

**FACTEURS LIMITANT LA REFERENCE DES PATIENTS DANS LES ZONES  
DE SANTE EN FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE  
CAS DE ZSR. DE TSHILENGE et CITENGE**

**Willy OMASUMBU LUKULUNGA OKITAFULA**

**RESUME D'ORIENTATION**

L'amélioration de l'état de santé des populations constitue à la fois un objectif économique et social de développement et de réduction de la pauvreté. Pour ce faire, l'objectif poursuivi est d'assurer des soins de santé primaire de qualité à toute la population. (**Mini santé, 2006**). Les systèmes de santé dans le monde entier font face à un problème de financement (**Castonguay J., 2013**).

Outre une insuffisance de financement, une des raisons du retard en matière de santé en Afrique subsaharienne réside dans le dysfonctionnement et la faible performance des systèmes de santé. (**Audibert M., 2012**).

En effet les systèmes de santé d'Afrique subsaharienne ont évolué ces derniers temps sous l'influence d'agence internationale qui les conduisent comme un berger et son troupeau de moutons. Ces systèmes de santé sont restés faibles et ne peuvent offrir des soins de santé à des populations qui en ont besoin. De surcroît, le système de santé congolais est caractérisé par un dysfonctionnement constant car, la plus part des systèmes reposent pour l'essentiel de leur collecte de fonds sur les paiements directs (auto-financement) par les usagers ou consommateurs (patients) alors que plus de 90% de la population vit avec moins de 1\$ par jour (**Tshimungu F., 2015**). Donc, une meilleure organisation de la référence et la contre référence entre les CS et les HGR, (référence primaire) et entre les HGR et les hôpitaux des niveaux provincial et universitaire, associé à la supervision intégrée, permettra d'assurer la globalité, l'intégration et la continuité des soins. (**Mini santé, 2010**) Outre, Le système de santé au niveau de la Zone de Santé comprend les éléments suivants : les individus, famille et communautés, la structure de santé de premier contact : le Centre de Santé, le niveau de référence, l'hôpital Général de Référence.

Dans le contexte qui précède, le sujet de facteurs limitant la référence dans les Zones de santé en financement basé sur la performance en particulier et d'autres Zones de santé n'ayant pas ce système d'appui trouve sa raison d'être de façon à assurer la continuité de soins des personnes et l'implication des uns et des autres dans la réalisation des activités de santé.

#### **A. EXPOSE DE MOTIF**

- **Gish (1973)** affirme avec pertinence qu'il est inutile de construire de nouveaux hôpitaux régionaux ou Nationaux si le système de référence ne fonctionne pas.
- **Phillips (1990)** relève qu'un centre de référence ne peut jouer son rôle sans des liens et une coordination étroite avec la communauté où il est implanté. Il pense que l'accessibilité, l'efficacité et l'image des centres de référence seraient considérablement renforcées si on leur assignait une aire d'attraction précise.
- **Stimson, (1980)** Ajoute qu'il va de soi qu'un malade n'est en général pas apte à juger de la gravité de la maladie et de l'endroit le plus adéquat, pour lui et le système de soins, pour la soigner.

Le patient devrait donc d'abord s'adresser au premier échelon sanitaire le moins spécialisé, mais aussi habituellement le plus proche de chez lui, qui jouera un rôle de filtrage et d'orientation.

Lorsque le service inférieur envoie un patient à un niveau de service plus élevé dans la hiérarchie sanitaire, il perd en fait souvent tout contrôle sur le malade. Le niveau supérieur renvoie rarement le malade vers le niveau inférieur pour qu'il y termine le traitement par exemple. Plus grave, le niveau inférieur ne reçoit souvent aucune information sur le diagnostic posé au niveau supérieur, ni sur le traitement reçu. La continuité des soins futurs en est affectée, sans parler de la perte du rôle formateur pour le personnel médical d'un tel retour d'information.

- Près de 1,3 milliard de personnes dans le monde n'ont pas accès aux soins de santé de base ;

-Chaque année, l'absence de soins de santé adéquats entraîne le décès d'environ 4,5 millions d'enfants en Afrique ;

-Plus de 10 millions de femmes meurent chaque année d'infections et de complications évitables liées à la grossesse et à l'accouchement. **(Croix-Rouge française, 2009)**

- Une étude d'un grand hôpital de référence à Karachi a trouvé que les 118 femmes amenées mortes à la maternité de l'hôpital résidaient toutes dans un rayon de 8 km. Les facteurs sociaux et culturels ont joué les rôles les plus significatifs. **(Jafarey al, 1993)**
- Une enquête récente sur les décès maternels en Afrique du Sud a rapporté un taux de 18% de morts évitables, dues à des problèmes de transport, et 57% à des problèmes internes aux services, relatifs à la gestion des urgences (National Commit tee on Confidential Maternal death 2000). Des résultats similaires ont été rapportés au Ghana. **(Walravens et al. 2000).**

