dans la Région des Grands Lacs (Rwanda 1,68 ; RDC 2,80).
2. De ces épisodes maladies, 79% - soit 2,81 épisodes par personne par an - sont traités dans une structure de santé moderne. Du groupe qui ont visité une structure de santé moderne 74% des patients sont allés dans un service de santé étatique ; 20% dans un service religieux de santé ; et 6% dans un dispensaire privé.
3. Le taux de 2.81 épisodes par personne par an traité dans une structure moderne de santé est aussi supérieur par rapport aux autres études en RDC (province de Nord Kivu = 1,21 épisodes traité dans une structure ; Kasai Occidentale = 1,11 ; Sud Kivu = 1,60) et Rwanda (Cyangugu = 1,03).
4. Nous n'avons pas constatés dans cette étude au Burundi des différences significatives entre les taux d'épisodes maladies par groupe socio-économique.
5. Le constat de l'étude que 2.81 épisodes par personne par an sont traités dans une structure de santé moderne *ne correspond pas* avec les données du Système d'Information Sanitaire (SIS) déclarées par les structures de santé, qui pour les consultations externes ne dépasse pas le 100% ou 1,00 épisodes par an par personne. Cette différence peut être clarifiée parce que le gouvernement avait introduit deux mois avant l'enquête ménage la gratuité pour les enfants de 0-5 ans et pour les accouchements. Une autre raison pour cette différence pourrait être que le système SIS n'est pas très fiable.
6. L'accès géographique pourrait être encore un problème pour les 27% des répondants qui ont déclaré qu'ils ont voyagé plus de 5 kilomètres à pied pour arriver à une FOSA. Par contre, on a aussi pu constater qu'une proportion élevée de répondants ont fréquenté une structure de santé hors de leur Aire d'Attraction. Le Burundi a une densité relativement élevée de la population, ce qui peut expliquer que la population puisse fréquenter facilement des différentes structures de santé. Ainsi la population peut faire le choix pour une structure de leur préférence qu'ils

considèrent de la bonne qualité, d'être moins cher, ou à travers leur préférence pour une structure étatique, privée ou religieuse.

7. Le coût de soins, soit \$ 1,14 pour une consultation externe et \$ 8,34 pour une hospitalisation est bas par rapport aux autres études dans les pays voisins. Les structures de santé étatiques avaient pendant le temps de l'enquête un prix moyen de \$ 0,75 par rapport à \$ 2,13 et \$ 3,27 dans respectivement les structures religieuses et privées. Le moindre coût dans le secteur public est expliqué par la décision présidentielle en Maie 2006 que les accouchements et toutes les consultations des enfants de 0-5 ans dans les structures publiques doivent être gratuites²⁵. Ainsi, c'est l'Etat qui fixe les tarifs pour les consultations et hospitalisations et non la loi de l'offre et la demande et du pouvoir d'achat des patients. De plus il n'y a pas d'actualisation des tarifs par l'Etat.
8. Une étude au Kasai Occidentale/RDC en 2004 a révélée un coût moyen pour une consultation externe de \$ 5,35 et pour une hospitalisation de \$ 21,64. Une enquête similaire en 2005 à Sud Kivu/RDC a mesuré un coût moyen pour une consultation externe de \$ 1,89 et pour une hospitalisation de \$10,00. Pour cela il semble paradoxale qu'encore 34% des répondants au Burundi pensent que les factures pour les consultations externes sont trop élevées et 57% pour les hospitalisations. Comment on peut expliquer ce paradoxe ? La population est pauvre après 12 ans de guerre civile. Plus encore, il s'agit d'une population qui n'économise jamais pour la santé. Les frais de soins sont cherchés quand un membre du ménage est déjà malade ; d'où le paiement des frais de soins est toujours un problème même pour les salariés de l'Etat sans parler des paysans cultivateurs. Un autre facteur pourrait être le biais du répondant qui donne une réponse contraire à ce qu'il pense en espérant qu'on pourra toujours diminuer le coût.
9. La gratuité dans les structures étatiques semble aussi d'avoir de *conséquences négatives pour la qualité* dans les *structures étatiques* par la pléthore des patients. Cela était confirmé par l'enquête qui a montré que la durée d'attente était considérée mauvaise dans les structures étatiques (- 15%) par la majorité des répondants et le respect du personnel était considéré moins satisfaisant par rapport aux structures de santé privées lucratives et religieuses.
10. Le rôle du secteur privé lucratif pour les soins curatifs est plus important dans les provinces de Makamba et Bubanza. La qualité de leur service (comme perçu par la population) est mieux par rapport aux structures étatiques.
11. Le secteur religieux constitue environ 30% des contacts avec la population, et l'étude montre que la satisfaction avec la qualité est supérieure par rapport aux structures étatiques.
13. Cependant, si on demande les répondants, où ils préfèrent d'être soigné si les conditions de départ sont les mêmes, une majorité importante de 61% *répondent les structures étatiques*. La raison donnée principale pour cette préférence était que les répondants *connaissent les structures étatiques*, et nous pensons aussi que la gratuité de soins joue un rôle important. Les répondants mentionnent le *bon accueil*, la *bonne qualité* ou la *rapidité* pour leur préférence d'une structure étatique seulement dans 7% et 27% et 1% des cas.

²⁵ Depuis Novembre 2006, il y a eu une intégration des structures agréées dans la gratuité des soins pour accouchement et enfants de 0 à 5 ans dans la province de Cankuzo.

6.3 Analyse des principaux résultats pour la santé reproductive

1. Un constat positif de l'enquête était que le taux *d'accouchements assistés* est de 62%. Conforme les normes de la qualité un accouchement assisté doit être fait par un personnel qualifié. Cependant 10% des accouchements dans les structures de santé sont conduit par un *personnel non qualifié*.
2. En comparaisant le taux d'accouchements assistés pendant les 12 derniers mois et la proportion de femmes - qui sont actuellement enceintes - et qui planifie d'accoucher dans une structure de santé la *demande non atteinte* pour des accouchements assistés est de 33%.
3. Le taux de 98% de couverture pour la *CPN* est très satisfaisant ce qui semble démontrer que la population a de plus en plus confiance au personnel de santé dans les centres de santé.
4. Le taux d'utilisation de méthodes modernes de protection de couples est de 8,1%. Un constat positif est que 98% des répondants avaient entendu parler de la planification familiale et que 99% de ce groupe ont dit que la PF est importante. Cependant la demande non atteinte pour *la planification familiale* est estimée à 21,5%. Les problèmes principaux identifiés avec la planification familiale sont les suivants :
 - 6,3% des répondant emploie des méthodes naturelles. Nous considérons ces méthodes naturelles comme aussi une demande non atteinte pour la planification familiale, à cause de leur taux d'échec élevé qui se situe entre 55% et 80%.
 - 5,1% des répondants ont indiqués qu'elles ont besoin des informations sur les méthodes de planification familiale et que 1,5% ne savent pas où aller.
 - La crainte pour les effets secondaires semble également jouer un rôle important comme raison de ne pas employer la planification familiale.
 - Les raisons religieuses pour le non usage de la planification de famille ne semblent pas jouer un rôle très important pour la population au Burundi car il n'y a que 4% des répondants qui ont déclarés des interdits religieux.
5. Encore 3% des répondants n'ont jamais entendu parlé du *VIH/SIDA*. 96% des répondants ont entendu parler de condoms et 81% des répondants de tous les ménages ont répondu que l'utilisation de condoms est importante. Il y a encore un problème perçu de la qualité des condoms parce que 7 répondants ont dit que les condoms pouvaient se déchirer et 4 ont dit que les condoms *sont infectés*.
6. Le taux de la *vaccination* conforme à l'âge de 89% est satisfaisant et nécessite d'être maintenu.

6.4 Analyse des principaux résultats pour la qualité de soins des hôpitaux

1. En considérant l'ensemble des indicateurs retenus dans l'étude, l'hôpital de Buhiga - Karuzi est le plus performant (69%) tandis que celui de Makamba est le moins performant (43%).
2. Si on prend comme norme 1 lit hospitalier de la première référence par 2000 habitants on constate que les hôpitaux de Cankuzo et Bubanza ont un nombre suffisant de lits. Cependant les hôpitaux de Buhiga, Kibuye et Makamba sont en dessous de la norme de lits disponibles.
3. Si nous considérons le norme de 0,35 personnel *qualifié* par lit hospitalier de première référence on observe un effectif pléthorique du personnel qualifié à l'hôpital de Makamba. L'hôpital de Cankuzo est en dessous de la norme du personnel, dans l'hôpital de Bubanza il y en a une *carence* et dans l'hôpital de Kibuye il y en a une *grande carence* de personnel qualifié.

