

**MINISTERE DE L'ENSEINGEMENT SUPERIEUR ET
UNIVERSITAIRE**

**ECOLE REGIONALE DE SANTE PUBLIQUE DE
BUKAVU**

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE BUKAVU



**DETERMINANTS DE LA QUALITE DES SOINS DANS
LES HOPITAUX GENERAUX DE REFERENCE DE
WALUNGU ET KATANA AU SUD-KIVU : ETUDE
TRANSVERSALE**

**Travail réalisé pour l'obtention d'un master en Santé
communautaire par Dr MATABARO SAFI BIJOUX**

**Dirigé par le Professeur BISIMWA BALALUKA GHISLAIN
Appuyé par RIPSEC**

Décembre 2017

Table des matières

DEDICACE.....	4
REMERCIEMENTS	5
LISTE DES ABREVIATIONS	6
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	8
Abstract	9
Chapitre 0. INTRODUCTION	10
0.1. Objectif général	13
0.2. Objectifs spécifiques.....	13
0.3. Hypothèses.....	13
0.4. Cadre conceptuel et opérationnel	14
Chapitre I. GENERALITES.....	15
I.1. Revue de la littérature	15
I.1.1. Définition de concepts clés.....	15
La qualité des soins.....	15
I.1.2. Synthèse de la revue de la littérature	17
Chapitre II : MATERIEL ET METHODES	23
2.1. Présentation du milieu et période d'étude	23
2.2. Type d'étude:.....	25
2.3. Taille de l'échantillon.....	25
2.4. Population d'étude.....	25
2.5. Technique de collecte de données	25
2.6. Les variables	26
2.9. Considérations éthiques et administratives.....	28
Chapitre 3 : RESULTATS	30
3.1 Caractéristiques des enquêtés	30
3.3. Accessibilité géographique.....	32

3.4. Qualité d'accueil.....	34
3.5. Cout des soins.....	36
3.6 .Analyse des indicateurs de performance	37
Chapitre 0.4. DISCUSSION.....	39
Chapitre 0.5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	47
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	53

DEDICACE

A mon très cher époux ADOLPHE NKINGI,

A mes enfants bien aimés GRADY BAHOYA, JONATHAN BAHOYA et GABRIEL BAHOYA,

A mes chers parents MATABARO JEAN BOSCO et RWAMUGABO DENISE,

A mes frères et sœurs,

Je dédie ce travail

REMERCIEMENTS

A travers ce travail, je saisis l'occasion pour remercier ceux qui me sont chers. J'exprime ma gratitude envers le Seigneur Dieu Tout-Puissant pour sa fidélité et sa grâce éternelle dont je bénéficie quotidiennement.

Je remercie le Professeur BISIMWA BALALUKA GHISLAIN, promoteur de ce travail, pour la disponibilité, l'attention, les remarques et l'encadrement lors de l'élaboration de ce travail.

Je remercie le Docteur MASIMANGO IMANI, pour la disponibilité, l'encadrement et l'assistance dont il a manifesté à mon égard au cours de ce travail.

Je remercie RIPSEC pour le financement de ce travail.

Je remercie l'Ecole Régionale de Santé Publique de l'Université Catholique de Bukavu pour la disponibilité et l'encadrement dont nous avons pu bénéficier durant notre apprentissage, ainsi que toutes les personnes qui au cours de leurs vies, avec patience et amour ont contribué à forger la personne que je suis.

Je remercie tous ceux qui m'ont assisté, soutenu, et ont collaboré de près ou de loin dans l'élaboration du présent travail.

LISTE DES ABREVIATIONS

AQIS : association pour la qualité internet santé

ASBL : association sans but lucratif

BDOM: bureau diocésain des œuvres médicales

CH : centre hospitalier

CODIR : conseil de direction

CS : centre de santé

CTB : Coopération technique belge

CPN : consultations prénatales

DN : directeur de nursing

DTC-HepB-Hib : vaccin hexavalent diphtérique, tétanique, coquelucheux, de l'hépatite B, poliomyélitique et de l'*Haemophilus influenzae* type b

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECZ : équipe cadre de la zone de santé

EDS II : deuxième enquête démographique et de santé

EIQ: espace interquartile

FNUAP : fonds des nations unies pour la population

FOSA: formation sanitaire

HBS: hepatitis B surface antibody test

HCV: hepatitis C virus test

HCDH: haut commissariat des nations unies aux droits de l'homme

HGR: hôpital général de référence

IRA : infections respiratoires aiguës

IST : infection sexuellement transmissible

MDH : médecin des hôpitaux

MSF : médecins sans frontières

OCDE : organisation de coopération et de développement économique

OMS: organisation mondiale de la santé

ONG: organisation non gouvernementale

ONU : organisation des nations unies

ORL : otorhinolaryngologie

PCA : paquet complémentaire d'activités

PMA : paquet minimum d'activités

PNUD : programme des nations unies pour le développement

PVD: pays en voie de développement

RDC: république démocratique du Congo

RECO : relais communautaire

SNIS : système national d'information sanitaire

TPI : traitement préventif intermittent

USA: united States of America

VAR: Vaccin anti rougeoleux

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

ZS : zone de santé

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés par HGR

Tableau 2 : Moyens d'arrivée à l'HGR

Tableau 3 : Moyen de transport et temps estimé fait entre domicile et HGR

Tableau 4 : Opinion sur l'accueil à l'hôpital, temps d'attente à l'HGR et comportement du personnel

Tableau 5 : Temps passé pour attendre les résultats au labo, Rythme de traitement hospitalisation et recours au même hôpital si on tombe malade par HGR.

Tableau 6 : Opinion sur l'organisation de la structure

Tableau 7 : Climat d'attente en salle d'attente et en salle d'hospitalisation

Tableau 8 : Score globale de bonne qualité d'accueil dans les deux hôpitaux

Tableau 09 : Prise en charge de soins, paiement de la facture, jugement de prix des soins et paiement des soins par les patients par HGR.

Tableau 10 : synthèse de l'Analyse des indicateurs de performance pour l'année 2016

Figure 1 : Raisons de faire recours à la même formation sanitaire

Figure 2 : Raisons de ne plus faire recours à la même formation sanitaire

Figure 3 : Pathologies motivant la consultation au cours de trois mois de récolte

Figure 4 : Raisons de mauvaise organisation

Abstract

Contexte

En RDC, comme un peu presque dans tous les pays en développement, malgré les efforts fournis pour l'implantation des Soins de Santé Primaires au cours de 30 dernières années, l'accessibilité et l'utilisation des services par la population demeurent très faible pour l'ensemble d'interventions du Paquet Minimum d'Activité.

Objectifs : l'objectif Général de ce travail est d'identifier les principaux déterminants de la qualité de santé dans les Hôpitaux Généraux de Référence de Katana et de Walungu afin d'initier des pistes de solution permettant d'accroître leur utilisation par les ménages.

Méthodologie : il s'agit d'une étude par observation transversale à forme comparative. Elle a concerné 500 malades de l'HGR de Katana et 410 de l'HGR de Walungu pendant une durée de trois mois pour la partie qualitative et une année pour la partie quantitative. Tous les malades ayant consulté pendant cette période de l'étude ont été inclus dans l'étude. Nous nous sommes servis des tests d'hypothèses pour comparer deux échantillons indépendants selon les différents paramètres statistiques et variables d'étude, (t de student, chi carré X2 d'indépendance à Intervalle de Confiance de 95%).

Résultats : certains déterminants ont été identifiés tels que :

-L'organisation est meilleur et acceptable à Katana qu'à Walungu ($p < 0,05$). Les principales raisons de la mauvaise organisation à Walungu sont le manque de collaboration, l'oubli dans l'administration du traitement, le manque d'intrant et ; le mauvais accueil des patients à Katana qu'à Walungu ($p < 0,05$)

-Temps d'attente, les patients de Walungu passent plus de temps pour recevoir les résultats de laboratoire qu'à Katana, le rythme de traitement se fait très souvent à l'heure à Walungu qu'à Katana.

-Le coût des soins est jugé très cher à Katana qu'à Walungu ($p < 0,05$).

-En rapport avec les indicateurs de performance l'hôpital de Katana est plus performant que celui de Walungu ($p < 0,05$).

Conclusion : Au vu des nos résultats, nous concluons que la qualité des soins offerts chez les patients est plus ou moins meilleurs à l'HGR Katana qu'a Walungu.

Mot clé : Qualité soins – Offre des soins –hôpital général de Référence – Walungu - Katana

Chapitre 0. INTRODUCTION

La santé est un droit fondamental reconnu en tant que tel par la déclaration universelle des droits de l'homme et la charte africaine des droits de l'homme et des citoyens. Les institutions de soins (établissements) de santé fournissent les soins de manière à satisfaire la demande de sa clientèle (les démarches d'amélioration continue de la qualité vont dans ce sens), sans se préoccuper des besoins environnants. L'OMS stipule que, pour être performant, « les établissements hospitaliers doivent garantir que chaque patient reçoit la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui assure un meilleur résultat en terme de santé et ceci, conformément à l'état actuel des connaissances médicales, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure de résultats et de contacts humains » (1)

Cependant, les inégalités d'accès aux soins sont alarmantes. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 100 millions de personnes par an sombrent dans la pauvreté à cause du coût de leurs frais médicaux. Pour 150 millions d'autres, les dépenses médicales représentent près de la moitié de leur revenu. Beaucoup de pays ne connaissent pas de système de protection sociale, d'assurance maladie abordable ou services de santé publics(2)

Dans les pays à haut revenu, la quasi-totalité des femmes bénéficient d'au moins 4 consultations anténatales, de l'assistance d'un agent de santé qualifié lors de l'accouchement et de soins post-partum contre 2/3 aux PVD. Les principales causes sont la pauvreté, la distance, le manque d'informations, l'inadéquation des services, les pratiques culturelles et les mauvais accueils pendant son séjour aux hôpitaux (3).

En France, plus de 90% des patients estiment que la qualité des soins de santé dans l'Hexagone est « très bonne » ou « plutôt bonne », selon une étude publiée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé. Ce résultat positionne la France à la 4^e place des 27 pays de l'Union Européenne (4).

Selon l'Association pour la Qualité de l'Internet Santé (AQIS), pour juger de la qualité technique des soins prodigués à l'hôpital, en clinique ou dans un cabinet médical, il faut tenir compte de l'efficacité d'un traitement, la qualité de l'accueil, le dialogue, la disponibilité du personnel(5).