70 à 90 % des décès maternels enregistrés dans les formations hospitalières proviennent des patientes évacuées des formations sanitaires périphériques. Situation de l'HOMEL 8500 admissions dont 35 % d'évacuées ; décès maternels X 5 ; décès néonataux X 6 chez les évacuées. **(R. X. Perrin, D. G. Komongui et Coll., 2012).**

C'est-à-dire que parmi les admis il y a eu 2 975 cas évacués dont 149 décès maternels et 179 décès néonataux, soit 11% des décès sur le total des évacués.

En 2015, au moins 400 millions de personnes dans le monde n'avaient pas accès aux soins de santé [1]. Dans de nombreux pays d'Afrique, les taux d'utilisation des services de santé atteignent rarement 0,5 contact par personne et par an [2]. Il y a plusieurs facteurs qui influencent l'accès aux soins et services de santé : les lieux où ceux-ci sont disponibles, les niveaux organisationnel et fonctionnel de la structure sanitaire, la gamme de services offerte, la capacité qu'ont les ménages à se déplacer vers les services, les problèmes de santé des utilisateurs des services, les besoins sanitaires de la population, la culture et bien d'autres [3].

Toutefois, les coûts élevés des soins, l'insuffisance des moyens de transport des malades, la longue distance, la prescription des ordonnances médicales suite à la faible disponibilité des médicaments essentiels dans les hôpitaux, la résignation, la discrimination, le recours aux guérisseurs traditionnels, le problème d'hébergement et l'ignorance sont comptés parmi les obstacles qui justifient les perceptions négatives de la

population par rapport à la référence et contre référence [12]. Dans la majorité des systèmes de santé africains, les États ont réduit leur contribution au financement des services de santé, si bien qu'aujourd'hui les patients doivent financer de leur poche la plus grosse part du coût des soins. Un énorme problème. (MUHINDO VUTEGHA Jérémie, 2017)

En République Démocratique du Congo (RDC), selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS 2013-14), 15% de la population ont accès aux soins de santé en ambulatoire, sans des véritables différences entre les milieux de résidence. Le taux de fréquentation hospitalière était estimé à 8%. Cette faible utilisation des services de santé a comme conséquence le taux élevé de la mortalité maternelle et de la mortalité observée chez les enfants de moins de cinq ans. On estime à 1 sur 10 le nombre d'enfants qui meurent avant d'atteindre l'âge de cinq ans. La mortalité maternelle représente 35% de tous les décès de femmes de quinze à quarante neuf ans [14].

Le taux de référence aboutie est d'avantage en decrescendo dans lesdites Zones de santé soit 5% (2015) et celui de Citenge à 4% (2015) ; contrairement aux normes sanitaires qui stipulent qu'au moins 85 % des patients référés doivent atteindre la structure de référence et y consommer les soins. Sans ignorer que la référence aboutie constitue le but précis de la référence réalisée par les formations sanitaires de premier échelon. Comme on peut le constater, le Plan d'Action Opérationnel 2015 de la Zone de santé de TSHILENGE renseigne par ailleurs, que la de référence aboutie présente un faible taux. En plus, la zone de santé dénote un faible taux de malades référés dans le temps. Ce qui semble démontrer le non-respect d'ordinogramme avec comme cause la séquestration des malades dans les formations sanitaires ou bien d'autres causes à rechercher ». De plus, les pathologies qui sont à la base de ces décès sont celles diagnostiquées dans des formations sanitaires. D'après le PAO de Tshitenge (2015), le nombre des décès relevé dans la communauté est 10 fois plus élevé que celui observé dans les formations sanitaires.

La référence constitue un véritable problème dans les structures sanitaires de différentes zones de santé, que les prestations des services et soins de santé soient subventionnées ou pas, les statistiques à notre possession démontrent des faibles taux de référence dans les ZSR de Miabi en moyenne (6ans) 3.9%; ZSR de KASASA 2.62% ZSR

de BIBANGA 2.4 % et ZSR. TSHILENGE 4 % sur l'objectif de 15% pour PNDS et 10% PAPOMD (PBF). (DPS K. Or.2015 et PAO 2015).

Les zones ci-haut citées, ont signé un contrat dans le cadre d'achat de performance ou des prestations, tels que les soins curatifs, accouchement, référence aboutie et contre référence des patients pris en charge, la structure bénéficie des avantages pécuniaires de la part des services contractuels ou d'achat de performance mais concrètement on note une contreperformance.