4. L'ensemble des hôpitaux n'ont pas des cartes sanitaire de leur zone d'action, ni des plan de business trimestriels ni de fiches de référence pour les structures à l'échelon supérieur.
5. Les procès verbaux des réunions techniques sont disponibles dans 2 hôpitaux sur 5, les tarifs de soins de santé et médicaments sont affichés dans seulement un hôpital sur cinq.
6. L'ensemble des mesures d'hygiène et de propreté sont appliquées efficacement à l'hôpital de Buhiga – Karuzi qui a obtenu un score de 100% et sont mauvaises dans les hôpitaux de Makamba et Cankuzo. Les hôpitaux de Bubanza et Kibuye ont des installations d'incinération en un très mauvais état. L'amélioration sensible de l'hygiène à l'hôpital de Buhiga est liée à l'implication directe de l'équipe MSF/Belgique qui y travaille et qui ont fait des investissements importants dans des installations d'incinération. Cordaid a la possibilité d'améliorer la situation par le biais des unités qu'elle a recrutée pour les hôpitaux de Bubanza, Cankuzo et Makamba.
7. Le respect du schéma de traitement du paludisme simple et grave est observé à l'hôpital de Makamba. Dans les autres hôpitaux, il y a soit un respect partiel (hôpital Bubanza, Buhiga et Cyankuzo), soit le non respect total (hôpital de Kibuye).
8. Seulement 1 hôpital sur 5 fait le suivi sur partogramme des femmes lors de l'accouchement. Dans aucun d'entre eux, on prélève la tension artérielle. L'APGAR n'est pas enregistré à l'hôpital de Makamba.
9. Concernant l'ensemble d'indicateurs de PF retenus dans l'étude, l'hôpital de Cankuzo se classe le meilleur avec un score de 88%. Vient ensuite l'hôpital de Kibuye avec un score de 50%. Les autres hôpitaux ont un score de 0%, ce qui est expliqué parce que cette service n'existe pas dans l'hôpital de Bubanza à travers de leur origine religieux et que les services de la PF des hôpitaux de Makamba et Buhiga sont exécutés dans les centres de santé. Cependant ces centres sont situés à une distance de 2-3 kilomètres et il nous semble qu'un hôpital de référence doit toujours avoir un service de la PF pour s'occuper des cas référés des centres de santé.
11. La question fondamentale qui se pose concernant la qualité des soins des hôpitaux est l'ignorance des normes. Non seulement les normes de l'enquête qualité n'étaient pas connues par les acteurs de terrain (les prestataires de soins dans les formations sanitaires) mais également celles existantes au MSP ne sont pas actualisées. Au moment de la réalisation de l'enquête qualité, le travail d'actualisation des normes était en cours. Il faudra donc un temps de sensibilisation des décideurs des structures de santé pour que la connaissance des normes soit effective et que ces derniers soient diffusés.
12. Concernant la disponibilité de dix médicaments essentiels et trois consommables traceurs on constate que l'hôpital de Buhiga s'est classé le meilleur avec un score de 77% et le score le plus faible avec 23% a été observé à l'hôpital de Makamba²⁶.

Quant à la disponibilité des médicaments, le problème enregistré à Makamba est réel et il est lié au caractère des projets ECHO. Les procédures ECHO exigeant une commande internationale des médicaments sont longues; ce qui conditionne toujours des ruptures de stock observées. L'une des voies de résolution de ce problème est le bon calcul des consommations et l'anticipation de Cordaid dans la réalisation des commandes. Par ailleurs, l'approche d'achat de la performance qui offre aux formations sanitaires la possibilité de prendre des initiatives pour acheter des médicaments en leur garantissant des subsides, est une autre bonne voie pour résoudre à long terme le problème de ruptures de stock.

²⁶ Le moment de l'enquête a influencé le résultat concernant cet indicateur. Par exemple les Kit UNICEF n'étaient pas encore distribués à MAKAMBA – par contre ils étaient juste distribués dans l'hôpital de Kibuye.

6.5 Analyse des principaux résultats pour la qualité de soins des centres de santé

1. En considérant l'ensemble des indicateurs de qualité retenus dans l'étude pour les centres de santé, la province de Karuzi est classée qualitativement la plus performante avec un score global de 70% et la province de Cankuzo la moins performante avec un score global de 45%. Les autres provinces ont un score de qualité de 58% (Bubanza), 54% (Makamba) et 49% (Gitega).
2. Si on prend comme norme *1 lit hospitalier* dans les centres de santé par *1000 habitants* on constate dans l'ensemble de l'étude une disponibilité de lits de 67% par rapport à la norme. Cependant dans les provinces de Bubanza et Gitega, la disponibilité actuelle de lits représente respectivement 35% et 32% de ce qui est nécessaire. Par contre on constate que les centres de santé de Makamba ont un nombre de lits supérieur par rapport à la norme en représentant 200% de ce qui serait souhaitable.
3. Avec la norme *d'un agent qualifié* pour *2000 habitants*, on constate qu'en général il y a un besoin d'augmenter le personnel dans toutes les centres de santé. Les provinces de Bubanza et Makamba sont relativement bien dotées avec du personnel avec 60% et 61% de la norme. Cependant dans les provinces de Gitega, Karuzi et Cankuzo il y en a une grande carence de personnel qualifié avec seulement 23%, 29% et 36% de la norme. La province de Karuzi semble aussi d'avoir une carence importante du personnel qualifié, mais l'analyse est biaisée parce que cela n'inclut pas le personnel qualifié de MSF Belgique qui visitent presque quotidiennement les centres de santé pour les assister.
4. Dans l'ensemble le score de qualité pour la disponibilité des documents et matériel de communication dans les centres de santé est faible avec 34%.
5. La numérotation correcte des registres n'est pas respectée dans les provinces de Cankuzo, Makamba et Gitega. Le service de permanence 24 / 24 et 7 / 7 n'est pas respecté dans la moitié des centres de santé dans l'ensemble des provinces. Le respect du schéma de traitement du paludisme simple et grave encore nécessite des améliorations dans plusieurs centres de santé.
6. L'ensemble des mesures d'hygiène et de propreté sont appliquées efficacement dans les centres de santé de Karuzi mais moindre dans les autres provinces.
7. La majorité des centres de santé ne respectent pas les procédures qualitatifs de leurs maternités et plus en particulier n'utilise pas les partogrammes. Les matériels médicaux dans les salles d'accouchement sont disponibles dans la majorité des centres de santé des provinces de Karuzi, Bubanza et Makamba mais moindre dans les provinces de Cankuzo et Gitega. La disponibilité de boîtes stériles d'accouchement est un problème dans la majorité des centres de santé. Les centres de santé dans les provinces de Cankuzo et Gitega n'ont pas des moustiquaires dans les salles d'hébergement.
8. Dans l'ensemble la qualité concernant la planification familiale dans les centres de santé est faible avec un score de seulement 37%. La méthode de dispositif intra-utérine (DIU) n'est pas disponible dans tous les centres de santé (sauf deux centres de santé dans la province de Cankuzo et un centre dans la province de Karuzi). Il y en a aussi de problèmes pour bien remplir les fiches individuels ainsi que de calculer correctement les cibles pour la couverture vaccinale. Le stock d'intrants pour la PF est faible avec un moyen de 58%.
9. Dans l'ensemble la qualité concernant la vaccination est raisonnable dans la province de Karuzi mais insuffisant dans les provinces de Cankuzo et Gitega. Plutôt les problèmes concernant la conservation de vaccins dans certains centres de santé sont inquiétants.

10. La qualité concernant la CPN est raisonnable dans les centres de santé de la province de Karuzi, mais moindre dans les autres provinces. Plutôt la qualité dans les centres de santé des provinces de Bubanza et Gitega nécessite des efforts d'amélioration.
11. La qualité concernant les laboratoires dans les centres de santé de Karuzi et Cankuzo est insuffisante et plutôt la fonctionnalité des microscopes.
12. Le stock de sécurité des médicaments et des consommables dans les centres de santé de la province de Gitega était bon et moindre dans la province de Makamba²⁷.
13. La situation qui prévaut concernant la qualité de soins dans les centres de santé semble liée à l'ignorance des normes par les prestataires de soins.

²⁷ Le score pendant notre étude était dépendant du moment de visite. Par exemple un stock de médicaments UNICEF était arrivé quelques jours avant l'enquête dans les centres de santé de Gitega.

7. CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS

7.1 Suggestion général

1. Cordaid et le MSP pourrait encore essayer d'identifier des fonds pour lancer une approche achat de performance dans la province de Makamba.
2. Il est important que l'évaluation des normes de qualité exécuté pendant l'enquête (qui a été un exercice nouveau dans le système de santé Burundais) fasse désormais partie des activités périodiques à réaliser dans toutes les formations sanitaires. Un effort de diffusion des normes est nécessaire. Dans les provinces appuyées par Cordaid, les unités de supervision doivent mettre l'accent sur cet aspect.
3. L'approche d'achat de la performance est certes une voie qui contribuerait à l'amélioration de la situation car ses atouts sont déjà prouvés dans des pays comme le Rwanda.

7.2 Conclusions et suggestions concernant la situation socio-économique et scolaire

1. Une intervention pour rompre le cercle vicieux de pauvreté, maladie et manque de développement économique devrait inclure les aspects de la santé, de l'éducation et du développement rural (comme l'amélioration de routes et l'accès aux marchés et micro crédits). Ainsi le gouvernement pourrait considérer d'intégrer certains indicateurs non médicaux dans un programme Achat de Performance. Cela pourrait plus aussi signifier l'introduction des indicateurs concernant la scolarisation de filles et l'éducation de la famille dans un paquet scolaires d'activités.
2. Les aires d'attraction visités dans les provinces de Cankuzo et Bubanza devraient bénéficier d'une intervention en matière d'adduction d'eau potable. Cependant cette suggestion devrait être analysée dans toutes les 69 aires d'attraction de zone d'intervention, et ne peut pas être basé seulement sur les 25 aires d'attraction qui étaient enquêtés pendant cette étude.
3. Le volet assainissement a obtenu peu de priorité pendant les dernières années et nous proposons d'ajouter l'indicateur *latrine en bon état* (avec un cible de 90% des ménages) dans la liste du PMA. Le subside par latrine améliorée ou construite pourrait être d'environ \$ 1,00. Cette intervention est ni coûteuse ni difficile à exécuter. Ainsi chaque titulaire avec son comité de santé peuvent développer des stratégies permettant d'atteindre ce cible. Cela nécessite que chaque centre de santé développe sa stratégie adaptée aux opportunités disponibles comme le recrutement d'un agent de développement rural ou une autre personne qualifié dans la matière.
4. Faire une étude qui mesure le score de pauvreté brut dans tous les aires d'attraction concernés par l'achat de performance pourrait mieux identifier les aires d'attraction, secteurs et provinces plus pauvres. Ainsi on pourrait aussi mieux cibler les ménages et aires d'attraction plus pauvres avec un bonus d'isolement et / ou de pauvreté (et qui augmente avec 5- 10 ou 20% le subside de base par indicateur).