Au Cameroun, la fréquentation des femmes à la CPN arrive à 83%, et ce devant des consultants bien qualifiés. Malheureusement, au moment de l'accouchement et en post partum, il s'observe une diminution à peu près de 25,6% femmes ; elles évoquent l'absence d'un personnel qualifié. (6).

En RDC, comme un peu presque dans tous les pays en développement, malgré les efforts fournis pour l'implantation des Soins de Santé Primaires au cours de 30 dernières années, l'accessibilité et l'utilisation des services par la population demeurent très faible pour l'ensemble d'interventions du Paquet Minimum dans l'aire de santé(7)

Depuis son indépendance en 1960, la situation sanitaire du pays a connu des variations qui ne semblent pas, dans l'ensemble, avoir donné une « santé pour tous» telle que prôné par la déclaration de Alma Alta à laquelle la RDC avait souscrit(8).

En effet, le taux d'accès aux soins de santé oscille entre 40 et 50%, d'après une enquête démographique et de santé menée par l'Organisation mondiale de la santé en 2007 et actualisée en 2009. En clair, plus de 30 millions des Congolais n'accèdent pas à des soins de santé de qualité. A côté de ces chiffres, il faut ajouter le délabrement des infrastructures sanitaires, construites pour la plupart à l'époque coloniale et peu après l'accession de la RDC à l'indépendance(9).

Par ailleurs, la dégradation catastrophique du réseau des pistes rurales, aggravée par les guerres et par un gel durable des aménagements publics (jusqu'en 2011 inclus), s'avère être l'obstacle majeur dans l'organisation des services de soins (dissuasif pour le personnel qualifié, obstacle à l'approvisionnement en médicaments, frein au référencement de la population). Cet enclavement est aussi le principal facteur de pauvreté rurale massive, en rendant aléatoire l'écoulement des produits agricoles. Ainsi, la possibilité de générer un revenu monétaire décent pour les paysans est bloquée pourtant l'accès aux soins, même dans les structures publiques, nécessite une contribution financière(10).

En plus, les conditions sanitaires ne cessent de se dégrader. Le système hospitalier public ne répond plus aux besoins d'une population trop démunie pour s'offrir des soins médicaux ou acheter des médicaments. Cette situation générale de délabrement est tempérée par la présence d'établissements de soins dépendant des confessions religieuses, des ASBL ou ONG (organisations non gouvernementales)(8)

Selon les plans de développement sanitaire des zones de santé de Katana et de Walungu 2016-2020, il est stipulé que malgré les efforts d'intégration des paquets complémentaires dans les structures sanitaires secondaires, il persiste encore des problèmes dans la prestation des services et des soins de santé, dans la gestion des ressources humaines, financières et matérielles. En effet, il est noté une faible fréquentation de la CPN4, une déperdition des patients lors de leur transfert vers les hôpitaux, une carence dans les services spécialisés, une démotivation des agents par non paiement de la prime de risque, le nombre élevé des agents candidats à la retraite, l'insuffisance des intrants, un vétusté des infrastructures, une absence des subvention de l'Etat, etc(11,12).

Toujours dans les ZS de Katana, Walungu et la ville de Bukavu au Sud-Kivu, Louvain Coopération a développé une approche intégrée de la gestion dans la santé en impliquant directement les communautés locales, les centres de santé et les hôpitaux. L'objectif étant de garantir un accès aux soins de santé de qualité à 544 222 personnes dont 155 571 enfants de moins de 5 ans dans les zones de santé(13).

Pour pallier aux difficultés multiples d'accès aux soins, la participation des relais communautaire en santé telle que prônée par la Déclaration d'Alma Ata(14) pour réduire l'inaccessibilité géographique comporte d'énormes risques, le nombre d'agents qualifiés et motivés pour assurer un suivi régulier et un encadrement des non-professionnels commis à l'offre des soins étant limité. Comme par ailleurs le nombre de médecins et infirmiers est "en forte hausse depuis le début des années 2000 avec une inflation des écoles d'enseignement médical", il serait judicieux d'arrêter la mise en place de sites de soins communautaires. En attendant une évaluation rigoureuse de leur impact, seuls des sites bénéficiant déjà d'un encadrement rigoureux des ECZ pourraient continuer à fonctionner(15).

Au vu de ce qui précède, nous nous demandons :

Quelle est le degré d'appréciation de soins de santé offerts par les hôpitaux généraux de références de Walungu, et Katana aux populations bénéficiaires en rapport avec leur organisation générale , l'accueil, la qualité des soins, la fréquence des maladies (utilisation des service) , l'accessibilité financière (coût de soins) et sur l'améliorations des indicateurs de performances.

0.1. Objectif général

Contribuer au renforcement du système de santé dans les zones rurales. Les principaux déterminants de la qualité des soins santé identifiés dans les Hôpitaux Généraux de Référence de Katana et de Walungu permettront d'initier des pistes de solution permettant d'accroître leur utilisation par les ménages

0.2. Objectifs spécifiques

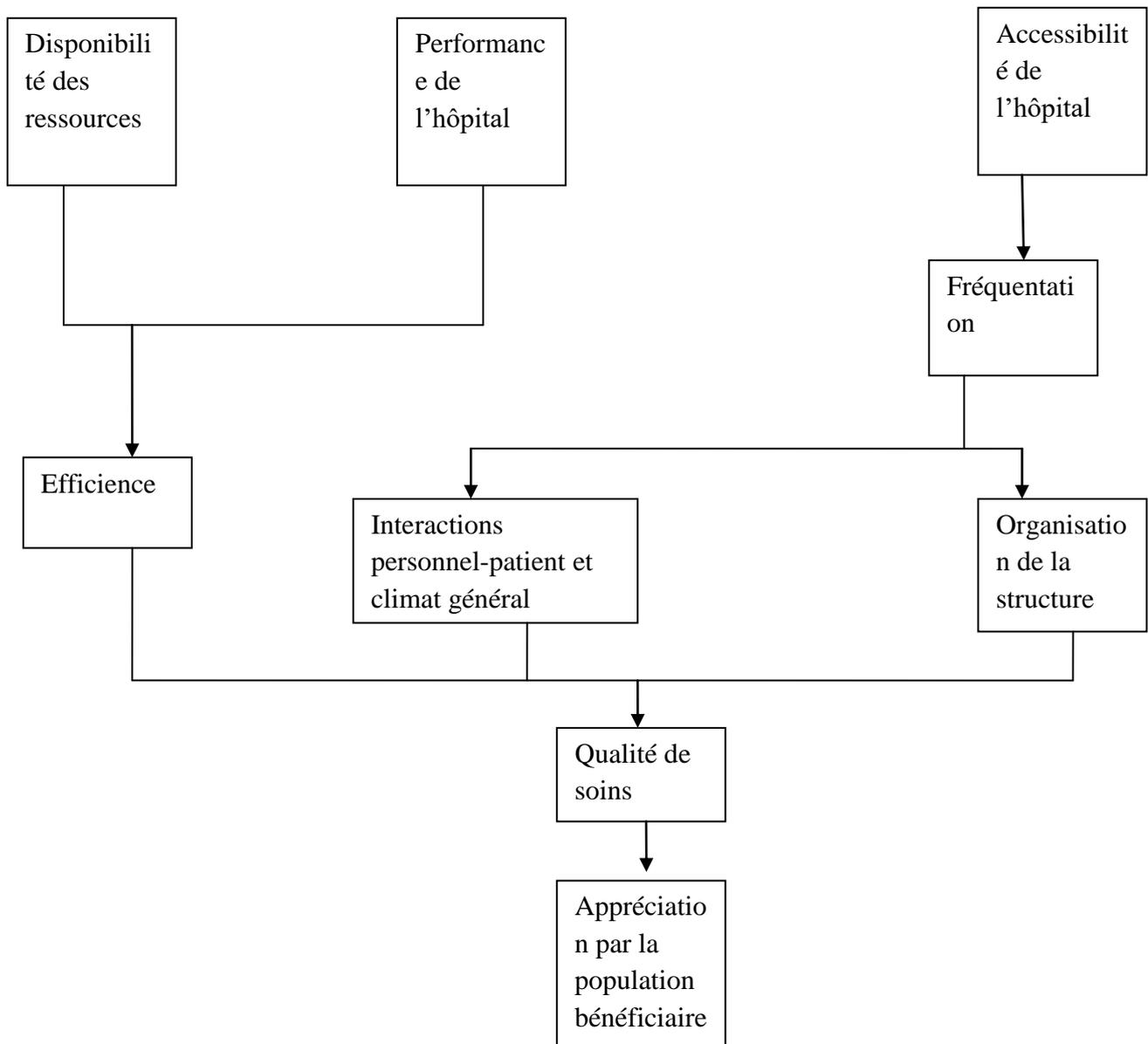
- Comparer le niveau de performance des indicateurs de prestation des services et des soins de santé offerts dans les hôpitaux généraux de Walungu et Katana.
- Analyser les problèmes en rapport avec l'accessibilité aux soins dans les deux hôpitaux généraux.
- Evaluer les problèmes la perception des malades sur la qualité des soins dispensés dans les deux hôpitaux

0.3. Hypothèses

La qualité des soins offerts aux patients dans les hôpitaux et leur utilisation par la communauté sont associée :

- A une bonne organisation générale d'un hôpital ;
- Aux conditions d'accueils et de prise en charge des patients dans les hôpitaux ;
- A la disponibilité des services offerts à l'hôpital ;
- Au cout de soins demandé à l'hôpital ;
- Aux indicateurs de performance et de fonctionnalité atteints.

0.4. Cadre conceptuel et opérationnel



Pour qu'un patient fréquente une structure il faut qu'il estime que les soins sont de qualité. Cette qualité est déterminée par l'organisation de la structure, les interactions entre personnels soignants- patients et l'efficacité. Pour parler d'efficacité, il faut des ressources disponibles et la performance des indicateurs de santé. D'autre part, pour fréquenter une structure de santé, celle-ci doit être accessible géographiquement et financièrement.

Chapitre I. GENERALITES

I.1. Revue de la littérature

I.1.1. Définition de concepts clés

La qualité des soins

La capacité à définir la qualité des soins s'est beaucoup améliorée ces dernières années. Il existe en effet de nombreuses définitions qui permettent de mesurer et de décrire la qualité de manière fructueuse et en termes clairs.

Donabedian, un pionnier des travaux dans ce domaine, parle de qualité à propos de soins qui « maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins »(16).