(MUHINDO VUTEGHA Jérémie, 2017)

### **Questions de la recherche**

Pour mener à bien cette étude, une question mérite d'être posée à savoir :

Quelles sont les facteurs limitant la référence aboutie des patients au sein de ZSR de TSHILENGE et CITENGE ?

### **B.OBJECTIFS**

- **Objectif global**

- Le but de cette étude est de déterminer les facteurs limitant la référence aboutie dans la province de K. or en général et dans les formations sanitaires des ZSR de FBP en particulier afin d'en relever les niveaux de référence de patients et leur aboutissement.

- **Objectifs spécifiques**

- ✓ Identifier les facteurs limitant la référence aboutie chez les prestataires que chez les patients. ;
- ✓ Analyser les liens existant entre les facteurs environnementaux, démographiques,

Socioculturelle, socio-économique, sanitaire et organisationnelle et la référence aboutie.

### **C. JUSTIFICATION/INTERET DU SUJET**

Le rapport de l'OMS de 2003, souligne que de nombreux facteurs, qui ne dépendent pas directement du système de santé, tels que la pauvreté, les conflits armés, l'instabilité

institutionnelle et les lacunes de l'infrastructure, sont à l'origine de faible utilisation des services de santé.

En 2012, l'OMS, ajoute et publie encore un article qui examine certains des principaux obstacles rencontrés par les différents groupes sociaux pour accéder aux services de santé dans les pays arabes. Ces obstacles peuvent être d'ordre social, culturel, administratif, organisationnel ou financier et avoir un impact sur la population en fonction du sexe et de l'ethnie à des degrés divers. Les gouvernements sont instamment priés de s'attaquer aux inégalités en santé engendrées par ces obstacles et de promouvoir l'équité, la solidarité et la justice au moyen de politiques sociales qui renforcent le développement social et national. Le bon fonctionnement de tout système de santé hiérarchisé repose donc sur l'existence effective d'un système de référence et contre référence, c'est-à-dire sur l'organisation préétablie du renvoi d'un patient vers un niveau supérieur, si nécessaire. **(Jean-Luc R., 2001)**

Le système de référence est un ensemble de dispositions prises pour permettre d'adresser un malade d'un échelon inférieur à un échelon supérieur ayant plus de compétence pour lui assurer une meilleure prise en charge.

L'organisation de la référence des patients contribue à faire chuter les taux de mortalité parmi les malades consultant pour complications obstétricales de 20 % à 10 % en 5 ans. Le système de référence et contre référence est particulièrement important pour les soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Il facilite l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence [12] et contribue ainsi à réduire le nombre des décès évitables dans cette catégorie de population et dont les principales causes sont évitables [10], [11]. **(MUHINDO VUTEGHA Jérémie, 2017)**

L'organisation du système de référence et contre référence, la disponibilité de soins de qualité seules n'impliquent pas l'accès et la consommation de soins et services de référence et contre référence mais, l'implication de la communauté et la compréhension des conséquences négatives à la santé dans l'analyse des problèmes ainsi que la prise de décision sur l'utilisation de soins disponibles est capital. **(Jean-Luc R., 2001)**

Mener une telle étude contribuerait pas seulement, à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins (problème médical et de santé publique) et/ou réduction de nombre de décès mais aussi orienter les décideurs à adopter des stratégies pouvant permettre de combattre certains facteurs environnementaux et démographiques, socioculturels, socio-

économiques, sanitaires et organisationnels limitant la référence aboutie au sein des Zones de santé en FBP de façon particulière et d'autres Zones de santé de manière générale.

Donc, concernant la province du Kasai oriental en général et la Zone de santé rurale de Tshilenge en particulier leurs taux de références évoqués ci-haut sont en dessous des normes sanitaires ou objectives. Voilà, ce qui a provoqué en nous le souci du choix de l'étude sur les facteurs limitant la référence et contre référence dans les Zones de santé en PBF en l'occurrence ZSR de TSHILENGE (PAP-OMD/PBF) qui sera comparée à CITENGE ZSR appuyée partiellement. Néanmoins, toutes les deux bénéficient de l'encadrement et accompagnement de la DPS Kasai Oriental.