7.3 Conclusions et suggestions concernant les soins curatifs

1. L'étude démontre clairement que la population pense que *l'accès financier* aux soins *est une priorité*. Pendant 2006 le gouvernement a beaucoup insisté que les structures de santé étatiques rend disponibles les soins curatifs presque gratuitement.

Ainsi la question nous semble plutôt d'être:

- a. Comment atteindre des soins de bonne qualité à un prix raisonnable (inclusivement pour les indigents).
 - b. Qui assure au même temps la motivation du personnel ainsi que l'efficacité dans l'utilisation des fonds publics.
 - c. Qui est aussi pérenne dans le sens de financement de santé.
2. Le résultat de la politique actuelle de *gratuité* était que plusieurs titulaires des centres de santé et directeurs des hôpitaux ont eu des difficultés de payer les salaires du personnel et les dépenses de fonctionnement. Comme conséquence un nombre de structures de santé risquent de tomber en faillite. Le prix moyen au Burundi d'une consultation externe de \$ 1,14 - et plus en particulier le prix dans les structures étatiques de \$ 0,75 - est le plus bas dans la Région. L'étude aussi démontre que le taux d'épisodes maladies par personne par an au Burundi est avec 3,55 le plus élevé parmi les enquêtes ménages réalisées dans la Région des Grands Lacs. Aussi, le taux de 2.81 épisodes par personne par an traité dans les structures modernes de santé au Burundi est supérieur par rapport aux autres études en RDC et Rwanda et démontre une bonne fréquentation de services de santé. En plus, nous avons constatés que *les pauvres* fréquentent les structures de santé *la même manière que les moins pauvres*.

Est ce qu'on peut conclure que la population du Burundi est plus souvent malade par rapport aux pays voisins? Cela semble peu probable et les participants de l'atelier d'Octobre 2006 à Bujumbura ont présenté l'hypothèse que la gratuité de soins au Burundi a encouragée la population de se soigner plus rapidement par rapport aux pays voisins. Il reste à étudier si une partie de ces visites aux structures de santé sont aussi peu justifiée.

Ainsi quels sont les options de financement avec un focus particulier pour les pauvres?

3. Le système *de la mutuelle* n'est pas une solution à court ou moyen terme pour augmenter les recettes des structures de santé au Burundi ou d'améliorer l'équité de soins. L'étude ménage a démontrée que seulement 2-3% des ménages sont membres du système Carte Assurance Maladie (CAM) ; ce système déjà existait au Burundi depuis plusieurs années, mais qui n'a pas eu de bons résultats. Dans le groupe socio-économique le plus pauvre, encore une proportion plus basse de 1-2% des ménages était membre de la CAM. Le faible taux des ménages qui sont membre d'une mutuelle de santé semble logique parce que la tarification des structures à travers de la politique de la gratuité du gouvernement et les bailleurs est tellement basse que cela rend peu intéressant pour la population de payer une cotisation pour une mutuelle. De plus, la CAM n'est pas acceptée par tous les prestataires car le recouvrement des créances au niveau de l'Etat est pratiquement impossible. En plus, la littérature récente pour les pays en faibles revenus semble de montrer que la mutuelle n'a que peu d'influence sur l'accès aux soins pour les pauvres. Le cas de Rwanda – qui a un taux d'adhésion d'assurance maladie élevé - n'est pas basé sur un système volontaire de mutuelle mais sur un système d'assurance obligatoire avec des subsides importants de l'état et des bailleurs. Un tel système obligatoire au Burundi pour la population d'adhérer à une assurance maladie semble peu faisable dans le court terme.

4. Rendre dépendant les services de santé au Burundi aux *donations des bailleurs extérieurs* aussi semble ni souhaitable ni pérenne. Par exemple, les structures de santé dans la Province de Karuzi reçoivent chaque mois des médicaments de MSF Belgique et de l'assistance technique à un coût complet de plus de \$ 6 par capita par an. Cela était justifié dans la phase d'urgence, mais il sera difficile d'obtenir ces fonds dans la phase de développement et à moyen et long terme. Cette méthode aussi rend les formations sanitaires dépendant de l'approvisionnement extérieur et dans le cas d'un problème avec les inputs de l'extérieur les médicaments seront en rupture de stock dans quelques jours.
- Un problème de dépendance des inputs des bailleurs externes aussi existait dans la province de Makamba où Cordaid pendant les années précédentes a eu de problèmes d'approvisionnement en médicaments. Comme conséquence il y avait régulièrement des ruptures de stock et les titulaires et directeurs étaient parfois obligés d'augmenter leur tarification de recouvrement de coûts pour acheter les médicaments.
5. Ainsi le *recouvrement de coût à travers d'une tarification directe* semble presque obligatoire pour la pérennité du système. Dans l'analyse de recouvrement de coût le gouvernement pourrait répondre les questions suivantes :
- Quelle est une proportion optimale que les ménages doivent payer pour leur dépenses de santé. Notre enquête a montré que cela était en moyenne 6,1% de recettes du ménage et encore moins dans la province de Karuzi. La moyenne dans les pays développés est de 11-12%, la proportion en RDC est de 10% et au Rwanda est de 8%.
 - Est-ce que le ciblage d'un système de tarification forfaitaire de Fbu 300 ou de la gratuité complète *pour toute la population* est justifiée et efficient? Cela aussi inclut les ménages qui pourraient contribuer sans problèmes pour leurs services de santé aussi bénéficient. Il semble plus important de cibler le groupe socio-économique *le plus pauvre* et d'utiliser l'argent public pour les autres objectifs comme des interventions qui ont des intérêts public (IEC, planification familiale) ou des externalités positives (vaccination, tuberculose).
6. L'expérience du système *d'achat de performance* montre des résultats rapides et coût efficaces en particulier pour les pauvres. L'objectif de ce système est d'atteindre les résultats sociaux à un moindre coût que les méthodes traditionnels type input. Des études au Rwanda et en Afghanistan ont montrés que un dollar dépensé à travers des subsides directes basé sur la performance peut avoir le même impact que quatre dollars dépensé à travers d'un système type input. Le système de subsides pour la performance donne au gouvernement (à travers des agences d'achat) l'opportunité de négocier avec les structures de santé des services de bonne qualité qui en même temps assure des recettes suffisantes pour motiver le personnel et qui donne la priorité aux plus pauvres.
7. Les principes suivantes accompagnantes de l'achat de performance peuvent contribuer à la pérennisation et stabilité financière des structures de santé:
- Respect pour l'autonomie de gestion des structures de santé (approche de boîte noire). Dans cette autonomie le rôle de l'agence d'achat et le BPS est plutôt de vérifier les résultats.
 - Promotion de l'appui *en cash* et NE PAS en inputs comme des médicaments, salaires fixes, équipements ou autres inputs. L'appui en cash assure que les structures de santé autonomes peuvent eux mêmes identifier leurs stratégies et priorités d'investissement.
 - Promotion d'un solde dans la compte bancaire d'au moins de quatre mois de fonctionnement.
8. Les agences d'achat peuvent en même temps négocier avec les structures de santé l'accès aux soins pour le groupe socio-économique le plus pauvre (*les indigents*). Les stratégies pour assurer l'accès aux soins pour les indigents pourraient être développés par chaque structure de santé avec le comité de santé. Ainsi les agences d'achat plutôt vérifient si les indigents ont

accès aux soins. Si une structure de santé a une proportion relativement élevée d'indigents cela pourrait être financièrement compensée.

9. Un deuxième outil d'assurer l'accès pourrait être le paiement des factures pour les indigents par l'agence d'achat jusqu'à un certain pourcentage des patients totaux (par exemple 5%) à travers un *fond d'équité*.
10. Un troisième outil d'équité - pour assurer l'accès pour les plus pauvres - est *le bonus d'isolement* qui donne un subside additionnel pour les centres de santé ou hôpitaux qui sont isolés ou qui ont une population cible très pauvre. Ainsi les subsides pourrait être supérieurs pour les centres de santé et l'hôpital dans la province de Cankuzo où la population est plus pauvre et où les structures n'ont pas suffisamment du personnel qualifié par rapport aux provinces de Bubanza (et Makamba ..).
11. *L'accès géographique* est encore un problème spécifique dans certains aires d'attractions et nécessite d'être résolu par exemple à travers d'ouverture des nouveaux postes de santé ou dispensaires privés. Ces structures de santé additionnelles dans les aires d'attraction pourraient être données un sous contrats par les centres de santé. Cela peut être réglé dans chaque plan de business.
12. La pérennisation et l'efficacité du système de santé augmentent si le gouvernement vise de mieux utiliser les avantages comparatifs du secteur privé en stimulant la concurrence entre les différentes structures. Cela peut être assuré à travers du principe que *l'argent suit le patient* ce qui signifie que quand les activités sont plus les subsides sont aussi plus. Un centre de santé ou dispensaire privés qui est plus fréquenté par la population reçoit aussi plus de subsides. Ce mécanisme de concurrence entre les structures publiques, religieuses et privées lucratif adhère en plus au *principe du libre choix de prestataires* pour la population. Si le secteur privé lucratif est accepté comme un secteur intégré dans le système national cela aussi donne l'opportunité de les intégrer dans le *contrôle de la qualité* par les représentants de la régulation (BPS, MSP). Cela a eu de très bons résultats au Rwanda.