L'OMS définit la qualité comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins. » (17)

Le concept de qualité des soins comprend les dimensions de pertinence (les soins ou les services sont appropriés aux besoins du patient/client, de la clientèle ou de la population), d'efficacité (les soins ou les services produisent les résultats escomptés pour le patient/client, la clientèle et la population) et d'efficience (l'efficacité maximale est obtenue au moindre coût) (17)

Evaluation

Dans le modèle de Donabedian, l'évaluation de la qualité des soins doit tenir compte des éléments liés à la structure (ressources à la disposition des organisations, conditions de pratique, qualification des professionnels), au processus (tout ce qui touche à la prestation des soins et des services) et aux résultats autant pour le patient/client que pour le prestataire de soins. Cette évaluation doit également prendre en considération l'évolution globale des contextes de soins.(16).

BENREDJEM R. dans son cours de Santé Publique en 2008 définit l'évaluation comme l'estimation de valeur, le fait de porter un jugement sur la valeur d'une chose, sur les résultats d'une action.(18)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'évaluation des systèmes de santé comme un processus qui, spécifique à chaque pays, permet de suivre, d'évaluer, de

communiquer et de réexaminer la réalisation d'objectifs de haut niveau en matière de systèmes de santé, lesquels objectifs s'inscrivent dans des stratégies axées sur ces systèmes.(19)

L'évaluation vise principalement à:

- Fixer les objectifs et les priorités des systèmes de santé;
- Servir d'interface pour l'élaboration des politiques publiques et la coordination des actions au sein même du système de santé;
- Mesurer l'avancement vers la réalisation des objectifs;
- Constituer le fondement de la comparaison avec d'autres systèmes de santé;
- Promouvoir la transparence et la responsabilité vis-à-vis de citoyens et autres parties prenantes légitimes quant à la manière dont les ressources financières sont dépensées.

C'est pourquoi une évaluation doit être :

- Régulière, méthodique et transparente
 - Complète et couvrir équitablement tous les domaines
 - Fondée sur l'analyse et utiliser des sources d'information complémentaires pour évaluer la performance. L'interprétation des indicateurs de performance peut s'appuyer sur l'analyse des politiques (évaluations qualitatives) et sur des points de repère: tendances dans le temps, comparaisons aux niveaux local, régional ou international ou comparaisons avec des normes, des cibles ou des points de référence.
- (19)

Offre de soins : Ensemble de soins et de services qui sont mis à la disposition de la population par les systèmes de santé(18). L'offre des soins stipule les infrastructures, technologie, les médicaments, référencement, activités préventives et curatives.

Hôpital général de référence

Un HGR est une structure de 2^{ème} échelon et obligatoire au sein d'une ZS. Il est situé dans une des aires de santé de la Zone de Santé. Dans cette aire, il doit y avoir un CS. Un hôpital général de référence doit selon les normes avoir une capacité d'accueil de 100 lits pour 100 000 habitants.

L'Hôpital Général de Référence a pour fonction :

- La dispensation des soins de santé de référence sous forme de Paquet Complémentaire d'Activités,
- l'enseignement et le recyclage des professionnels de santé,
- la recherche opérationnelle,

- le contrôle de qualité et l'encadrement des structures de santé de premier échelon (CS). (20)

I.1.2. Synthèse de la revue de la littérature

En général, la qualité des soins peut-être estimée bonne dans une structure, mais les bénéficiaires ou acheteurs de ces soins éprouvent des difficultés d'ordre financière, structurelle, géographique. La vraie évaluation d'un projet ou d'une offre quelconque doit tenir ou se faire sans oublier les bénéficiaires ou consommateurs de ces services.

C'est pour cette raison qu'en France, l'outil Scope santé de la Haute Autorité de Santé met à la disposition des bénéficiaires de soins, une carte interactive qui permet d'identifier les établissements (hôpitaux et cliniques) pour leur évaluation en faveur de l'Etat. (4).

L'offre des soins dans les zones rurales en Afrique se heurte à un problème de conjoncture car la population est pauvre. Dans une étude menée en Côte d'Ivoire en 2010 par Kouadio Akou Aka, il est stipulé que les facteurs qui entravent l'accès des populations rurales aux soins sont la distance, l'état des routes, la rareté des véhicules de transport, la paupérisation de la population et la faiblesse de l'économie locale(21).

Une étude menée en 2011 par MUSHAGALUSA en RDC, a montré que le revenu moyen journalier par habitant était de 0,33\$ et que les dépenses des soins prennent en moyenne 16% des dépenses du ménage(22). Dans une conférence internationale conjointe ONUSIDA, Unicef, Banque Mondiale et OMS tenue à Addis-Abeba du 20 au 22 novembre 2006, on note également que plus de 60 % des ménages africains vivent en dessous du seuil de pauvreté. Cette situation de pauvreté influence le recours aux soins par les ménages(23).

En 2011, Au sud Kivu, une enquête socio-économiques à l'accessibilité aux soins a été organisée par l'ONG MALTESER INTERNATIONAL .Il ressort de cette enquête que les conditions socio-économiques dans lesquelles vivent les populations sont précaires. Le revenu étant moins de 1 dollars par habitant par jours(24).

De même, Miloud Kaddar stipule que depuis l'adoption des politiques de recouvrement des coûts des soins en Afrique Sub-saharienne, le débat sur l'accès des indigents et des groupes vulnérables (enfants, femmes, handicapés) aux soins est récurrent. Ceci évidemment entretenu par un environnement macroéconomique défavorable à la santé et par les résultats

controversés des politiques de paiement des soins par les usagers. (25). Demander à une population démunie de se prendre en charge l'expose déjà à ne pas utiliser les services des soins.

Une étude menée à Kinshasa en 2009 montre que pour le dernier épisode de maladie, les répondants ont recouru à 7 types des soins: le centre de santé (37%), le dispensaire privé (26,5%), l'automédication pharmaceutique (23,9%), le tradi praticien (21%), l'automédication traditionnelle (16,9%), la polyclinique conventionnée (16,7%) et un hôpital de référence (10,4%)(26)

Dans le cadre d'une enquête de population menée par Médecin du Monde France en 2006 au Niger, dans le district de Keita, 45 % des personnes interrogées ont affirmé ne pas avoir accès aux soins par manque de liquidités(27). De même selon une enquête menée en 2004 par MSF au Burundi, plus de 17% de la population ne se rendent pas à une simple consultation, principalement pour des raisons financières (90% de ces malades ne consultent pas par manque d'argent)(28).

Recourir aux soins demande un certain niveau d'instruction et d'information sur les modalités que l'environnement peut offrir en ce qui concerne les soins. C'est ainsi qu'un rapport publié par le National Center for Health Statistics en 2008, soutient que l'éducation d'un responsable adulte (chef de famille) contribue à la fréquence et le type de soins de santé utilisés. Les familles dont le chef avait effectué moins de 12 ans d'enseignement rapportaient de mauvais état de santé, des taux plus élevés de jours d'incapacité et de l'utilisation en milieu hospitalier. Toutefois, dans les familles où l'adulte responsable possédait 16 ans ou plus en éducation, une utilisation accrue des services de soins et la baisse des taux pour les caractéristiques de la santé d'autres ont été signalés (29).

Le comportement du personnel soignant influe grandement sur la perception de la qualité des soins par les patients car ceux-ci n'étant pas suffisamment outillés pour apprécier la qualité des soins sont parfois obligés de se contenter de ce qu'on leur offre.

C'est ainsi que, H. Karemere à travers son étude exploratoire sur les attitudes inadéquates des médecins et infirmiers à l'HGR de Katana et analyse leurs causes à travers des entrevues, stipule que le mauvais accueil révèle essentiellement de la malhonnêteté, de l'incompétence, du mauvais comportement relationnel, du faible rendement, de l'indiscipline et de la

démotivation. Les causes sont multiples dont 75% sont associées au dysfonctionnement organisationnel de l'hôpital de Katana(30)

Aux USA, une étude analytique menée en 2001 sur des focus-groups, par Victor Sower et ses collaborateurs, sur les dimensions de la qualité des services hospitaliers, s'est focalisée sur les besoins, le pouvoir d'achat et les attentes des patients vis-à-vis des hôpitaux a conclu que sur les 663 patients interrogés, la majorité émettait le vœu de voir s'améliorer de plus en plus la qualité des soins leur administrés ainsi que l'ergonomie hospitalière et les attitudes du personnel soignant(31).

Au Benin, FOURN L et son équipe, ont entrepris une enquête de type transversal en 2008 auprès des membres des différents organes installés dans les structures sanitaires, des agents de santé, fournisseurs des soins des centres de santé de deux anciens départements (...).

L'étude sur l'appréciation de la qualité des soins par le personnel des hôpitaux de zone rapporte que le personnel de soins reconnaît qu'il y a sur place dans les hôpitaux un bon plateau technique (64,3%) pour satisfaire les besoins des malades. Mais les moyens et les conditions de travail ne sont nullement améliorés (31 %). Certains agents ont avancé que la qualité des soins ne s'est pas améliorée malgré le renouvellement des équipes dirigeantes et les membres de l'organe de gouvernance (58%). (32).