#### D. DEFINITION DES CONCEPTS :

- ✚ **Facteur**, Selon le dictionnaire « Le robert quotidien » : Chacun des éléments constitutifs d'un produit ou contribuant à un résultat (paramètre).
- ✚ **Facteur limitant** est le facteur qui va conditionner la vitesse ou l'amplitude d'un phénomène plurifactoriel à un moment précis.
- ✚ **Limitant** : du verbe limiter, qui veut dire servir de ligne de démarcation à, constituer la limite de ou encore renfermer dans des limites, restreindre en assignant des limites (Borner, délimiter). (**Robert Quotidien, 1996**).
- ✚ **Référence** : Mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée.
- ✚ **Contre référence** : Démarche inverse pour assurer la suite de la prise en charge et le suivi post-hospitalier.
- ✚ **Evacuation** : Référence réalisée dans un contexte d'urgence.
- ✚ **Système de référence** : Ensemble de dispositions prises pour permettre d'adresser un malade d'un échelon inférieur à un échelon supérieur ayant plus de compétence pour lui assurer une meilleure prise en charge.
- ✚ **La référence et contre référence** sont un système permettant une prise en charge médicale continue des patients d'un niveau de soins à un autre, pour contribuer à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins.

- ✚ **Retro information:** Réponse de la structure de référence à la formation sanitaire qui lui a adressé le patient(e).
- ✚ **Un système de santé :** Selon l’OMS, est un ensemble d’éléments interdépendant qui interagissent en utilisant les ressources pour assurer un cycle d’activités aboutissant à des résultats spécifiques qu’aucun des éléments pris isolément ne peut produire.
- ✚ **Soins de santé :** Les soins de santé sont l’ensemble de soins en matière de santé, quels qu’ils soient. Les soins de santé constituent l’ensemble de mesure ou des actions qui permettent de maintenir, restaurer l’état de santé.
- ✚ **Dépenses de santé :** Est toute dépense finançant des activités dont le but principal est le rétablissement, le maintien et l’amélioration de la santé dans un pays au cours d’une période définie.
- ✚ **la santé :** est conçue comme la capacité d'un individu ou d'un groupe à réaliser ses aspirations, à changer ou à s'adapter à son environnement; comme ressource pour la vie quotidienne, avec un accent porté sur les compétences sociales et personnelles aussi bien que physiques.
- ✚ **Selon l’OMS (1975) :** La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas uniquement en une absence de maladie ou d’infirmité.
- ✚ **La communauté :** Elle est conçue comme entité sociale, interdépendante dans au moins un contexte (géographique ou culturel par exemple) et consciente de cette interdépendance.
- ✚ **Financement :** Selon le dictionnaire Robert quotidien le financement est l’ensemble des méthodes et moyens de règlement mis en œuvres pour la réalisation d’un projet où l’affectation de ressources à une entreprise, à un service public. (**Michel G. et Coll. 1996**). Et selon l’élaboration et Gestion du projet : Par financement on entend la façon dont les ressources financières sont générées, affectées et utilisées dans le projet.
- ✚ **Performance :** D’après le cours de management et organisation comportemental; la performance d’un individu ou d’un système de santé est la quantité du travail de qualité qu’il peut produire, elle dépend de la compétence, de la motivation et de la disponibilité des ressources. (**Banza lubaba nkulu C., 2014**). Selon le dictionnaire quotidien c’est le résultat chiffré obtenu dans une compétition ou excellent résultat obtenu lors d’une épreuve. (**Michel G. et Coll. 1996**).



- ✚ **Prestataire de services** : Personne qui est soumise à la prestation, qui fournit un service ou Personne, entreprise qui fournit des services contre paiement. (**Michel G. et Coll. 1996**).
- ✚ **L'Agent de Financement** : est toute institution ou entité qui canalise les fonds fournis par un bailleur et qui les utilise pour payer ou acheter les activités déterminées par le bailleur et émergeant du PAO. Il sert d'intermédiaire entre le bailleur de fonds et le service bénéficiaire.
- ✚ **Abouti** : Qui est terminé, qui frôle la perfection.

## **E. PRESENTATION DU LIEU DE L'ETUDE**

L'étude s'est réalisée en milieu naturel dans le territoire de TSHILENGE précisément dans la zone de santé Rurale de TSHILENGE et au territoire de KATANDA : zone de santé de CITENGE

La ZS de santé de Tshilenge compte 49 structures de soins primaires dont : 21 Centres de santé intégrés et 28 privés logés dans des infrastructures non viables. Les structures mères ou leaders sont 21 dont une par aire de santé de ces dernières, la grande majorité appartient à l'Etat (80%) tandis que 20% relèvent du secteur privé non lucratif et d'institution confessionnelle. Par ailleurs, l'état de l'infrastructure existant est vétuste, 38% seulement des bâtiments sont en dur.

Il convient enfin de signaler que 4 CS restent locataires dans des bâtiments de particuliers. Cette situation entrave le processus d'amélioration de qualité qui nécessite la permanence des services. Il s'agit de Mukumba, Cienda, Cibumba et BenaKabongo. Nous notons en outre, 6 structures seulement sur 21 disposent d'une source d'approvisionnement en eau courante. BCZ, (PAO2015).