7.4 Conclusions et suggestions concernant la santé reproductive

Les problèmes concernant la santé reproductive sont multiples ce qui montre (a) le taux de natalité brut de 4,34% ; (b) la taille moyenne de ménage de 5,9 ; (c) le taux de la mortalité infantile de 181 par 1000 enfants vivants ; et (d) un demande non-atteinte pour la planification familiale de 21,5%. En plus cette étude a révélée un manque d'accès à des terres cultivables dans plusieurs provinces de Burundi ce qui est un important constat aussi en considérant la pression démographique du pays. Cela souligne l'importance d'un programme efficace de la planification familiale.

La réduction de la mortalité maternelle ainsi que l'amélioration des services de la santé reproductive doit se focaliser sur plusieurs aspects.

1. A travers de l'achat de performance il faut :
 - a. Maintenir les outputs satisfaisant concernant la vaccination de 95%. Un subside d'environ \$3,00 pour un *enfant complètement vacciné* peut être proposé pour le programme Achat de Performance. Il faut harmoniser avec le MSP sur la manière d'intégrer ce volet dans le programme national.
 - b. Maintenir les outputs satisfaisant de la *consultation prénatale* à 95%. Intégration les services de la *CPN* avec les aspects VIH comme la PMCT et les tests de dépistage volontaires.
 - c. Augmenter les outputs concernant les *accouchements assistés* de 62% jusqu'à 80%.

- d. Augmenter la couverture de la planification familiale jusqu'à 30%. Le nombre de femmes dans l'âge de procréation est de 22,2%.

2. Améliorer la qualité tels que :

- a. Le recrutement des infirmiers qualifiés pour les centres de santé. Cela peut être atteint avec les subsides de l'achat de performance. Avec les subsides le titulaire des centres de santé avec son comité de santé sera capable de payer de primes compétitives suffisantes pour motiver le personnel qualifié à travailler dans un poste en milieu rural.
- b. Vérifier la qualité de la CPN en considérant que le service de la CPN est souvent effectué par des agents de santé non qualifiés. Il faut également inciter les femmes pour qu'il y ait à la CPN le plus tôt car la plupart des visites CPN se font au troisième trimestre.
- c. L'OMS considère un accouchement à moindre risque quand certains critères de qualité sont réunis parmi lesquels la présence d'une infirmière qualifiée qui est capable d'exécuter des interventions comme une ventouse, une perfusion d'oxytocine, une épisiotomie, le diagnostic et le traitement d'une éclampsie, etc. D'autres conditions de base pour atteindre un standard minimum est l'application systématique d'un partogramme, la permanence d'un personnel qualifié, ainsi que des standards hygiéniques, de stérilisation, d'infrastructure et d'équipements, etc.
- d. Les matériels observés dans les salles d'accouchement sont moins disponibles dans les provinces de Cankuzo et Gitega. La disponibilité de boîtes stériles d'accouchement est un problème dans la majorité des centres de santé. Les centres de santé dans les provinces de Cankuzo et Gitega n'ont pas des moustiquaires dans les salles d'hébergement des maternités.

3. Concernant la planification familiale nous suggérons les mesures suivantes :

- a. Chaque couple qui utilise la planification familiale doit accepter une méthode volontairement.
- b. L'administration de la PF doit être faite par un personnel qualifié, de préférence féminin.
- c. Pour rendre disponibles les services de la PF à la population cela exige à chaque centre de santé d'augmenter son personnel avec au moins un agent de santé qualifié.
- d. Les structures de santé devraient fournir une gamme de méthodes PF et des explications claires sur les effets secondaires prévisibles à la population et non seulement se concentrer sur les contraceptifs oraux à un dosage.
- e. Rendre disponible la méthode de dispositif intra-utérin dans tous les centres de santé.
- f. Bien remplir les fiches individuelles ainsi que de calculer correctement les cibles pour la couverture vaccinale.
- g. Améliorer le stock d'intrants pour la PF
- h. Organiser des formations régulières dans chaque province pour renforcer les capacités du personnel dans l'application de méthodes de la PF.
- i. Harmoniser avec des bailleurs comme l'UNFPA sur la manière d'organiser le financement des subsides et la formation pour la planification familiale.

7.5 Conclusions et suggestions concernant les autres composantes du PMA / PCA

1. L'utilisation de *moustiquaires* est considérée comme étant une intervention très importante pour diminuer les épisodes du paludisme surtout dans les régions au climat montagneux et froid du Burundi où la transmission du paludisme est plus facile à diminuer. L'utilisation de moustiquaires au Burundi est relativement élevée dans la province de Bubanza et pour le groupe socio-économique « fortuné ».
2. Il faut faire encore plusieurs études concernant l'utilisation des moustiquaires parce qu'on peut se poser les questions suivantes sur les constats de l'étude:
 - a. Pourquoi ne peut-on pas constater une corrélation positive entre le taux élevé d'utilisation de moustiquaires dans le groupe socio-économiques fortuné et une diminution des épisodes palu par personne par an dans ce groupe fortuné par rapport aux autres groupes plus pauvres?
 - b. Pourquoi ne peut-on pas constater une corrélation claire entre le taux d'utilisation de moustiquaires et une diminution des épisodes de paludisme dans les quatre provinces ?
 - c. Pourquoi un taux élevé de 58% de tous les épisodes maladies sont encore lié au paludisme ?
 - d. Est-ce que le taux d'utilisation de moustiquaires par exemple de 35% dans le groupe fortuné est encore trop faible pour avoir un effet sur la transmission où est ce qu'il y a un problème avec l'utilisation correcte des moustiquaires dans les maisons?
3. Le coût moyen d'une moustiquaire est de \$ 0,97. Cela semble très raisonnable, mais il faut souligner que cette moyenne était fortement influencée par une proportion relativement élevée de moustiquaires, qui étaient données gratuitement. Nous proposons de tester un prix pour la vente d'un *moustiquaire* d'environ \$ 1,50 pourrait être financièrement accessible pour la plus grande partie de la population. Vendre à ce prix pourrait être organisé autour d'un subside d'environ \$2,00 pour chaque moustiquaire vendu.
4. La promotion des moustiquaires pourrait être réglée dans les plans de business de chaque centre de santé. Dans ce plan de business, chaque titulaire avec son personnel et comité de santé pourrait développer des stratégies qui répondent à la question « comment peuvent-ils atteindre la cible de 50% de couverture d'utilisation de moustiquaires dans leur Aire d'Attraction ? ».
5. L'offre de moustiquaires sera le mieux organisé par la concurrence et le secteur privé au Burundi. Nous proposons d'éviter les erreurs faites dans plusieurs pays de vouloir régler l'offre de moustiquaires à travers une stratégie monopoliste de projet qui achètent les moustiquaires et qui ignore l'efficacité supérieure des forces du marché concurrentiel. L'expérience montre qu'un monopole de projet résulte inévitablement à un problème de ruptures de stocks fréquentes et à un système sensible pour la corruption.
6. Encore 3% des répondants n'ont jamais entendu parlé du *VIH/SIDA*. 96% des répondants ont entendu parler de condoms et 81% des répondants de tous les ménages ont répondu que l'utilisation de condoms est importante. Il y a encore un problème perçu de la qualité des condoms parce que 7 répondants ont dit que les condoms pouvaient se déchirer et 4 ont dit que les condoms *sont infectés*. Ainsi ces aspects nécessite d'être amélioré à travers des contrats de performance.

7.6 Conclusions et suggestions concernant la qualité de soins des hôpitaux

1. Les hôpitaux de Buhiga, Kibuye et Makamba sont en dessous de la norme de lits disponibles et nécessite d'augmenter leurs lits.
2. La norme de 0,35 personnel qualifié par lit est subjective et basée sur l'impression que l'hôpital de Buhiga – géré par MSF Belgique – dans la province de Karuzi avait un personnel suffisant. Pour cela cette norme subjective nécessite d'être analysé en considérant les cibles qualitatifs attendues ainsi qu'en considérants des standards internationaux.
3. L'hôpital de Makamba pourrait diminuer son personnel. Par contre l'hôpital de Cankuzo est en dessous de la norme du personnel, dans l'hôpital de Bubanza il y en a une *carence* et dans l'hôpital de Kibuye il y en a une *grande carence* de personnel qualifié.
4. Les hôpitaux devrait obtenir pour leur planification des cartes sanitaires de leur zone d'action et des plans de business trimestriel. En plus les hôpitaux nécessitent des fiches de référence pour les structures à l'échelon supérieur et des procès verbaux des réunions techniques. Les hôpitaux aussi nécessitent d'afficher clairement leurs tarifs des actes de soins de santé, des médicaments et des consommables.
5. Tous les hôpitaux nécessitent d'améliorer les mesures d'hygiène et de propreté (avec l'exception de l'hôpital de Buhiga – Karuzi qui a obtenu un score de 100%). Les hôpitaux de Bubanza et Kibuye nécessitent de construire des nouvelles installations d'incinération.
6. Respecter le schéma de traitement du paludisme simple et grave.
7. Introduire dans tous les hôpitaux l'utilisation des partogrammes des femmes et le prélèvement régulier de la tension artérielle lors de l'accouchement. L'APGAR doit être enregistré à l'hôpital de Makamba.
8. Concernant l'ensemble des indicateurs de la PF retenus dans l'étude, l'hôpital de Cankuzo se classe le meilleur avec un score de 88%. Vient ensuite l'hôpital de Kibuye avec un score de 50%. Les autres hôpitaux de première référence ont un score de 0%.
Ces hôpitaux nécessite d'évaluer leur programme de la planification familiale et cela semble aussi d'être lié à la coordination des services PF avec les centres de santé. Les centres de santé et les hôpitaux de Cankuzo et Kibuye sont localisé ensemble et ainsi la coordination des services est faisable. Par contre les centres de santé de Buhiga et Makamba sont à des grandes distances ce qui rend difficile la coordination. Le manque de la coordination concernant la planification familiale dans l'hôpital de Bubanza est causé par des raisons religieuses.
9. On constate que l'hôpital de Buhiga s'est classé le meilleur concernant la disponibilité des médicaments et consommables traceurs et le plus faible score a été observé à l'hôpital de Makamba.