Le temps d'attente des soins influe grandement sur la perception des patients sur la qualité des soins leur offert. En France, une étude comparative a indiqué que concernant les délais d'attente aux urgences, l'enquête la plus pertinente est celle de la DREES réalisée en 2002. Elle montre que 71 % des patients ont eu un premier contact en moins de 10 minutes ; 38 % ont été examinés par un médecin en moins de 15 minutes et 76 % en moins de 60 minutes. (4) Ces délais peuvent être comparés à ceux de l'Australie où 76 % des patients se présentant aux urgences sont vus en moins de 10 minutes (versus 71 % en France) mais leur état est évalué une première fois dans les 30 minutes en cas d'urgence avérée et dans les 60 minutes en cas de semi-urgence. (33)

Au Royaume-Uni, 61 % des patients venant aux urgences et dont l'état est jugé réellement urgent sont examinés dans les 30 minutes, 65 à 70 % attendent moins de deux heures et environ 20 % plus de quatre heures. Enfin, moins de la moitié (45 %) des patients a trouvé la durée d'attente aux urgences excessive. (32)

La qualité des soins dans une structure de santé ne peut pas se limiter à la seule perception des patients mais aussi par la qualité de son offre de soins. Ceci s'évalue par rapport à sa fonctionnalité et sa performance. Selon le recueil des normes de la zone de santé publié par le ministère de la santé en République démocratique du Congo en 2006, un hôpital général de référence (HGR) a pour fonctions la dispensation des soins de santé de référence sous forme de Paquet complémentaire d'activité, l'enseignement et le recyclage des professionnels de santé, la recherche opérationnelle, le contrôle de qualité et l'encadrement des structures de santé de premier échelon. Un hôpital général de référence doit selon les normes avoir une capacité d'accueil de 100 lits pour 100 000 habitants.(20)

Selon toujours ce recueil des normes, un HGR est fonctionnel quand :

- les membres de l'équipe de direction formée en SSP,
- des ressources humaines, matérielles, financières et les infrastructures sont conformes aux normes,
- il offre un Paquet Complémentaire d'Activités de soins de référence (médecine interne, pédiatrie, gynéco obstétrique, chirurgie et un service de diagnostic comprenant un laboratoire, une radiologie, échographie),
- il offre un service de réanimation/soins intensifs,
- il dispose d'une pharmacie interne avec médicaments essentiels et génériques, il dispose des outils de gestion à jour. (20)

Une structure est dite performante quand elle réalise de façon durable un certain nombre de résultats par rapport aux objectifs fixés et aux attentes de la population bénéficiaire. (20)

Selon EDS II 2013-2014, la couverture vaccinale en 2013 selon EDS II montre qu'en moyenne 45,3% d'enfants ont été complètement vaccinés sur le plan national en RDC et 62,3% particulièrement au Sud-Kivu. Concernant les méthodes contraceptives, dans l'ensemble, 19 % des femmes utilisaient, au moment de l'enquête, une méthode contraceptive : 8 % une méthode moderne et 11 % utilisaient une méthode traditionnelle. (34)

En 2001, 66 % des femmes en âge de procréer utilisaient un moyen contraceptif, en Amérique latine. En Inde, en 2000, 48 % des femmes mariées ont recours à la contraception selon Marie Hélène Viau, 2001.(35)

Dans le monde, environ 63% des femmes de 15 à 49 ans, mariées ou vivant maritalement, utilisent un moyen de contraception en 2011, contre 55% en 1990. Le recours à la contraception varie beaucoup selon les pays : de 4 % au Sud-Soudan à 88 % en Norvège. L'Afrique est le continent où la contraception est la moins répandue, elle concerne moins d'une femme d'âge fécond sur trois. En Afrique subsaharienne (au sud du Sahara), l'accès aux méthodes contraceptives reste difficile. Une partie des couples n'ont pas besoin de recourir à la contraception, soit parce qu'ils cherchent à avoir un enfant ou en attendent un, soit parce qu'ils se savent stériles. (36)

Selon Michel Garenne, dans son article « planning familial et fécondité en Afrique » publié en 2017, il est noté qu'en milieu rural, l'utilisation de la contraception moderne est plus tardive et plus lente, le seuil des 10 % est atteint en 1989, et elle ne couvre que 28,4 % des femmes en 2005. L'idéal serait d'avoir un accès universel à la contraception à l'horizon 2020. (37)

Le risque de transmission des maladies virales au cours des transfusions reste non négligeable. L'idéal serait d'avoir un risque zéro au cours d'une transfusion dans une structure de santé.

Selon Tagny CT, Murphy EL, Lefrère J-J, Groupe de recherches transfusionnelles en Afrique francophone on soutient que dans les pays à ressources limitées, la sécurité infectieuse des dons de sang est uniquement basée, sur le plan biologique, sur des tests sérologiques. Les échecs du dépistage sérologique dus à la qualité des tests ou à l'expertise du personnel de laboratoire peuvent contribuer au risque de contamination transfusionnelle.(38)

Kabinda Maotela J. et son équipe, en 2015 stipule qu'en douze ans, de 2001 à 2012, il a été mobilisé 112 882 donneurs bénévoles de sang ; plus de 80 % de produits sanguins ont été sécurisés tout en couvrant les besoins, et 89 688 infections par le VIH ont pu être évitées par la qualification biologique systématique des produits sanguins. (39)

Réduire la morbidité et la mortalité maternelle est parmi les indicateurs clés pour juger de la performance dans une structure de santé. Le rapport 2013 des Objectifs du Millénaire pour le développement à son objectif 5 il est noté que dans les régions en développement, la proportion d'accouchements en présence de personnel soignant qualifié est passée de 55 % en 1990 à 66 % en 2011. La stratégie cruciale pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles consiste à s'assurer que chaque naissance se déroule en présence d'un personnel soignant qualifié, comme un médecin, un infirmier ou une sage-femme(40).

L'OMS propose d'utiliser le taux de césariennes comme l'un des indicateurs de surveillance des services obstétricaux. Si le taux est inférieur à 5%, cela veut dire que les femmes qui ont

eu besoin de césarienne n'en ont pas bénéficié. La priorité sera donc d'améliorer l'offre et l'exécution des césariennes faites à bon escient. Si le taux est supérieur à 15%, c'est-à-dire qu'il ya des césariennes qui ont été pratiquées sans indication. Il faudra donc surveiller au niveau des services pour éviter des césariennes inutiles car elles pourraient augmenter le risque de mortalité de la mère et du nouveau né. (41).

Ceci est aussi vrai pour Ye et ses collaborateurs en septembre 2014 qui démontrent qu'après ajustement avec les facteurs socio-économiques, le taux de césarienne de 15% préconisé par l'OMS est approprié : au-delà de 10-15% de césariennes, le taux de mortalité maternelle ne baisse plus, au-delà de 10% de taux de césarienne, après ajustement avec les facteurs socio-économiques, le taux de mortalité néonatale et le taux de mortalité infantile ne baissent plus (42).

Au niveau mondial, le taux de mortalité maternelle a diminué de 45 % entre 1990 et 2013, passant de 380 à 210 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Au plan mondial, en 2013, il y avait environ 289 000 décès maternels, soit près de 800 femmes mourant chaque jour. Ces décès sont concentrés en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, qui totalisaient 86 % des décès maternels dans le monde en 2013. (40)

Depuis cette époque, l'accouchement par césarienne est de plus en plus fréquemment réalisé aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Lorsqu'elle est médicalement justifiée, la césarienne peut prévenir efficacement la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales. Toutefois, aucune donnée ne montre que l'accouchement par césarienne ait un effet bénéfique chez la femme ou le nourrisson lorsqu'il n'est pas nécessaire. Comme toute intervention chirurgicale, la césarienne est associée à des risques à court et à long termes pouvant perdurer plusieurs années après l'accouchement et affecter la santé de la mère. (41)

La durée moyenne du séjour à l'hôpital est utilisée comme indicateur d'efficacité dans les hôpitaux car diminue les coûts d'hospitalisation. L'OCDE en 2009 stipule que parmi les pays de l'OCDE c'est au Mexique, en Turquie et en Israël que la durée moyenne de séjour à l'hôpital pour toutes causes confondues était la plus courte. La durée moyenne de séjour était courte également en Norvège et au Danemark, mais aussi aux États-Unis (moins de 5 jours). Quant à ce qui concerne le Japon et la Corée la durée est la plus élevée de l'ordre de 7 jours. Une durée plus longue pourrait s'expliquer par la capacité d'accueil de l'hôpital concernant les lits d'hospitalisation(43).

Chapitre II : MATERIEL ET METHODES

2.1. Présentation du milieu et période d'étude

Cette étude a été menée dans les hôpitaux généraux de Katana et de Walungu localisés dans la province du Sud-Kivu.

L'Hôpital Général de Référence de Fomulac- Katana est situé à 50km au nord de la ville de Bukavu. Il a été créé en 1928 par la Fondation Médicale de l'Université de Louvain en Afrique Centrale, FOMULAC Bruxelles. Pour renforcer son fonctionnement, en septembre 2004, l'hôpital, a été cédé à l'Archidiocèse de Bukavu et placés sous la gestion de Coordination du Programme Katana de l'Archidiocèse de Bukavu.

La capacité d'accueil de l'hôpital est en moyenne de 150 lits correspond à la population de la zone de santé de Katana estimée à 209746 selon le dénombrement de 2014.

L'hôpital a subi des énormes préjudices dus aux tremblements de terre après le séisme dans la nuit du 06 au 07 août 2015 selon le rapport d' « évaluation multisectoriel » du 11 au 12 août 2015 effectué par Caritas Développement Bukavu. (45)

L'hôpital offre les services médicaux de base (la pédiatrie, la médecine interne, la chirurgie et la gynéco-obstétrique), un service de diagnostic fait d'imagerie (échographie et radiologie) et de laboratoire, un service de réanimation et des soins intensifs, une pharmacie interne. Le service de dentisterie est couvert par un dentiste non qualifié et celui d'ophtalmologie n'est pas couvert.

L'hôpital offre un service de stérilisation et de réadaptation (kinésithérapie). Il a un programme trimestriel et semestriel de formation et de supervision des équipes des centres de santé. Le système de référence et de contre référence est respecté, la participation des relais communautaires n'est pas effective dans l'hôpital. Pour son fonctionnement, l'hôpital fonctionne à peu près 86% par la contribution communautaire, à 12% par financement des bailleurs des fonds et à 2% de dotation de l'Etat.

L'hôpital compte 6 médecins généralistes, 34 infirmiers, 2 pharmaciens, 1 dentiste non qualifié, 3 techniciens de laboratoire et 1 kinésithérapeute.

L'hôpital emploie 11 administratifs, 2 chauffeurs, 8 agents de maintenance, 28 agents chargés d'entretien et de nettoyage, 1 huissier et 11 sentinelles.

Le conseil de direction est au complet et est composé du médecin directeur, l'administrateur gestionnaire, le médecin chef de staff, les chefs des services et le directeur de nursing.

Les pathologies dominantes selon la morbidité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, les infections sexuellement transmissibles et les gastrites.

L'hôpital Général de Référence FSKI de Walungu anciennement appelé hôpital Reine Elisabeth est situé dans la Zone de Santé de Walungu. Il est géré par le Fond Social du Kivu dont le siège administratif est à Bruxelles en Belgique. Cet hôpital est construit sur la colline de la localité de CAHI, Groupement de Walungu et du centre commercial de Walungu. L'hôpital général de référence FSKI Walungu est une institution étatique. Il a été créé en 1934 par les institutions Belgo-Congolaise pour venir en aide aux besoins sanitaires de la population de Ngweshe et ses environs.

La capacité d'accueil de l'hôpital est de 300 lits pour une population de 252269 dénombrement 2014.