Notre étude est menée dans la Division Provinciale Sanitaire du Kasai Oriental précisément dans les ZSR de Tshilenge et Citenge toutes voisines, bien que différentes en appuis.

### 3.2.1. Données géographiques et démographiques/ZSR Tshilenge et Citenge

**Tableau 1**

|  | ZSR DE Tshilenge | ZSR DE Citenge |
|--|------------------|----------------|
|--|------------------|----------------|

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Superficie</b>                          | superficie de 1500 km <sup>2</sup>                      | 875 km <sup>2</sup>   |
| <b>Limites de la ZS : à l'Est</b>          | La rivière Tshilemba et Zone de Santé de Bibanga        | la rivière Lubilanji et la Zone de santé de Bibanga,                        |
| <b>Au Nord</b>                             | la Zone de Santé de Citenge                             | la rivière Mbuji-Mayi et la Zone de santé de Mukumbi                        |
| <b>Au Sud</b>                              | la Zone de Santé de KASANSA                             | par la Zone de Santé de Tshilenge   |
| <b>à l'Ouest</b>                           | la rivière Mbuji-Mayi et la Zone de santé de Tshishimbi | par la rivière Mbuji-Mayi qui la sépare avec les ZS de Bonzola et Lukelenge |
| <b>Territoires Administratifs</b>          | Tshilenge   | Katanda   |
| <b>Populations totales des ZSR en 2015</b> | 301 620 h   | 234 721 h   |
| <b>Densité de la population</b>            | 201 habitants par Km <sup>2</sup>                       | 227 Hab. / km <sup>2</sup>  |
| <b>AIRE DE SANTE</b>                       | 21  | 18  |

Voies d'accès par route :

#### 1. TSHILENGE

Distance : 30 Km Etat : ± bon

Climat : Tropical humide avec deux saisons :

Saison de pluie : du 15 Août au 15 mai

Saison sèche : du 15 mai au 15 Août

Relief et Végétation :

- Relief dominant : plateau
- Nature du sol dominant : Sablonneux
- Végétation dominante : Savane herbeuse

Hydrographie : Rivière Lubilanji, Kalelu, Mbuji-Mayi.