L'analyse de ce mauvais score de la disponibilité des médicaments dans les hôpitaux de la première référence et les centres de santé est complexe. Le problème de base est lié au choix de quelle manière de distribuer les médicaments. Au Burundi la méthode de distribution de médicaments essentiels est basée sur une planification centralisée plutôt à travers des bailleurs comme ECHO, DFID, UNICEF et des ONG Internationales comme MSF, Cordaid et HNI-TPO. Par contre au Rwanda la majorité des médicaments essentiels (avec l'exception des ARV et les produits de la planification familiale) sont achetée par les gestionnaires des structures de santé et ainsi le système est basé sur une approche décentralisée de demande. La littérature sur le sujet préfère la méthode décentralisée en respectant les forces de demande et l'offre parce que cela s'adapte mieux aux mécanismes du marché économique pour l'utilisation de

ressources rares de production. Dans cette approche de la marché le budget pour les médicaments est donné en cash aux structures de santé et les gestionnaires des structures de santé eux-mêmes décident ou et combien de médicaments d'acheter sur la base de leur demande quotidienne.

7.7 Conclusions et suggestions concernant la qualité de soins des centres de santé

1. En considérant l'ensemble des indicateurs de qualité retenus dans l'étude pour les centres de santé, la province de Karuzi est classée qualitativement la plus performante avec un score global de 70% et la province de Cankuzo la moins performante avec un score global de 45%. Les autres provinces ont un score de qualité de 58% (Bubanza), 54% (Makamba) et 49% (Gitega).
2. Il serait important d'analyser la situation concernant tous les indicateurs de qualité par rapport à la norme pour tous les centres de santé individuels. Nous proposons de faire des études similaires de qualité pour tous les centres de santé. Ainsi cette analyse de qualité pourrait être faite régulièrement dans tous les centres de santé. Cela aussi nécessite de revoir la liste des indicateurs.
3. Dans l'ensemble il y a une nécessité d'augmenter le personnel qualifié dans toutes les provinces et ce facteur nous semble le facteur le plus important pour améliorer la qualité de soins dans les centres de santé.
4. Dans l'ensemble le score de qualité pour la disponibilité des documents et matériel de communication dans les centres de santé est faible avec 34%.
5. Dans l'ensemble la qualité concernant la vaccination est insuffisant dans les provinces de Cankuzo et Gitega. Plutôt les problèmes concernant la conservation de vaccins dans certains centres de santé sont inquiétants.
6. La qualité concernant les laboratoires nécessitent plutôt des améliorations dans les centres de santé de Karuzi et Cankuzo et en particulier la fonctionnalité des microscopes.

ANNEXE 1

Numéro de Questionnaire :

Questionnaire BURUNDI Enquête Ménage VF

Date: .. / .. / 2006	Enquêteur: ...	Superviseur :	Colline/village:
Aire de Santé du CS:	Secteur de Santé:	Province :	
Qui maîtrise les revenus et dépenses dans le ménage?		F / M	Veuf(ve) / Marié / Divorcé / Enfant
Source de recettes principale / profession :		Ménage : polygame / monogame	

	Féminine	Dans l'école	Masculine	Dans l'école	TOTAL
Enfants < 1 an	XXX	.....	XXX	.....
Enfants 1-5 ans	XXX	.....	XXX	.....
Enfants 6-14 ans (age scolaire) → →
Adulte 15-49 ans (reproductive)	XXX	.....	XXX	.....
Adulte 50 et plus	XXX	.....	XXX	.....
GRAND TOTAL :	XXX	.....	XXX	.....

a. Est-ce que les enfants dans l'âge scolaire (6-14) sont dans l'école?

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4	Enfant 5
Dans école?	oui/non m/f	oui/non m/f	oui/non m/f	oui/non m/f	oui/non m/f
Si non, pourquoi ? #	.....	.....	.....	.....	.....
Si oui, quelle école ?	Et/Privé/Cat Prot/Mslm	Et/Privé/Cat Prot/Mslm	Et/Privé/Cat Prot/Mslm	Et/Privé/Cat Prot/Mslm	Et/Privé/Cat Prot/Mslm
Si oui, les frais scolaires sont ?	Rais/tr cher	Rais/tr cher	Rais/tr cher	Rais/tr cher	Rais/tr cher
Si oui, la qualité est ?	Bon/app/mv	Bon/app/mv	Bon/app/mv	Bon/app/mv	Bon/app/mv
Si qualité à peu prêt ou mauvais, pourquoi? Réponse dominant ##	.....	.....	.....	.....	.....

1. Frais scol. trop cher 2. L'école est trop loin 3. L'école n'est pas utile 4. Qualité trop basse
5. Doit travailler 6. scolarisation après 6 ans## 1. Enseignants ne sont pas motivé 2. Enseignants manquent respect 3. Enseignants mal formé
4. Écoles manque de matériel d'éducation 5. Infrastructure est mauvaiseb. **Type de la maison:** maison en paille / maison en pisé / planche / matériaux (semi) durables**Propriété ?** propriétaire / locataire**Illumination dans la maison:** bois de chauffage / bougies / lampe à tempête / électricitéc. **Source principale d'eau de boisson:**

Robinet dans la maison / robinet ou pompe dans le quartier / source aménagé /

source **non** aménagé / l'eau de pluie / l'eau du lac ou de la rivièred. **Elevage?** Oui / none. **Disponibilité d'un champ ?** Oui / non Si non, allez à e

Si oui, est-ce que la superficie est suffisante ? Oui / non Fertile: Oui / non

Quels produits ? Haricots / bananes / café / maïs / manioc / production de bois / légumes

/patates douces/pommes terre /riz / arachides / colocase / soja / canne à suc / sorghum / ananas / cotton

f. MOYEN DE DEPENSES EN L'ARGENT LIQUIDE PAR MOIS

Produits Alimentaires	Jour	Se- maine	Mois	Tri- mestre	An	TOTAL MOIS
Alimentation de base vivrière						F
Viande – poisson – volaille – lait -oeufs						F
Sel – sucre - piri piri - café – thé – sucré						F
Légumes – fruits - huile						F
TOTAL produits alimentaires:						F

Autre dépenses	Jour	Se- maine	Mois	Tri- meste	An	TOTAL MOIS
Bière – boisson alcoolique - tabac						F
Charbon de bois – bois – pétrole - électricité						F
Frais de scolarisation - y inclut uniformes						F
Dépenses pour les autres habits						F
Dépenses pour le transport						F
Amendes - contribution obligatoire – taxe - vol						F
Frais travaux ménage – location terre						
Dîmes - offrande - dons (<i>mois</i>)						F
Loyer - petite maintenance maison (<i>mois</i>)						F
Epargne à la banque Coopec (<i>mois</i>)						F
Deuil-mariage-réception – fête (<i>dernière année</i>)						F
<i>Investissement</i> : vélo – animaux – semence – maison - pirogue – radio (<i>dernière année</i>)						F
Cotisation à la mutuelle de la santé (<i>année</i>)						F
TOTAL autres dépenses :						F

Dépenses pour la santé à travers recouvrement de coût (<i>à remplir après</i>) :	F
TOTAL DEPENSES PAR MOIS = alimentation + autres + santé) :	F

i. MOYEN DE RECETTES DE MENAGE EN L'ARGENT LIQUIDE PAR MOIS

Recettes	TOTAL PAR MOIS
Vente de produits d'agriculture ou de l'élevage	F : par mois
Salaire / revenu commerce	F : par mois
Revenu du travail informel	F : par mois
Appui extérieur (famille, amis, voisins, autre bienfaiteur):	F : par mois
ESTIMATION TOTALE DE RECETTES:	F : par mois

ESTIMATION D'EQUILIBRE RECETTES & DEPENSES (<i>remplir après</i>)	F : mois
--	-----------------------

NB : Ne pas oublier de chercher l'équilibre avant de quitter le ménage !!!

1. Vous et chaque personne de votre ménage ont eu combien d'épisodes de maladie pendant les derniers 30 jours? (Y inclus tradi-practiciens et spiritualistes !)

0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 Episodes
(doit correspondre avec épisodes pages suivants !)