L'hôpital offre les services médicaux de base (la pédiatrie, la médecine interne, la chirurgie et la gynéco-obstétrique), un service de diagnostic fait d'imagerie (échographie et radiologie) et de laboratoire, un service de réanimation et des soins intensifs, une pharmacie interne. Les services de dentisterie et d'ophtalmologie ne sont pas couverts.

L'hôpital offre un service de stérilisation et de réadaptation (kinésithérapie). Il a un programme trimestriel et semestriel de formation et de supervision des équipes des centres de santé. Le système de référence et de contre référence est respecté, la participation des relais communautaires n'est pas effective dans l'hôpital. Pour son fonctionnement, l'hôpital fonctionne à 98% par la contribution communautaire et à 2% par financement des bailleurs des fonds. L'hôpital ne reçoit aucun financement de l'Etat.

L'hôpital compte 5 médecins généralistes, 37 infirmiers, 1 pharmacien, 2 techniciens de laboratoire, 1 kinésithérapeute, 1 nutritionniste.

L'hôpital emploie 8 administratifs, 2 chauffeurs, 1 agent de maintenance, 38 agents chargés d'entretien et de nettoyage, 1 huissier et 5 sentinelles.

Le conseil de direction est au complet et est composé du médecin directeur, l'administrateur gestionnaire, le médecin chef de staff, les chefs des services et le directeur de nursing.

Les pathologies dominantes selon la morbidité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, les infections sexuellement transmissibles et les gastrites.

L'étude a été réalisée en trois mois soit du 15 juin au 15 septembre 2017 pour les aspects concernant la partie qualitative. Pour la partie quantitative (les indicateurs de performance) on a considéré les données du rapport SNIS de l'année 2016 récoltées dans les deux hôpitaux.

2.2. Type d'étude:

Il s'agit d'une étude transversale, comparative sur les déterminants de la qualité des soins de santé offerts par les hôpitaux généraux de références de Walungu et de Katana.

2.3. Taille de l'échantillon

Nous avons utilisés la méthode d'échantillonnage non probabiliste. L'échantillon est constitué tous les malades ayant utilisés le service pendant la période de l'étude. (500 à Katana et 410 à Walungu).

Le calcul de la taille de l'échantillon, nous avons utilisé la formule de SCHWARTZ (1969). (44)

$$n \geq z^2 \times p \times (1-p) / d^2$$

n = taille minimale de l'échantillon requise

z = la valeur type du niveau de confiance à 95% = 1.96

p = prévalence prédictive. Ici, nous allons considérer le taux d'accès aux soins de santé en République Démocratique du Congo qui oscille entre 40 et 50%, d'après une enquête démographique et de santé menée par l'Organisation mondiale de la santé en 2007 et actualisée en 2009. (9)

d = marge d'erreur à 5% (0,05)

N = n + 10% (les impondérables sous forme de non réponse, erreur d'enregistrement, etc.)

N= au moins 406

2.4. Population d'étude

La population d'étude était constituée systématiquement des tous les malades ayant utilisés le service pendant la période de l'étude. (500 à Katana et 410 à Walungu).

Critères d'inclusion et d'exclusion dans l'étude

Ont été considérées dans l'étude toute personne ayant fréquenté l'hôpital durant la période d'étude. Ont été exclus tous les patients travaillant à l'hôpital ou ceux pris en charge par le personnel soignant de l'hôpital car la crainte des répercussions dans sa prise en charge peut entraîner un biais dans les réponses fournies par le patient.

2.5. Technique de collecte de données

La collecte des données dans cette étude a été effectuée comme suit : l'entretien avec un questionnaire, une observation directe avec une liste de vérification, consultation documentaire à partir des données du système national d'information sanitaire pour les deux hôpitaux généraux.

L'entretien avec le questionnaire s'est effectué au près des patients qui ont fréquenté l'hôpital pendant la période d'étude. Pour les enfants, les parents ont été enquêtés. A partir de ce questionnaire nous avons eu des informations concernant l'accessibilité des patients aux soins à savoir l'accessibilité géographique, financière, le temps d'attente des soins, ainsi que leur perception sur la qualité des soins administrés.

En rapport avec les indicateurs de performances nous avons utilisé un canevas de collecte des données qui a été rempli grâce aux données se trouvant dans les registres de CPN, des registres curatifs et les canevas du SNIS.

Les indicateurs de fonctionnalité seront récoltés à l'aide d'un canevas sous forme de check list qui va nous permettre de constater l'existence ou non de tel paramètre dans un hôpital ou dans l'autre.

Les enquêteurs ont été recrutés sur place pour éviter des problèmes de transport. Ils ont été constitués de quatre infirmiers et deux infirmiers stagiaires. Ces derniers ont été formés préalablement sur la manière de récolter et les attentes de l'étude.

A chacune de ces étapes, le chercheur principal a effectué des descentes sur terrain pour s'assurer de la bonne marche de la récolte des données ainsi que de leur stockage.

2.6. Les variables

Variable dépendante

La variable principale est l'appréciation des soins offerts et l'utilisation des structures sanitaires par la population.

2.7.2. Variables indépendantes

Variables en rapport avec la perception des patients sur la qualité des soins

- La qualité d'accueil

Un score de bonne qualité d'accueil par HGR a été établi, ainsi,

< 50% : Mauvaise qualité d'accueil

50% - 70% : Qualité d'accueil moyenne

>70% : Bonne qualité d'accueil

- Accessibilité financière et géographique
- Comportement du personnel soignant

❖ Variables par rapport aux indicateurs de performance

- Pour les activités préventives :
 - Taux d'utilisation des consultations prénatales : femmes enceintes qui se sont présentées aux consultations prénatales par rapport à celle attendues
 Numérateur : nouvelle inscrite aux CPN
 Dénominateur : femmes attendues
 - Taux de couverture vaccinale de DTC-HepB-Hib3 : enfants de 0 à 11 mois qui ont reçu la troisième dose de ce vaccin
 Numérateur : les enfants de 0 à 11 mois qui ont reçu la troisième dose de DTC-HepB-Hib3
 Dénominateur : enfants de 0-11 mois dans la population
 - Taux de nouvelles acceptantes pour l'utilisation de la contraception moderne : femmes en âge de procréer utilisant les méthodes contraceptives modernes
 Numérateur : femmes utilisant la contraception
 Dénominateur : femmes en âge de procréer (de 15 à 49ans)
- Pour les activités curatives
 - Taux d'utilisation des services curatifs : nombre de visite de santé par personnes et par an dans la population.
 Numérateur : effectif ayant été reçu à l'hôpital, chaque personne ayant été comptée une fois par an
 Dénominateur : population totale de l'aire de santé
 - Séjour moyen d'hospitalisation : moyenne de séjour d'hospitalisation
 - Taux de décès maternel : femmes décédées suites aux complications de la grossesse.
 Numérateur : femmes décédées suites aux complications de la grossesse
 Dénominateur : naissances vivantes
 - Taux d'accouchement en présence d'un personnel qualifié :
 Numérateur : nombre de femmes ayant accouché dans la structure
 Dénominateur : nombre de femmes attendues
 - Taux de césarienne
 Numérateur : nombre de césarienne
 Dénominateur : nombre total d'accouchement

- Taux d'infection post opératoire : patients présentant une infection post opératoire
Numérateur : patients ayant une infection post opératoire
Dénominateur : nombre d'interventions
- Proportion de sang transfusé et testé aux quatre marqueurs : le sang transfusé aux patients qui a été testé aux quatre marqueurs (VIH, hépatite B, Hépatite C et syphilis)
Numérateur : sang testé aux quatre marqueurs
Dénominateur : total des transfusions

2.7. Analyse de données

Les données collectées ont été saisies en EXCEL puis analysées grâce au logiciel SPSS 23, EPI Info7 et MedCalc® version 12.4.0.

Les résultats sont présentés en tableaux et graphiques ;

Nous nous sommes servi ensuite de test d'hypothèses pour comparer les différents paramètres statistiques ;

Les données sont présentées, selon le cas (organisation des structures, accessibilité, qualité, couts des soins, indicateurs de performance, etc.) sous forme, de proportion, fréquence absolue, moyenne \pm déviation standard et/ou médiane (écart interquartile) par HGR.

Les proportions ont été calculées pour les variables qualitatives et la comparaison entre proportions a été faite par le test de comparaison des proportions (chi-carré d'indépendance et d'ajustement) à Intervalle de Confiance à 95%.

Un score de bonne qualité d'accueil par HGR a été établi, ainsi,

< 50% : Mauvaise qualité d'accueil

50% - 70% : Qualité d'accueil moyenne

>70% : Bonne qualité d'accueil

Pour les données quantitatives, les moyennes ont été comparées par HGR à l'aide du t de Student. Le seuil de 0,05 a été considéré comme significatif.

2.9. Considérations éthiques et administratives

La collecte des données a été réalisée dans le respect strict de l'ordre public et de l'intégrité morale des enquêtées. Le consentement éclairé a été obtenu au répondant avant l'administration du questionnaire. Le consentement était libre et verbal. Lors de cette étude, les données étaient collectées de façon anonyme et confidentielle. Nous nous sommes réservé le droit de sauvegarder la vie privée et la personnalité du sujet. Nous avons également veillé à

ce que les 3 principes fondamentaux de l'éthique soient respectés au moment du déroulement de l'enquête, à savoir, le principe du respect de la personne, celui de la bienfaisance et celui de la justice.