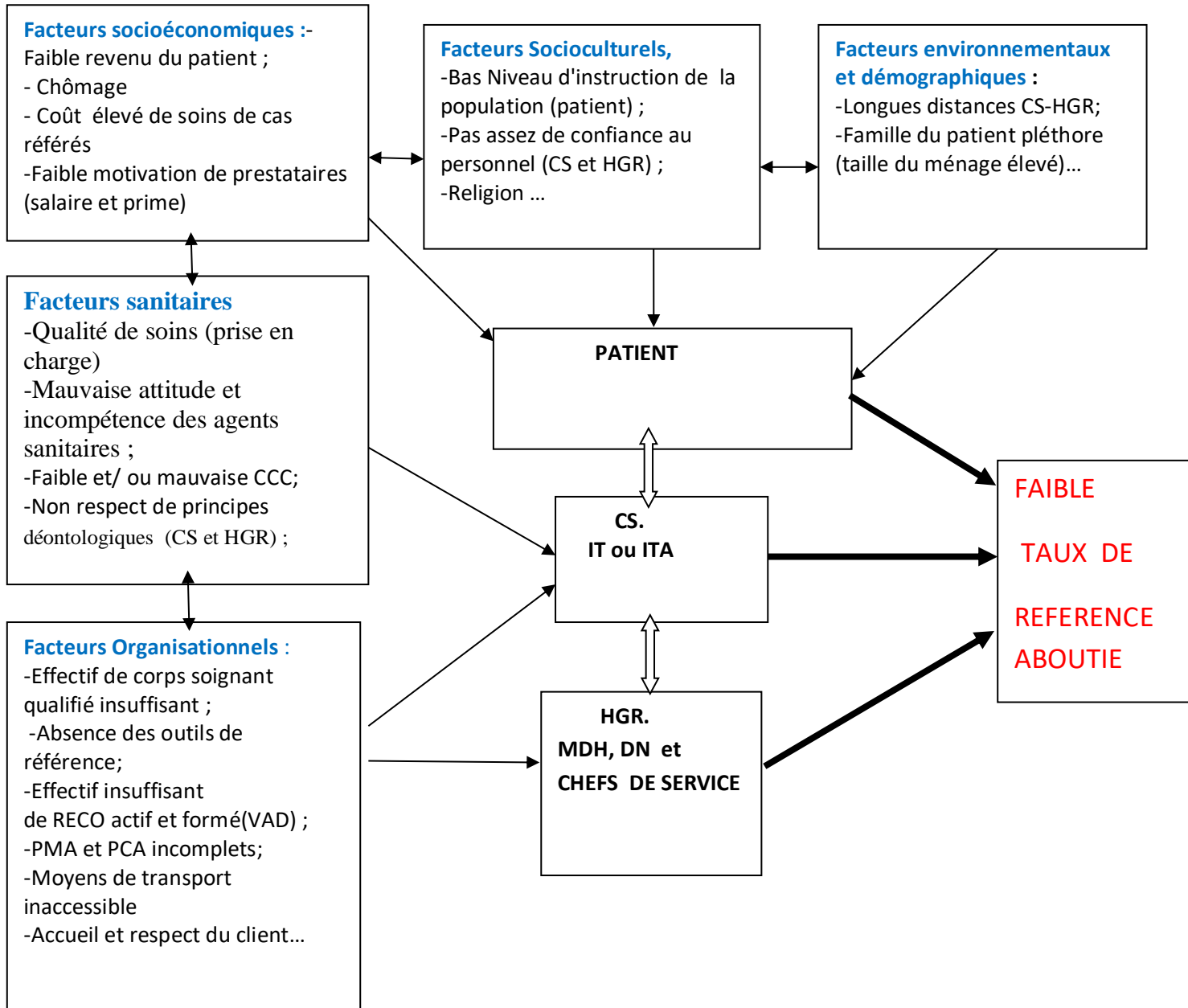
#### F. CADRE DE REFERNCE

Pour expliquer ces phénomènes complexes, nous nous sommes référé au modèle éco systémique qui établit les relations entre différentes variables dans les faibles

taux des références aboutie des patients regroupés en cinq stades interagissant les uns avec les autres et ont des répercussions sur notre variable dépendante point de convergence des facteurs, leurs influences sur les faibles taux cités en tendance régressive.

L'intérêt de ce modèle tient au fait qu'il pourrait servir à analyser les problèmes de la tendance régressive des indicateurs due à quelques barrières au sein de la Zone de santé de TSHILENGE. Le schéma ci-dessous illustre le modèle conceptuel qui découle des théories énumérées ci- haut.

**G.CADRE CONCEPTUEL** : Etude de facteurs explicatifs de faible taux de référence aboutie et contre déférence des patients.



## H. L'HYPOTHESE

Les facteurs socio-économiques, organisationnels, culturels, environnementaux et démographiques ainsi que les facteurs sanitaires limiteraient l'aboutissement de référence aboutie.

$H_0 = H_1$  : Hypothèse Nulle (le lien sur les facteurs limitant ne pas établi)

$H_0 \neq H_1$  : Hypothèse Alternative (le lien sur les facteurs limitant est établi).

## I. METHODOLOGIE

- **Type d'étude**: étude descriptive corrélationnelle à viser analytique ;
- **Lieu d'étude**: zone de santé de tshilenge ;
- **Echantillonnage**: aléatoire simple ;
- **Taille de l'échantillon**: est de 180 sujets.

### Estimation de la taille de l'échantillon

Amuli et Ngoma (2013) indiquent que pour déterminer la taille de l'échantillon d'une étude à groupe unique, il est important de recourir à la formule de Fischer. Ainsi, nous avons retenu cette formule que nous appliquons comme suit :

$$n = \frac{z^2 \times p \times q}{d^2}$$

**n** : taille de l'échantillon (nombre de sujets nécessaires) ;

**Z<sup>2</sup>** : coefficient de confiance pour un degré de confiance estimé à 95% (soit 1,96) ;

**p** : proportion de la population cible ayant une caractéristique donnée (les référés en 2015)

**q** : proportion supposée de la population cible n'ayant pas la caractéristique étudiée (les non référés en 2015)

**d** : La précision désirée. Nous prenons 0,05 ou 5% l'intervalle de confiance de la proportion.

Dans le cadre de cette étude sur la référence et contre référence des patients

**q.** Représente **96%** soit la part de ceux (patients) qui n'ont pas été référés à une structure compétente.

**p = 1- q** Représente **4.0%**. La proportion des personnes ayant été référés à l'hôpital général de référence.

**d** = La précision désirée, sa valeur est de 3% ou 0,03

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,04 \times 0,96}{0,03^2} =$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.04 \times 0,96}{0,0009} = 164 + 16 = 180 \text{ Sujets}$$

## **1. METHODE, TECHNIQUE ET INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNEES**

### **❖ Méthode**

Dans cette recherche nous avons utilisé la méthode d'enquête par questionnaire.