2. Combien de ces épisodes ont bénéficié directement des achats à la **pharmacie privée pour l'auto traitement pour vous e chaque membre du ménage? (pendant derniers 30 jours !)**

0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 Episodes

- a. Quel était le **coût total** pour les médicaments acheté dans les pharmacies ? F :
(Calculer pour tous les épisodes !)
- b. Pendant le **dernier l'achat** de médicaments à la pharmacie privée est-ce qu'on a acheté la cure complète? Oui / non / pas sur
Si non pourquoi? Manquait de l'argent / aussi cure incomplète peut guérir / pas grave
- c. Est-ce que les médicaments des pharmacies sont de bonne qualité? Bon / pas sur / mauvais
- d. Pendant le **dernier l'achat** de médicaments à la pharmacie privée, est-ce qu'il y a eu la guérison? Oui / à peu près / pas du tout / sais pas
- e. Si votre ménage **a utilisé seulement des pharmacies privées** pendant les derniers 30 jours, **quelle était la raison principale?** C'est moins chère / structure de santé trop loin / plus rapide / spécialité seulement dans la pharmacie / mauvais accueil structure

3 A. Concernant le PREMIER EPISODE, qui était malade? M / F < 5 ans / 6-14 / 15-49 / > 50

- a. C'était quel **maladie ou problème principal**?
- b. Est-ce que cette personne a **cherché des soins** ? **Oui / non** (*Si oui, allez à d*)
- c. **Si non, pourquoi** ? Pas d'argent / pas gravement malade / structure éloigné / structure pas de qualité
- d. **Si oui**, où avez vous (ou un membre du ménage) été soigné? (*Indiquez quelle structure !!!*)
 Hôpital de: Centre de Santé de:
 Poste de Santé de : Dispensaire privé de:
 Polyclinique privée de : Structure au Rwanda :
 Tradi-praticien de : Gr. de prière / spiritualiste de:
- e. La structure de santé est : Etatique / Confessionnel / Privée / TradPrc-Spirit
- f. Quelle est la **distance** de la maison à la structure de santé ? km
- g. C'était : Une **Consultation Externe / Hospitalisation**
- h. **Votre appréciation (ou du membre du ménage) sur la visite** (*lire les alternatives*)
 + Comment était la qualité des soins ? Bien / pas sure / mauvais / sais pas
 + Il y avait de médicaments? Oui / à peu près / pas du tout / sais pas
 + Le personnel a montré du respect ? Oui / à peu près / pas du tout / sais pas
 + La durée d'attente était ? Raisonnable / à peu près / trop longue / sais pas
 + En générale, est-ce qu'il y a eu la guérison? oui / à peu près / pas du tout / sais pas

i. **Combien avez-vous payé directement pour toute épisode?**

Coût du voyage: F	Coût de restauration : F
Pour la Consultation: F	Pour la fiche : F
Pour les médicaments: F	Pour le Labo: F
Pour ticket modérateur : F	Hospitalisation et chirurgie: F
COUT TOTAL : F	

Prise en charge par **mutuelle** ? Oui / non **Exempté** comme : indigent / enfant / accouchée /
 personnel santé / relation / rapatrié

- j. **Dans l'ensemble, le paiement était-il ?** Raisonnable / trop chère
- k. **Comment avez-vous payé?** (*Réponse spontané dominant*) Il n'y avait pas de problème /
 s'endetté chez voisin ou famille/ vendu quelque chose / faire de dettes à la FoSa /
 mettre en gage chez FOSA / payé avec conséquences catastrophiques
- l. Avez-vous de **suggestions pour l'amélioration de cette structure?**
 (*Réponses spontanées multiples*)

1. Diminuer les prix	2. Prise en charge des indigents	3. Augmenter le personnel qualifié	4. Améliorer l'accueil et / ou respect	5. Diminuer la durée d'attente	6. Disponibilité d'ambulance	7. Plus médi- caments	8. Plus équi- pement	9. Plus infra- structure
----------------------------	---	---	---	---	------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

4. Dans le cas, que ni l'argent, ni la distance serait un problème, quelle serait votre structure de santé de préférence? (*Interviewer doit lire les alternatives*)

- a. Etatique / Confessionnel / Privé lucratif / Trad Prac-Spirit / *Pas d'opinion*
- b. **Raison du choix dominant?** Bon accueil / bonne qualité / rapide / connaît la structure

5. Est-ce que le ménage est membre d'une mutuelle de la santé? Oui / non *Si non cont à d*

a. Si oui, quelle mutuelle ? CAM / MFP

b. Si oui, la mutuelle fonctionne bien ? Oui / à peu prêt / non / sais pas *Si oui continuez à Q6*

c. Si à peu prêt ou non, pourquoi ? Cotisation trop cher / ticket modérateur trop cher / personnel respectent mal les mutuellistes / mutuelle ne couvre pas tous les besoins / mutuellistes ne reçoivent pas de bon médicaments / mutuelle n'est pas fonctionnelle

d. Si non, pourquoi vous n'êtes pas membre ? (*spontané dominant*)

Cotisation trop cher / la mutuelle n'existe pas ici / connais pas la mutuelle / pas avantageux / j'étais membre, mais mauvaise expérience /

6. Est-ce qu'il y a des malade(s) chronique(s) graves dans le ménage? Oui / non 1 / 2 / 3

Si non allez Q7

		Malade 1	Malade 2	Malade 3
Si <u>oui</u> , quelle maladie chronique?	#	.....	.....	.....
Si <u>oui</u> , quelle maladie mentale ?	# #	.....	.....	.....
La(les) maladie(s) a (ont)été traitée(s) régulièrement ?		OUI / NON Plus ou moins	OUI / NON Plus ou moins	OUI / NON Plus ou moins
Si <u>non</u> ou <u>plus ou moins</u> , pourquoi?	# # #	....	....

1. Diabète 2. Hypertension - coeur 3. Handicapé physique 4. Cécité
5. Cancer 6. Tuberculose - lèpre 7. VIH - SIDA

8. Epilepsie 9. Trouble de humeur 10. Trouble de comportement

1. Pas de soins disponible 2. Soins disponibles, mais pas de l'argent 3. Découragé 4. On cache la maladie

7. Quand un enfant, 5 ans dans le ménage a de diarrhée, qu'est ce on donne ?

Comprimés / sirops / sel pour réhydratation orale / autre (*Réponse spontanée dominant*)

a. Est-ce qu'il y a un (des) enfant(s) dans le ménage en dessous d'un an ? Oui / non 1 / 2

	Enfant 1	Enfant 2
Combien de mois	..... mois	..... mois
Reçu vaccin ?	oui / non	oui / non
Si <u>non</u> , pourquoi ?	ne connais pas / pas utile / trop loin / problème dans FOSA	ne connais pas / pas utile / trop loin / problème dans FOSA
Est-ce que vous avez la carte de vaccination ?	oui / non <i>demande la carte</i>	oui / non <i>demande la carte</i>
BCG (<i>carte ou cicatrice</i>)	oui / non	oui / non
Autres vaccins conforme l'age	oui / non	oui / non

b. Est-ce qu'il y avait pendant les derniers 12 mois un décès dan le ménage d'un enfant dont l'age était entre : 0-12 mois Oui / non Si oui : 1 / 2
1 – 5 ans révolus Oui / non Si oui : 1 / 2

Si enfant mort, et accouchement pendant derniers 12 mois allez à Q 8 Si non, va à Q 10.

8. Est-ce que une femme du ménage a accouché pendant les derniers 12 mois ? Oui / non
Si non, allez à Q10.

a. L'accouchement a eu lieu où? maison / à la route / champs / centre de santé-clinique / hôpital

b. Si dans une FoSa, la quelle:

c. L'accouchement est fait par qui? **Non qualifié:** Voisine / famille / accoucheuse traditionnelle
Qualifié : Infirmière / médecin

d. **Raison de choix principale?**

Proche / bon accueil / bonne qualité / soin rapide / connaît la FS / moins chère / hasard

e. C'était : un accouchement normal / césarienne

Combien avez-vous payé directe à la structure de santé?

Coût du voyage: F	Coût de restauration : F
Pour la consultation: F	Pour la fiche : F
Pour les médicaments: F	Pour le Labo: F
Pour ticket modérateur : F	Hospitalisation et chirurgie: F
COÛT TOTAL : F	

f. **Ce paiement était-il ?** Raisonnable / trop chèreg. **Comment avez-vous payé?** (Réponse spontanée dominante) Il n'y avait pas de problème / s'endetté chez voisin ou famille/ vendu q chose / faire de dettes à la FoSa / mettre en gage chez FoSA / pris en otage / payé avec conséquences catastrophiques9. **Est-ce que la femme qui a accouché les derniers 12 mois a été à une consultation prénatale?** Oui / non Si oui, allez à b.a. Si non, pourquoi ? (dominant) Pas de l'argent / pas d'information / trop loin Allez à Q10b. Si oui, combien de fois ? 1 / 2 / > 2c. **Dans quelle FoSa:** Centre ou clinique / hôpital / stratégie avancéd. Vous avez une carte cons. prénatale? (demander carte) Oui / none. **Combien payé** pour la consultation prénatale? Ff. Reçu vaccin **anti-tétanique**? Oui / nong. Si oui, combien de fois ? 1 / 2 / >2 ou déjà complet gross préc.10. **Il y a maintenant une femme enceinte dans le ménage?** Oui / non Si non, allez Q11a. Si oui, combien de mois ? Moisb. **Où vous planifiez d'accoucher ?** Maison par voisine ou famille/ maison par accouch trad./ dans maison d'une accouch trad / Poste de Santé / Centre de Santé / Clinique privé / Hôpitalc. **Si dans la maison** pourquoi ? pas de l'argent / structure trop loin / mauvaise qualité structured. Est-ce que **cette grossesse est désirée** ? Oui / trop tôt / pas du tout Si oui, allez à Q11e. Si grossesse **ne pas désirée**, pourquoi ? Trop jeune / pas de moyens / dangereux pour santé / forcéf. **Si forcé**, faite par qui ? Militaires / bandits / mari / famille / personne non connueg. **Si ne pas désiré**, est-ce que vous avez pensé de faire un avortement ? Oui / non11. **Combien de femmes de 15-19 ans dans le ménage: 0 / 1 / 2 / 3** (Si 0, allez à Q 12)a. **Combien sont mères ?**

b. Est-ce que la grossesse et l'enfant était désiré ? Oui / c'était trop tôt / pas du tout désirée

c. Si trop tôt ou pas du tout désiré, pourquoi ? (Réponse spontanée dominante)
Trop jeune / pas de moyens / dangereux pour la santé / forcé / sais pasd. **Si forcé**, faite par qui ? Militaires / bandits / mari / famille / personne non connue

e. Si ne pas désiré, est-ce que vous avez pensé de faire un avortement ? Oui / non