Chapitre 3 : RESULTATS

3.1 Caractéristiques des enquêtés

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patients par HGR

Variabes		katana(n=500)	Walungu(n=410)
Age	Moy±DS	27,33±9,24	28,4±13,6
≤18 ans		35(7)	74(18)
19 à 30 ans		325(65)	214(52,2)
31 à 45 ans		126(25,2)	79(19,3)
46 à 55 ans		5(1)	16(3,9)
≥ 55 ans		9(1,8)	27(6,6)
sexe			
féminin		316(63)	217(43)
masculin		184(37)	193(39)
Profession			
Agent de l'état		28(5,6)	13(3,2)
Agent ONG		4(0,8)	0(0,0)
Commerçante		33(6,6)	62(15,1)
Cultivatrice		136(27,2)	111(27,1)
Enseignante		34(6,8)	21(5,1)
Sans		194(38,8)	164(40)
Secteur prive		16(3,2)	13(3,2)
Autres		55(11)	26(6,3)
Niveau d'étude			
Sans		152(30,4)	144(35,1)
Primaire		116(23,2)	119(29)
Secondaire		202(40,4)	126(30,7)
Universitaire		30(6)	18(4,4)
Post universitaire		0(0,0)	3(0,7)
Revenu mensuel en \$			
Sans		334(66,8)	237(57,8)
< 100\$		140(28)	138(33,7)
101-102\$		22(4,4)	27(6,6)
> 200\$		4(0,8)	8(2)
Etat civil			
Célibataire		199(39,8)	167(40,7)
Divorcé		6(1,2)	4(1)
Marié		274(54,8)	226(55,1)
Veuf		21(4,2)	13(3,2)

Ce tableau reprend les caractéristiques sociodémographiques des patients. Ainsi, l'âge moyen est de 27 ans à Katana et 28 ans à Walungu ; ils sont majoritairement âgés de 19 à 45 ans dans

les deux ZS (représentant respectivement plus de 70% de la taille de l'échantillon). En rapport avec leur profession, près de 40% (majorité) vivent sans profession dans les deux ZS, et 27% sont cultivateurs ; ils sont majoritairement de niveau secondaires(40,4% à Katana et 30,7% à Walungu) , sans niveau d'étude (30,4% à Katana et 35,1% à Walungu) et primaire(23,2% à Katana et 29% à Walungu) ; plus de 60% n'ont aucun revenu mensuel et ceux qui en ont sont à plus de 30% à moins de 100\$ par moi . Plus de 50% sont mariés et autour de 40% sont célibataires. La population est en majorité féminine (63% à Katana et 43% à Walungu).

3.2. Itinéraire thérapeutique

Tableau 2 : Mode d'arrivée à l'HGR

Moyens d'arrivés l'HGR	a	Katana (n=500)	Walungu(n=410) p
Eglises		10(2)	1(0,2) 0,0002
ONG		6(1,2)	4(1) 0,0024
Spontanément		247(49,4)	237(57,8) 0,0782
Transfert de CS		221(44,2)	150(36,6) 0,1762
Transfert par le RECO		16(3,2)	18(4,4) 0,476

Au regard de ce tableau, le mode d'arrivée dans les deux hôpitaux n'a pas montré de différence statistiquement significative. La plupart des malades arrivent à l'hôpital de manière spontanée et par transfert par les CS, $p > 0,05$

Par contre, il ya une différence statistiquement significative dans l'intervention des ONG et des églises. Comparativement à Walungu ; beaucoup des malades de Katana arrivent à l'hôpital grâce aux Eglises et aux ONG. $p < 0,05$

L'apport des relais communautaires est faible dans les deux ZS (3,2% a Katana, et 4,4% a Walungu)

3.3. Accessibilité géographique

Tableau 3 : Moyen de transport et temps estimé fait entre domicile et HGR

Variables	Katana(n=500)	Walungu(n=410)	p
Moyen de transport			
A pied	204(40,8)	185(45,1)	0,0305
Ambulance	87(17,4)	54(13,2)	0,6692
Bus	24(4,8)	19(4,6)	0,4877
Moto	171(34,2)	149(36,3)	0,7833
Pirogue	9(1,8)	2(0,5)	0,0026
			<
Vélos	5(1)	1(0,2)	0,0001
30 Minutes	195(39)	211(51,5)	0,0152
30-1heure	182(36,4)	115(28)	0,1702
> 1heure	123(24,6)	84(20,5)	0,6026

Dans les deux hôpitaux, plus de 40% des malades se rendent à pied à l'hôpital, autour de 30% y vont à moto et moins de 20% prennent l'ambulance. La pirogue et le vélo sont plus utilisés comme moyen de transport à katana qu'à Walungu ; $p < 0,05$. A Walungu les malades font moins de 30 minutes avant d'arriver à l'HGR qu'à Katana. $p < 0,05$.

3.4. Qualité des soins

Tableau 4 : Opinion sur l'accueil a l'hôpital, temps d'attente à l'HGR et comportement du personnel

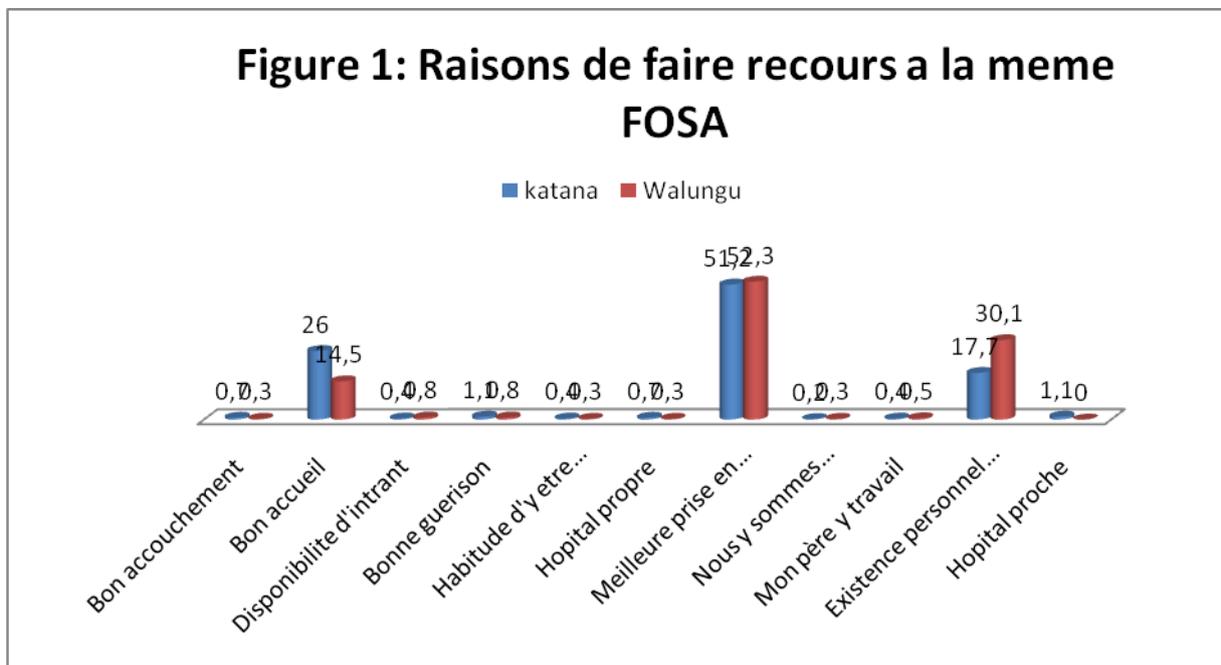
Variables	katana (n=500)	Walungu (n=410)	p
Bon	492(98,4)	407(99,3)	0,353
Mauvais	8(1,6)	3(0,7)	0,0049
Avant 30'	333(66,6)	344(83,9)	< 0,0001
30'et 1heure	105(21)	54(13,2)	0,3236
Plus d'une heure	62(12,4)	12(2,9)	0,6445
Acceptable	127(25,4)	116(28,3)	0,7152
Courant	291(58,2)	257(62,7)	0,3236
Très long	82(16,4)	37(9)	0,43
Bon	471(94,2)	403(98,3)	0,0033
Mauvaise	29(5,8)	7(1,7)	0,6036

L'accueil des patients est moins bon à Katana qu'à Walungu ($p=0,0049$), par contre à Walungu les patients sont reçus en moins de 30 min qu'à Katana. ($p < 0,0001$), le comportement du personnel est bon partout mais beaucoup plus à Walungu qu'à Katana. $p < 0,05$.

Tableau 5 : Temps passé pour attendre les résultats au labo, Rythme de traitement hospitalisation et recours au même hôpital si on tombe malade par HGR.

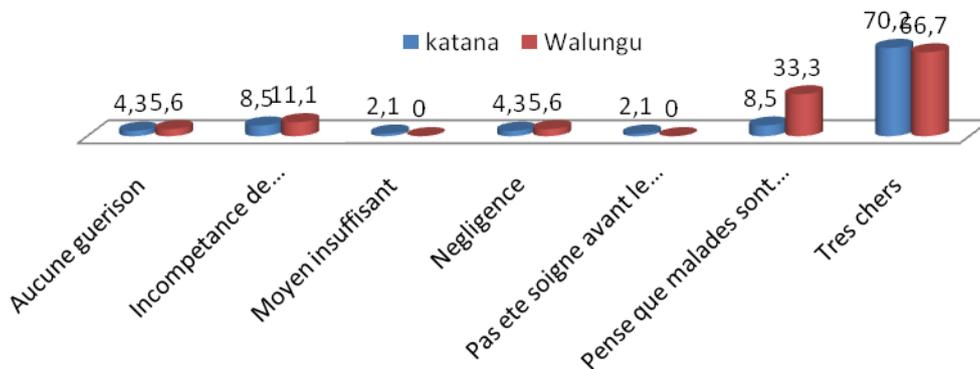
Variabiles	Katana (n=500)	Walungu(n=410)	P
Même jour	366(73,2)	258(62,9)	0,008
Lendemain	116(23,2)	147(35,9)	0,0366
Après deux jours	18(3,6)	5(1,2)	0,2346
A l'heure convenue	431(86,2)	381(92,9)	0,0029
Après une heure	53(10,6)	25(6,1)	0,824
Après deux heures	16(3,2)	4(1)	0,4987
Oui	453(90,6)	392(46,4)	< 0,0001
Non	47(9,4)	18(4,4)	0,8777

La plupart des patients de WALUNGU passent plus de temps d'attente des résultats au Labo qu'à Katana, le rythme de traitement se fait plus à l'heure à Walungu qu'à Katana et les malades font plus recours à l'hôpital de Katana s'ils tombent encore une fois malade ($p < 0,05$)