Trois sources ont permis de vérifier les hypothèses ci-haut énumérées, pour l'enquête communautaire :

- ✓ Descente aux centres de santé pour l'enregistrement de noms de tous les patients référés à l'HGR en 2015 ; Mois de Janvier, Juillet et Décembre ;
- ✓ Retour à l'HGR pour la confrontation de noms de patients aboutis pour trois mois ;
- ✓ Descente sur terrain/ménages pour l'entretien direct à l'aide du questionnaire avec les perdus de vue, en vue d'enregistrer les vraies raisons de non aboutissement à l'HGR.

### **❖ Technique de collecte des données**

Pour arriver à bien collecter les données sur terrain au niveau de la communauté qu'au niveau institutionnel, nous avons fait recours à la technique d'interview structurée, face à face en langue locale (Tshiluba) à la communauté et le français au niveau institutionnel (CS et HGR). La langue

locale a été utilisée pendant l'enquête communautaire compte tenu de taux d'analphabétisme élevé dans la communauté de TSHILENGE.

Il sied de signaler que le questionnaire a été fait en Français mais les enquêteurs qui ont interprété en Tshiluba au moment de contact avec les perdus de vue pour ceux qui ne comprennent pas clairement la langue Française.

#### ❖ **Instrument de mesure**

L'instrument qui nous a aidés à collecter les données est le questionnaire. Ce dernier qui a guidé l'entretien et a servi à la collecte et à l'enregistrement des informations nécessaires selon le cadre conceptuel établi ci-haut. Cet instrument a été structuré en quatre parties ou 4 sections pour l'enquête communautaire : la section 1 expose des motifs et l'identité de l'enquêté, la section 2 examine les variables socioculturelles, environnementales et démographiques ; section 3 traite les variables socioéconomiques du répondant et 4<sup>e</sup> section aborde les variables sanitaires en rapport avec la référence. Par contre, pour l'enquête institutionnelle : 1<sup>ère</sup> section présente l'exposé du motif et identité du prestataire, section 2 examine les variables socioculturelles ; démographiques et économiques du prestataire enfin section 3 examine les variables organisationnelles et sanitaires de l'institution dirigée par l'infirmier titulaire. Toutes ces analyses dans le cadre de la référence et contre référence.

Ce questionnaire préétabli contient des questions fermées et ouvertes en rapport avec les facteurs qui expliquent le faible taux de référence et contre référence des patients.

De cette façon, Amuli et Ngoma (2015) montrent que le questionnaire a pour but de collecter les informations relatives sur les situations connues, des attitudes, des croyances, des connaissances, des sentiments et des opinions.

#### ✓ **critères d'inclusion:**

- Personne ayant été référée mais non aboutie;
- Etre résident de la zone de santé;
- Etre présent le jour d'enquête ;
- Accepter de participer bénévolement à l'enquête;

#### ✓ **Critères d'exclusion :** Les non référés et les absents ou non résidents.

❖ **Plan d'analyse des données**

1. Analyses Descriptives
2. Analyses bi variées
3. Analyses Multi variées.

**J. RESULTATS**

En analyse bi variées, nos résultats ont montré qu'il existe des liens entre les Caractéristiques socioculturelles, socio-économiques, socio Environnementales du sujet et organisationnelles des zones de santé. Les résultats sont repris dans le tableau suivant :

| <b>Caractéristiques</b>                | <b>X<sup>2</sup></b> | <b>p</b> | <b>s</b> |
|--|----------------------|----------|----------|
| 1. Bas niveau d'instruction            | 22,12                | 0,000    | S        |
| 2. Type de travail/occupation          | 9,33                 | 0,000    | S        |
| 3. Revenu mensuel                      | 10,00                | 0,000    | S        |
| 4. Avoir reçu un relais communautaire  | 13,8                 | 0,000    | S        |
| 5. Document /Billet de référence du CS | 22,9                 | 0,000    | S        |
| 6. Cout cher de prise en charge        | 17,7                 | 0,000    | S        |
| 7. Longue distance entre CS et HGR     | 7,79                 | 0,005    | S        |

- Résultats des analyses multi variées par régression logistique pas à pas descendante de Wald.
- Tableau de synthèse: Facteurs limitant l'aboutissement de la référence des patients sont :

| <b>Caractéristiques</b>                | <b>Coef. (β)</b> | <b>S.E</b> | <b><u>OR</u><br/><u>ajust é</u></b> | <b><u>IC à 95 %</u><br/><b>Infer Super</b></b> | <b>P</b> | <b>Signifi cation</b> |
|--|------------------|------------|-------------------------------------|--|----------|-----------------------|
| Bas niveau d'instruction des patients. | 1,316            | 0,337      | 3,72                                | 1,92 - 7,21                                    | 0,000    | S                     |



|  |       |       |      |             |       |   |
|--|-------|-------|------|-------------|-------|---|
| Faible réalisation de visite en domicile par les RECO. | 0,896 | 0,251 | 2,45 | 1,49 - 4,01 | 0,000 | S |
| Longue distance entre CS et HGR.                       | 1,072 | 0,339 | 2,92 | 1,50 - 5,67 | 0,002 | S |