12. Est-ce que vous avez entendu parler de la planification familiale? Oui / non

a. Si non, est-ce qu'il serait utile de connaître une méthode pour ne pas tomber enceinte, ou si vous avez entendu parler, est ce que la PF est importante? Oui / non

Si non, continuez à d, si oui sautez e.

b. Si oui c'est important pourquoi? (Réponse spontanée dominante)

Pas de moyens économiques pour éduquer les enfants / pour espacer les naissances / c'est mieux pour la santé de la mère et enfant.

c. Si vous avez entendu parler de la PF, quelles sont les méthodes qui vous connaissez, et où les avez-vous entendu principalement? (Réponses spontanément)

		Quelles méthodes #	Entendu où ?
Méthodes modernes	Oui / non		FoSa / relais com / media / amis / école /église
Condoms	Oui / non	XXXXXXXX	FoSa / relais com / media / amis / école /église
Méthodes naturelles	Oui / non	XXXXXXXX	FoSa / relais com / media / amis / école /église

1. Pilule 2. Injectable 3. DIU 4. Ligature de trompes 5. Vasectomie 6. Implant

d. Est-ce que les femmes dans l'âge reproductive (15-49) utilise maintenant la PF ?

	Femme 1	Femme 2	Femme 3	Femme 4	Femme 5
Utilise la PF ?	oui / non / sais pas				
Si oui, quel méthode (remplir)#					
Si non, pourquoi ? (remplir)##					

1. Pilule 2. injectable 3. DIU 4. condoms 5. ligature de trompes
6. vasectomie 7. implant 8. méthode naturelle 9. herbes

1. Je ne sais pas où aller 2. Je ne sais pas exactement les méthodes

3. Pas de partenaire 4. Famille n'est pas complète

5. Ménopause / stérile 6. C'était trop tard

7. Raisons religieux 8. Peur pour les effets secondaires 9. refus du partenaire

e. Si vous pensez que la PF n'est pas importante, pourquoi? (Réponse dominante)

Pas de partenaire / famille n'est pas complète / ménopause / stérile / raisons religieuses / effets secondaires

13. Avez-vous entendu parler de prévention contre le VIH-SIDA ? Oui / non

Si non, allez à Q14

a. Si oui, quels moyens de prévention connaissez-vous? (Réponses spontanées multiples)

Eviter rapport sexuel non-protégé / condoms / éviter matériaux tranchants non-stérilisés / éviter transfusion non-testé / abstinence / éviter beaucoup de relations / fidélité / réponse d'ignorance / **aucun**

14. Avez-vous entendu parler de condoms ? Oui / non *Si non, continuez à Q15*

- a. Si oui, pensez-vous que l'utilisation de condoms est **importante**? Oui / non *Si oui, allez à c*
- b. Si non, pourquoi? (*Réponse spontanée dominant*) Pas intéressé / favorise adultère / mieux s'abstenir / raison religieux / les condoms se déchirent / condoms infecté / pas de réponse
- c. Si importante, **pourquoi ?** (*réponse dominant*) prévenir la maladie / prévenir la grossesse
- d. Si entendu parler, les condoms sont **disponibles ou?** (*Réponse spontanée multiples*) Dans la FoSa / dans la boutique / dans la pharmacie / au marché / dans les bars ou hôtels / chez un projet où ONG / ils ne sont pas disponibles / ne sais pas

15. Avez-vous entendu parler de moustiquaires? Oui / non *Si non, continuez à Q16*

- a. Si oui, quelle est l'importance des moustiquaires? (*Réponse spontanée dominant*) **Connaît pas** / pas utile / se protéger contre le paludisme / se protéger contre les insectes
- b. Est-ce que les membres du ménage sont convaincus de l'importance des moustiquaires? Tous / quelques membres / aucuns
- c. Est-ce que vous utilisez les moustiquaires? **Oui / non** *Si non, allez à h.*
- d. Si oui, combien de moustiquaires vous avez dans la maison ? 1 / 2 / 3 / 4 / 5
- e. Combien vous avez payé en total pour (tous) le(s) moustiquaire(s)? F
F
F
- f. Est-ce que le(s) moustiquaire(s) dans la maison sont imprégné ? Oui / non / sais pas
- g. Si oui, est ce que les moustiquaires sont suffisantes pour toute la famille ? Oui / non
- h. **Si vous n'utilisez pas de moustiquaires ou ils ne sont pas suffisants, pourquoi ?** (*Réponse spontanée dominant*) Connaît pas / pas de l'argent / pas utile / ne sait où acheter / il fait chaud / pas de lit

16. Avez-vous des questions, éclaircissements ou suggestions concernant cette interview?

(Réponses spontanée multiples)

1. Diminuer les coûts de soins	2. Plus FoSa pour augmenter l'accès	3. Plus de moustiquaires à prix accessible	4. Meilleure sensibilisation sur SIDA	5. Disponibiliser de condoms	6. Avoir accès à l'eau potable	7. Améliorer l'accès aux écoles	8. Avoir accès à la PF	9. Améliorer les FoSas
--------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------------	------------------------

Autres suggestions :

17. Est-ce que je peux utiliser votre toilette ?

(*Observation l'enquêteur*)

Existence d'une latrine / toilette ?

Oui / non

L'état de la latrine / toilette est :

Bonne / à peu près / mauvaise

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE Version Finale 22/09/06 ENQUÊTE QUALITÉ FORMATIONS SANITAIRES

*Interviewer explique le but de visite que le MSP vise d'améliorer les soins de santé .
La confidentialité est assurée. L'enquête n'est pas une inspection mais un point de départ pour une
intervention future et de connaître la réalité*

Date: .. / .. / 2006	Nom enquêteur:	Province San:
Secteur San :	Nom CS :	FoSa : publique / agréée / privée
Pop Aire d'Attraction :	Nombre de lits :	Nbr personnel qualifié :
Etat du bâtiment ? Bon / à peu prêt / mauvais		

A. INDICATEURS GÉNÉRAUX	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Disponibilité d'une carte sanitaire de l'aire d'attraction affichée	1	0
2. Plan de business (ou plan d'action) du FOSA <u>trimestriel</u> disponible et utilisé	1	0
3. Procès verbal des réunions techniques du FOSA fait <u>mensuellement</u> et disponible	1	0
4. Fiches de référence disponible	1	0
5. Disponibilité de radio ou portable pour la communication entre le centre de santé et l'hôpital de première référence	1	0
6. Les tarifs du recouvrement de coût sont affichés visibles pour le public	2	0
7. L'infirmier stérilise les instruments selon les normes <i>Stérilisateur disponible et utilisé chaque jour</i>	1	0
8. Les déchets sont collectés dans des poubelles appropriées Disponibilité de poubelles - boîte sécurité	1	0
9. Incinération effectuée correctement - fosse à déchet présent	1	0
10. Présence de latrines en quantité suffisante et en bon état de fonctionnement	1	0
11. Propreté de la cour <i>Déchets et produits dangereux dans la cour</i>	1	0
Points TOTAUX - 12 points maximum	..... / 12	XXXXXX

B. Protocole - CONSULTATION EXTERNE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. La numérotation correcte dans le registre de CE	1	0
2. Services disponibles 24/24 heures, 7/7 jours, <i>- voire le registre de CE : dernier dimanche</i>	1	0
3. Protocole affiché pour la prise en charge du paludisme	1	0
4. La prise en charge satisfaisante du <u>paludisme simple</u> <i>Voyez le registre les 5 derniers cas (AS/AQ)</i>	2	0
5. La prise en charge satisfaisante du <u>paludisme grave</u> <i>Voyez le registre les 2 derniers cas (quinine injectable)</i>	1	0
6. Disponibilité de stéthoscope / tensiomètre fonctionnel	2	0
7. Disponibilité de thermomètre fonctionnel	1	0
8. Disponibilité d'otoscope fonctionnel	1	0
9. Disponibilité de balance fonctionnel	1	0
Points TOTAUX - 11 points maximum	..... / 11 points	XXXXXX

C. Protocole de diagnostique et traitement -	Protocole	Protocole
--	-----------	-----------

MATERNITÉ	respecté	NON respecté
1. Disponibilité du partogramme	1	0
2. La prise de la tension artérielle lors de l'accouchement <i>Rempli dans le partogramme ou sur la fiche d'admission</i>	1	0
3. La prise systématique de l'APGAR lors de l'accouchement <i>Rempli dans le registre de maternité</i>	1	0
4. Disponibilité d'une toise (<i>pour mesurer la taille</i>)	1	0
5. Disponibilité d'une stéthoscope obstétricale	1	0
6. Table d'accouchement en bon état (<i>pose pieds fonctionnel</i>)	2	0
7. Disponibilité de 2 boîtes obstétricales <u>stérilisés</u> , qui contiennent au moins 1 ciseau, 2 pinces, 1 porte aiguille	1	0
8. Disponibilité d'une pèse bébé fonctionnel	1	0
9. Disponibilité d'un poire (= aspirateur manuel)	1	0
10. Disponibilité moustiquaires dans la salle d'hébergement	2	0
Points TOTAUX - 12 points maximum	..... / 12	XXXXXX