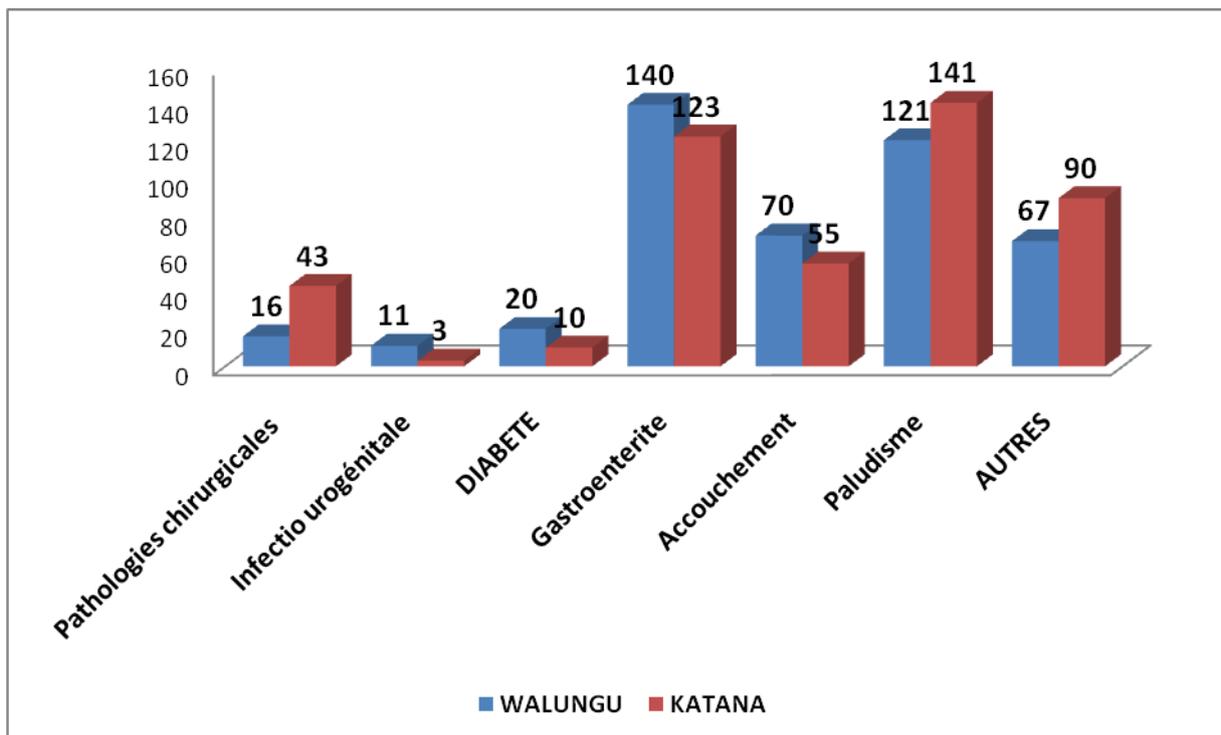
Les raisons principales de faire recours à la même structure sont : la meilleure prise en charge, un bon accueil et l'existence d'un personnel qualifié.

Figure 2: Raisons de ne plus faire recours a la FOSA



Les raisons principales de ne pas faire recours à la même structure sont : les soins coutent très chers dans les deux hôpitaux et à Walungu les prestataires pensent que les malades sont riches.

Figure 3 : pathologies motivant la consultation au cours de trois mois de récolte



Les cinq premières pathologies motivant la consultation sont : le paludisme, la gastroentérite, les accouchements, les pathologies chirurgicales et le diabète à Katana. A Walungu c'est la gastroentérite, le paludisme, les accouchements, le diabète et les pathologies chirurgicales.

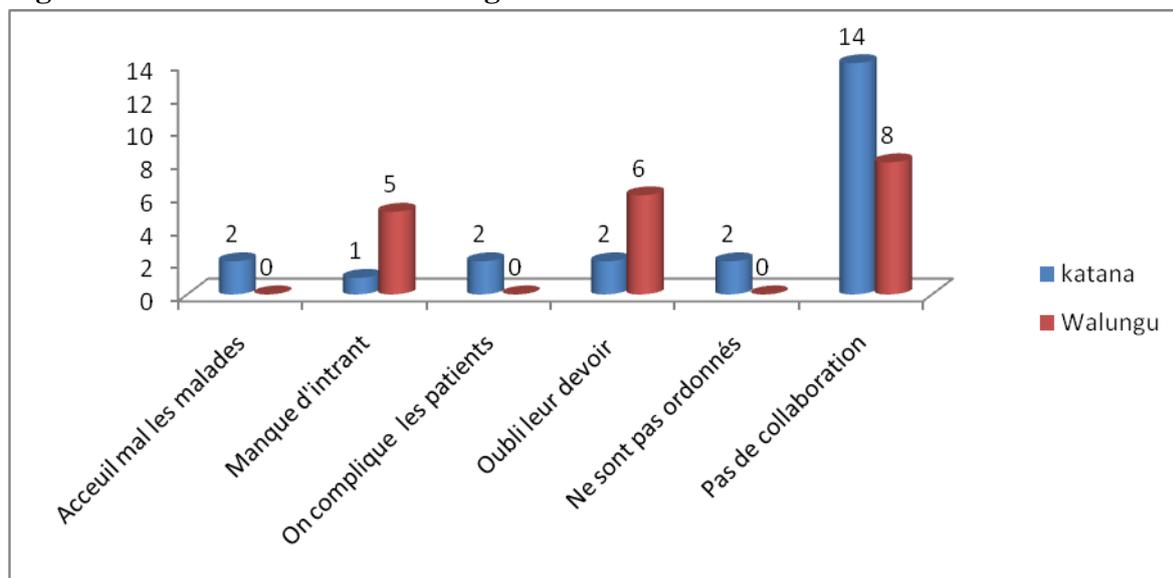
3.4. Qualité d'accueil

Tableau 6 : Opinion sur l'organisation de la structure

Organisation de la structure	Katana(n=500)	Walungu(n=410)	p
Acceptable	155(31)	162(39,5)	0,01429
Bonne	328(65,6)	229(55,9)	0,0259
Mauvaise organisation	17(3,4)	19(4,6)	0,5056

L'organisation de la structure est bonne et acceptable à Katana qu'à Walungu ($p < 0,05$) 4% des patients estiment que l'organisation est mauvaise dans les deux hôpitaux.

Figure 4 : Raisons de mauvaises organisations.



Les principales raisons de la mauvaise organisation sont le manque de collaboration à Katana, l'oubli dans l'administration des soins et le manque d'intrant à Walungu.

Tableau 7 : Climat en salle d'attente et en salle d'hospitalisation

Variables	Katana(n=500)	Walungu(n=410)	p
Détendu	429(85,8)	385(93,9)	< 0,0001
Plaintes/critique	71(14,2)	25(6,1)	0,4767
Détendu	390(78)	385(93,9)	< 0,0001
Plaintes/critique	110(22)	25(6,1)	0,1223

Le climat en salle d'attente et en salle d'hospitalisation est plus détendu à Walungu qu'à Katana ; $p < 0,0001$

Tableau 8 : Score globale de bonne qualité d'accueil dans les deux hôpitaux

Organisation de la structure	Katana (n=500)	Walungu (n=410)	P
Bonne organisation	328(65,6)	229(55,9)	0,0259
Bon accueil HGR	492(98,4)	407(99,3)	0,353
Passé moins de 30 min avant d'être reçus	333(66,6)	344(83,9)	< 0,0001
Temps d'attente soins Acceptable	127(25,4)	116(28,3)	0,7152
Bon Comportement du personnel	471(94,2)	403(98,3)	0,0033
Climat dans la salle d'attente Détendu	429(85,8)	385(93,9)	< 0,0001
Climat salle d'hospitalisation Détendu	390(78)	385(93,9)	< 0,0001

Il s'observe généralement que la qualité d'accueil est bonne partout ($p > 0,05$).

3.5. Cout des soins

Tableau 09 : Prise en charge de soins, paiement de la facture, jugement de prix des soins et paiement des soins par les patients par HGR.

Variables	Katana (n=500)	Walungu (n=410)	p
Association caritative	21(4,2)	34(8,3)	0,9715
Eglise	4(0,8)	1(0,2)	< 0,0001
Famille élargie	11(2,2)	17(4,1)	0,4226
Famille restreinte	195(39)	125(30,5)	0,153
Mutuelle	53(10,6)	49(12)	0,9283
Partenaire	11(2,2)	16(3,9)	0,387
Personnel	205(41)	168(41)	0,9157
Oui	320(64)	259(63,2)	0,9107
Non	180(36)	151(36,8)	0,9713
Cout moyen de soins à la sortie	58\$	60\$	0,76
Moins chers	81(16,2)	91(22,2)	0,4234
Raisonné	197(39,4)	174(42,4)	0,6306
Très cher	222(44,4)	145(35,4)	0,01082
Acte	356(71,2)	296(72,2)	0,8455
Forfait	144(28,8)	114(27,8)	0,9698
Avant les soins	29(5,8)	12(2,9)	0,6879
Après les soins	471(94,2)	398(97,1)	0,058

Au sein de deux hôpitaux, la prise en charge des soins est plus généralement assurée la personne elle-même, par la famille restreinte, la mutuelle de santé, les associations caritative, la famille élargie, le partenaire et les églises. $p > 0,05$

Plus de 60% des malades affirment avoir payé la totalité des frais dans les deux Hôpitaux, $p > 0,05$

Le prix des soins est jugé très chers à Katana qu'à Walungu ($p < 0,05$), et les frais de soins sont généralement payés par acte partout ; $p > 0,05$ Le paiement des soins est exigés après les soins dans tous les HGR selon plus de 90% des malades ; $p > 0,05$.