Les résultats de ce tableau, montrent qu'en analyse multi variée par la régression logistique (pas à pas descendante), ajustée sur toutes les variables, les caractéristiques ou raisons qui limitent l'aboutissement de la référence dans les communautés de ces deux zones de santé sont :

- ✚ Bas niveau d'instruction de la communauté (OR= 3,72 ; IC95% = 1,92-7,21 ; p = 0,001) ;
- ✚ Faible réalisation de visites à domicile par le relais communautaire (OR= 2,45 ; IC95% = 1,49-4,01 ; p = 0,001) et
- ✚ Longue distance entre CS et HGR (OR= 2,92 ; IC95% = 1,50-5,67 ; p = 0,002).

Au vu des ces résultats, notre hypothèse d'étude a été confirmée

## K. CONCLUSION

- Il ressort de cette étude, que 3 variables présentent des résultats qui sont statistiquement significatifs:
- Bas niveau d'instruction de la communauté (facteurs socio culturels) ; Longue distance entre les CS et HGR (environnementaux) et Faible réalisation de visite à domicile et/ou sensibilisation de la communauté au sujet de système de référence et modalité de paiement des couts.
- (organisationnels). Ces trois facteurs ont joué les rôles les plus significatifs.
- Mais les facteurs économiques ; démographiques et sanitaires sont moins concernés. Donc l'hypothèse est confirmée.

### ❖ **RECOMMANDATIONS**

- Partant de nos résultats nous proposons les solutions ci-après :

#### ❖ **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE/IPS, DPS**

- Doter les hôpitaux en ambulance et fonds de fonctionnement de ces engins ;
- Rendre disponible les moyens de transport adapté dans tous les centres de santé leaders.  
(Brancard roulant attaché au vélo).

#### ❖ **PARTENAIRE PAPOMD (Union européenne)**

- Subventionner le transport de cas référé comme vous subventionnez d'autres actes hospitaliers et soins aux centres de santé.

#### ❖ **BUREAU CENTRAL DE LA ZONE DE SANTE**

- Assurer la coordination et l'évaluation du système de référence et contre référence sur l'étendue de la Zone de santé ;
- Redynamiser les organes communautaires dans toutes les Aires de santé selon les normes;
- Vulgariser et afficher la tarification hospitalière dans tous les centres de santé et à la communauté;
- Faire le suivi de l'application normale de tarification affichée à HGR de Tshilenge ;
- Former et recycler les relais communautaires de toutes les aires de santé de la zone de santé.

#### ❖ **HOPITAL GENRAL DE REFERENCE**

- Respecter la tarification hospitalière affichée;
- Faire la retro information en temps de tous cas de référence aboutie ;
- Humaniser les services médicaux en réservant l'accueil chaleureux aux patients et leurs familles.

#### ❖ **CENTRES DE SANTE (Infirmiers titulaires)**

- Impliquer la communauté dans toutes les activités sanitaires du centre de santé (Aire de santé) ;

-Promouvoir des visites à domiciles, éducation pour la santé et la promotion de santé dans la communauté dans le cadre de la référence aboutie et appui des partenaires.

- Informer le MCZ et MDH à tout cas de référence et assurer le suivi du patient après son passage à l'hôpital (contre- référence).
- Informer toutefois les patients référés sur la tarification hospitalière et importance de la référence et contre-référence ;
- Faire le suivi régulier du travail et rapports des relais communautaires et au niveau des CAC;
- Faire accompagner de quelqu'un le patient référé à l'hôpital général de référence.

#### ❖ **RELAIS COMMUNAUTAIRES**

- - S'impliquer dans toutes les activités sanitaires de l'Aire de santé ;
- - Visiter et sensibiliser la communauté sur l'importance de la référence et contre référence et du rôle de l'hôpital ;
- -Communiquer et sensibiliser la communauté sur la tarification hospitalière et modalité de paie;
- - Programmer et assurer régulièrement la promotion de la santé surtout dans le cadre de la référence et contre référence

#### ❖ **D'AUTRES CHERCHEURS**

- -Mener des études sur la référence et contre-référence communautaire car nous, nous avons mené l'étude dans le cadre de la référence institutionnelle des patients non aboutis, par l'enquête communautaire et institutionnelle dans les Zones de santé en financement basé sur la performance en RDC/ Kasai oriental.

Article scientifique 1

Réflexion publiée par



KINSHASA-RDC

Août 2022.

[www.cerprogis.net](http://www.cerprogis.net)