D. Protocole - PLANIFICATION FAMILIALE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Registre de la PF disponible <u>et bien rempli</u>	2	0
2. Méthodes contraceptives orales et injectables disponibles et en <u>quantité</u> (<i>au moins 20 plaquettes et 10 ampoules</i>)	2	0
3. Méthodes DIU disponibles et <u>en quantité</u> (<i>au moins 5</i>)	1	0
4. Fiche de la PF disponible et bien remplie (5 fiches) (<i>tensiomètre art, hépatomégalie, varices, poids</i>)	2	0
5. Infirmier calcule le nombre de femmes attendus pour la PF dans son aire d'attraction	1	0
Points TOTAUX - 8 points maximum	..... / 8	XXXXXX

E. Protocole - VACCINATION – CONSULTATION PRE-NATALE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Disponibilité DTC+Hib+Hep, BCG, VAR, VAP, VAT	1	0
2. Contrôle régulier de la chaîne de froid <i>Disponibilité de cahiers ou fiche de température (2 x jour)</i>	1	0
3. Respect des normes de la conservation des vaccins <i>La disposition vaccins - VAR & VAP dans congélateur - Autres vaccins dans le réfrigérateur</i>	1	0
4. Stock de carnets PEV pour les clients - au moins 10	1	0
5. Registre de la CPN disponible et bien rempli – 10 derniers	2	0
6. Stock fiches CPN – au moins 25	1	0
Points TOTAUX - 7 points maximum	..... / 7	XXXXXX

F. Protocole de diagnostique - LABORATOIRE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1. Disponibilité d'une centrifugeuse fonctionnelle	1	0
2. Disponibilité d'un microscope fonctionnel – huile à immersion – miroir ou électricité - lames	3	0
3. Disponibilité GIEMSA	1	0
Points TOTAUX - 5 points maximum	..... / 5	XXXXXX

G. Disponibilité de MÉDICAMENTS TRACEURS <i>Stock de sécurité =</i> <i>Consommation moyenne mensuelle / 2 = CMM / 2</i>	Disponible OUI > CMM / 2	Disponible NON < CMM / 2
1. Amoxicilline caps 250 mg	1	0
2. Artesinate comp 50 mg – amodiaquine 200 mg	1	0
3. Cotrimoxazole comp 480 mg	1	0
4. Diazepam 10 mg / 2ml - injectable	1	0
5. Mebendazole comp 100 mg	1	0
6. Methergine amp 10 Unités	1	0
7. Metronidazole comp 250 mg	1	0
8. Paracetamol comp 500 mg	1	0
9. Quinine comp 500 mg	1	0
10. SRO / oracel sachet	1	0
Points TOTAUX - 10 points maximum	..... / 10	XXXXXX

H. Disponibilité de CONSOMMABLES TRACEURS <i>Stock de sécurité =</i> <i>Consommation moyenne mensuelle / 2 = CMM / 2</i>	Disponible OUI > CMM / 2	Disponible NON < CMM / 2
1. Gants stériles	1	0
2. Compresses	1	0
3. Solutés glucose 5%	1	0
Points TOTAUX - 3 points maximum	..... / 3	XXXXXX

SCORE TOTAL / 68	XXXXXX
--------------------	-------------------	---------------

VERIFIER QUE TOUTES LES QUESTIONS SONT REMPLIES
Enquêteur remercie le personnel

ANNEXE 3: LISTE DE L'EQUIPE ENQUETE MENAGE JUIN 2006

SOETERS, Robert - SINA Health Consult	COORDINATEUR ETUDE
NKUNZIMANA Canut	COORDINATEUR ADJOINT ETUDE
NDAYISHIMIYE Juvénal	SUPERVISEUR - CORDAID BUBANZA
NDUHIRA Athanasa	SUPERVISEUR - CORDAID CANKUZO
NTAMAGIRO anatole	STATISTICIEN - MSF
KIMANUKA Celestin	STATISTICIEN – CIF Santé Goma
BIGIRIMANA Theogene	ENQUETEUR
BUSUZUMA Philimene	ENQUETEUR
MANIRAKIZA Angelique	ENQUETEUR
MPAYIMANA Deogratius	ENQUETEUR
NDIKUMANA Rachel	ENQUETEUR
NIYONKURU Prudence	ENQUETEUR
NSABINDEMANZI Olive	ENQUETEUR
NZIGAMASABO Alfred	ENQUETEUR
NZISABIRA Pascal	ENQUETEUR
NINGANZA Joseph	ENQUETEUR
NSABIMANA Desiré	CHAUFFEUR
NCUTINAMAGARA Aimable	CHAUFFEUR
NZEYIMANA Isidore	CHAUFFEUR

ANNEXE 4: LISTE DE L'EQUIPE QUALITÉ SEPTEMBRE 2006

SOETERS, Robert - SINA Health Consult	COORDINATEUR ETUDE
NKUNZIMANA, Canut - Cordaid	PREPARATION QUESTIONNAIRE
NDAYISHIMIYE, Juvénal - Cordaid	PREPARATION QUESTIONNAIRE
NDUHIRA, Athanase - Cordaid	PREPARATION QUESTIONNAIRE
KIMANUKA, Celestin – CIF Santé	STATISTICIEN
MIKAZA, Antoinette	ENQUETEUR – BPS KARUZI
NDENGUTSE, Helmenegilde	ENQUETEUR – BPS CANKUZO
NDIKURIYO, Shadrak	ENQUETEUR – BPS MAKAMBA
KAMENYERO, Dieudonné	ENQUETEUR – BPS BUBANZA
PASTEUR,	ENQUETEUR – BPS GITEGA
BASHINGWA, Godéline HNI-TPO	ENQUETEUR – SUPERVISEUR

ANNEXE 5 : LISTE de PARTICIPANTS de la RESTITUTION DES RÉSULTATS DES ENQUETES MÉNAGE ET QUALITÉ dans L'HOTEL SOURCE DE NIL à BUJUMBURA 1 et 2 OCTOBRE, 2006

ORIGINE	NOM ET PRENOM	FONCTION
MSP	DR OLIVIER BASENYA	DG INSP et Président du comité de Pilotage
MPS	DR DESIRE NDIKUMANA	Conseiller à la Planification et secrétaire du Comité de Pilotage
BPS	DR HAVYARIMANA CANESIUS	MDPS BUBANZA
	DR PROTAIS NTIRAMPEBA	MDPS CANKUZO
	DR GODEFROID KAMWENUBUSA	MDPS KARUZI
	DR PATRICK RUHAGAZE	MDPS MAKAMBA
	DR GEORGETTE NDIHOKUBWABO	MPDS GITEGA
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	CHEF DE SECTEUR DE KIBUYE- GITEGA
CORDAID	DR PAOLO FERRARIS	CHEF DE MISSION
	DR CANUT NKUNZIMANA	CHEF DE PROJET MAKAMBA
	DR ATHANASE NDUHIRA	DIRECTEUR d'AGENCE D'ACHAT CANKUZO
	DR JUVENAL NDAYISHIMIYE	DIRECTEUR d'AGENCE D'ACHAT BUBANZA
	WILFRED LINDALO	COORDINATEUR DES OPERATIONS
	AB KUIPER	COORDINATEUR LOGISTIQUE
	MARIANNE BARUTWANAYO	ASSISTANTE AUX COORD. DES PROGRAMMES
PAYS BAS	DR ROBERT SOETERS	CONSULTANT
HNI - TPO BURUNDI	DR FRANCOIS BUSOGORO	COORDINATEUR DU PROJET KIBUYE
HNI - TPO- RWANDA	DR CEDRIC NDAYIZEYE	COORDINATEUR DU PROJET PBF AU RWANDA
HNI - TPO REGIONAL	MARCEL van der POEL	CHEF de MISSION KAMPALA
	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	ADMINISTRATEUR (Une femme)

ANNEXE 6 : REFERENCES

	Caluwé de, P février 2004. Rapport d'évaluation Cordaid
	Cordaid 2005. Rapport Annuel Burundi 2004
	Cordaid, Avril 2005. Kortmann, G Réveillon, M Programmation de l'intervention Cordaid au Burundi
	Cordaid, Juillet 2005. Programmation de l'intervention CORDAID au Burundi. Financement DGIS.
	ECHO, décembre 2004. Aide humanitaire aux populations vulnérables du Burundi, Plan global 2005.
	MSF Belgique mars 2004. Accès aux soins de santé au Burundi, Résultats de trois enquêtes épidémiologiques,
	MSP décembre 2005. Programme National de Développement Sanitaire 2006-2010.
	MSP, 2004 Profil du Système de Santé,
	MSP, décembre 2004. Politique nationale de la santé 2005-2015,
	MSP, draft juin 2006 La réforme du Secteur de la Santé au Burundi
	Peerenboom, PB août 2006. Rapport d'appui institutionnel pour les provinces de Bubanza et Cankuzo
	Perrot, J, MSP novembre 2006. Version provisoire de la Politique Nationale de contractualisation dans le secteur de la santé au Burundi.
	Soeters R, Griffith, F (2003). Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. <i>Health Policy and Planning</i> ; 18(1): 74-83
	Soeters R, Peerenboom P, Habineza C. (2006). Performance based financing and changing the district health system: Experience from Rwanda <i>World Health Bulletin</i> , 84: 884-889.
	Soeters, R 2002 Rapport de la mission d'appui Cordaid Makamba. Mission financement de santé pour assister le projet avec les résultats de l'enquête parmi 130 ménages.