3.6 .Analyse des indicateurs de performance

Tableau 10 : synthèse de l'Analyse des indicateurs de performance pour l'année 2016

Zone de Santé	Katana	Walungu	p-valeur
DTC-Hep-Hib3	7490	9497	
Couverture DTC	99,44957647	107,1884319	< 0,0001
cpn sp2	9559	8621	
Tx TPI2	110,7385971	84,89547841	< 0,0001
CPS 0-11 mois	9306	10173	
Utilisation CPS	107,8076561	100,178831	< 0,0001
Césarienne	613	977	
Tx Césarienn	7,101449947	9,621028002	0,1019
décès maternel	1	5	
Nce Viavante	9228	8804	
Tx décès mater	10,83658431	56,79236711	< 0,0001
cpn 1 cs	9911	10313	
Tx Utilisation CPN1	114,8164281	101,5574839	< 0,0001
cpn 4 cs	6203	8619	
Couv CPN4	71,860186	84,87578337	< 0,0001
cps enf 0-6 mois	13544	19848	
Nlle acceptante	9958	8883	
Tx nlle acceptante	21,9735069	16,66200551	< 0,0001
cpn référée par le cs à lhgr	1086	289	
vaccination enfant dtc- hepbhib3	7490	9497	
NC	138264	102258	
Tx d'utilisation Curative	64,07013869	40,27951204	< 0,0001
cpn2 6e jour	7366	6571	
Inf Post Op	9	6	
Intervention majeure	1167	1322	
Tx infection post op	0,771208226	0,453857791	0,0017
Intervention propre	1602	1215	
accouchement dysto	1719	2590	
accouchement eutocique	7881	6563	
Tot accouchement	9600	9153	
Tx Accouchement	111,2135718	90,13435958	< 0,0001
transf sanguine testée au 4 marq	3002	978	
Tot Transfusion	3115	1344	
Proportion transfusion	96,37239165	72,76785714	< 0,0001
décès service avant 48 h	72	50	
décès service après 48 h	95	67	
Tot Décès	167	117	
Tx Décès Sup 48h	56,88622754	57,26495726	0,9563
service journée d'hospitalisation effective	72670	53079	
service journée hospitalisation potentielle	76761	86044	
Tx occupation lit	94,67047068	61,68820603	< 0,0001
Durée moyen de séjour	6,12391898	7,53748935	

La couverture en DTC-Hep-Hib3 et le taux de fréquentation à la CPN4 sont plus élevée à Walungu qu'à Katana. On constate un taux de décès supérieur à 48 heures, taux de décès maternel et un séjour moyen d'hospitalisation plus élevé à Walungu qu'à Katana ; $p < 0,001$

A Katana, le taux de traitement intermittent du paludisme chez les femmes enceintes TPI2, Utilisation de CPS, taux d'utilisation CPN1, taux de nouvelle acceptante, taux d'utilisation du curatif, taux d'infection post opératoire, taux d'accouchement, la proportion de sang transfusé et testé aux 4 marqueurs et le taux d'occupation de lit sont plus élevés; $p < 0,001$.

Le taux de césarienne et celui des décès supérieur a 48h n'ont pas présentés une différence significative dans les deux HGR ; $p > 0,05$.

Chapitre 0.4. DISCUSSION

D'après les résultats de cette étude, l'âge moyen de personnes interrogées est de 27 ans à Katana et 28 ans à Walungu. S'agissant de la profession, autour de 40% (majorité) vivent sans profession dans les deux ZS, et 27% sont cultivateurs. L'absence d'activité économique est un signe de faiblesse de revenu et donc une cause de pauvreté.

En rapport avec le niveau d'étude, nombreux ont un niveau secondaires (40,4% à Katana et 30,7% à Walungu) et sans niveau d'étude (30,4% à Katana et 35,1% à Walungu), Selon un rapport publié par le National Center for Health Statistics en 2008, l'éducation d'un responsable adulte (chef de famille) contribue à la fréquence et le type de soins de santé utilisés. Les familles dont le chef avait effectué moins de 12 ans d'enseignement rapportaient de mauvais état de santé, des taux plus élevés de jours d'incapacité et de l'utilisation en milieu hospitalier. Toutefois, dans les familles où l'adulte responsable possédait 16 ans ou plus en éducation, une utilisation accrue des services de soins et la baisse des taux pour les caractéristiques de la santé d'autres ont été signalés.(29)

Organisation et l'accueil dans nos hôpitaux. Selon nos résultats, l'organisation de l'HGR est bonne et acceptable à Katana qu'à Walungu ($p < 0,05$). Peu de patients dans les deux hôpitaux affirment que l'organisation est mauvaise. Les principales raisons de la mauvaise organisation sont le manque de collaboration et le mauvais accueil des patients à Katana, l'oubli d'administration des soins, le manque d'intrant à Walungu ($p = 0,0049$), Le climat en salle d'attente et en salle d'hospitalisation est plus détendu à Walungu qu'à Katana ; $p < 0,0001$.

Nos résultats se rapprochent de ceux trouvés par H. Karemere à travers son étude exploratoire sur les attitudes inadéquats des médecins et infirmiers à l'HGR de Katana et analyse leurs causes à travers des entrevues. Le mauvais accueil révèle essentiellement de la malhonnêteté, de l'incompétence, du mauvais comportement relationnel, du faible rendement, de l'indiscipline et de la démotivation. Les causes sont multiples dont 75% sont associées au dysfonctionnement organisationnel de l'hôpital de Katana(30).

Qualité des soins : Les patients de Walungu passent plus de temps d'attente des résultats au Labo qu'à Katana , le rythme de traitement se fait très souvent à l'heure à Walungu qu'à Katana. A Walungu (84%) les patients font moins de 30 min d'attente avant d'être reçu qu'à Katana (67%) ($p < 0,0001$). Les cinq premières pathologies motivant la consultation sont par ordre d'importance : le paludisme, la gastroentérite, les accouchements, les pathologies

chirurgicales, le diabète sucré et les infections urogénitales à Katana et la gastroentérite, le paludisme, les accouchements, le diabète sucré, les pathologies chirurgicales et les infections urogénitales.

Ces résultats ne corroborent pas avec ceux trouvés en France dans une étude concernant les délais d'attente aux urgences, Elle montre que 71 % des patients ont eu un premier contact en moins de 10 minutes ; 38 % ont été examinés par un médecin en moins de 15 minutes et 76 % en moins de 60 minutes. Ces délais peuvent être comparés à ceux de l'Australie où 76 % des patients se présentant aux urgences sont vus en moins de 10 minutes (versus 71 % en France) mais leur état est évalué une première fois dans les 30 minutes en cas d'urgence avérée et dans les 60 minutes en cas de semi-urgence(33). Pour qu'un patient soit reçu, en moins de 10 minutes, il faut suffisamment de ressources pour le faire. Or, dans nos hôpitaux ruraux, vu la carence des ressources humaines, un personnel soignant est parfois affecté à plusieurs tâches pour combler le déficit.

Nos résultats se rapprochent de ceux trouvés au Royaume Uni. Pour eux, 61 % des patients venant aux urgences et dont l'état est jugé réellement urgent sont examinés dans les 30 minutes, 65 à 70 % attendent moins de deux heures et environ 20 % plus de quatre heures. Enfin, moins de la moitié (45 %) des patients a trouvé la durée d'attente aux urgences excessive.(33)

D'après nos résultats, plus des malades feraient recours à l'hôpital de Katana s'ils tombent encore une fois malade $p < 0,05$ car il s'y observe une meilleure prise en charge, un bon accueil et l'existence d'un personnel qualifié qu'à Walungu. $p < 0,05$.

Ceux-ci approchent les résultats d'une étude menée au Benin en 2008 par FOURN L., et ses collaborateurs selon lesquels, l'appréciation de la qualité des soins des hôpitaux de zone rapportant qu'il y a sur place dans les hôpitaux un bon plateau technique (64,3%) pour satisfaire les besoins des malades. (32).

De même, aux USA, une étude analytique menée en 2001 sur des focus-groups, par Victor Sower et ses collaborateurs, a conclu que sur les 663 patients interrogés, la majorité émettait le vœu de voir s'améliorer de plus en plus la qualité des soins leur administrés ainsi que l'ergonomie hospitalière et les attitudes du personnel soignant(33).

En rapport avec les cinq premières pathologies motivant la consultation dans les deux HGR, nos résultats sont différents de ceux publiés par les plans de développement sanitaires 2016-2020 de Walungu et de Katana qui montrent que les cinq premières pathologies motivant la consultation sont par ordre décroissant le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, les infections sexuellement transmissibles et la gastrite(12). Cette différence

s'explique par le fait que les pathologies diffèrent suivant les saisons. Pendant la saison de pluie on note une recrudescence des maladies respiratoires tandis que pendant la saison sèche les maladies diarrhéiques prédominent à cause d'une hygiène défectueuse suite au manque d'eau potable. Or, notre étude s'est déroulée en majeure partie pendant la saison sèche. Néanmoins, le paludisme reste dominant car pouvant se manifester chez les enfants sous forme de gastroentérite.

Coût des soins : Au sein de deux hôpitaux, la prise en charge des soins est plus généralement assurée la personne elle-même et sa famille. $p > 0,05$. Le prix des soins est jugé très chers à Katana qu'à Walungu ($p < 0,05$), Le paiement des soins est exigés après les soins dans tous les HGR selon plus de 90% des malades ; $p > 0,05$.

Selon toujours nos résultats, plus de 60% des enquêtés n'ont aucun revenu mensuel et ceux qui en ont sont à plus de 30% à moins de 100\$ par moi.

Ces résultats sont presque similaires à ceux trouvés en RDC en 2011 par MUSHAGALUSA, qui ont montré que le revenu moyen journalier par habitant était de 0,33\$ (22). Dans une conférence internationale conjointe ONUSIDA, Unicef, Banque Mondiale et OMS tenue à Addis-Abeba du 20 au 22 novembre 2006, on note également que plus de 60 % des ménages africains vivent en dessous du seuil de pauvreté. Cette situation de pauvreté influence le recours aux soins par les ménages(23).

En 2011, Au sud Kivu, une enquête socio-économiques à l'accessibilité aux soins a été organisée par l'ONG MALTESER INTERNATIONAL .Il ressort de cette enquête que les conditions socio-économiques dans les quelles vivent les populations sont précaires. Le revenu étant moins de 1 dollars par habitant par jour.(24)

De même, Miloud Kaddar et ses collaborateurs dans « l'accès des indigents aux soins de santé en Afrique Sub-saharienne », stipule que depuis l'adoption des politiques de recouvrement des coûts des soins en Afrique Sub-saharienne, le débat sur l'accès des indigents et des groupes vulnérables (enfants, femmes, handicapés) aux soins est récurrent. Ceci évidemment entretenu par un environnement macroéconomique défavorable à la santé et par les résultats controversés des politiques de paiement des soins par les usagers (25).

Dans le cadre d'une enquête de population menée par Médecin du Monde France en 2006 au Niger, dans le district de Keita, 45 % des personnes interrogées ont affirmé ne pas avoir accès aux soins par manque de liquidités(27). De même selon une enquête menée en 2004 par MSF au Burundi, plus de 17% de la population ne se rendent pas à une simple consultation, principalement pour des raisons financières (90% de ces malades ne consultent pas par

manque d'argent)(28). A Katana tout comme à Walungu le revenu de nos patients est de moins de 100 dollars par mois. Ce qui fait que leur accès aux soins demeure difficile.

Parlant d'accessibilité géographique, nous constatons que dans les deux hôpitaux, plus de 40% des malades font les pieds pour aller à l'hôpital, autour de 30% y vont à moto et Moins de 20% prennent l'ambulance. La pirogue et le vélo sont plus utilisés comme transport à katana qu'à Walungu ; $p < 0,05$. A Walungu les malades font moins de 30 minutes avant d'arriver à l'HGR qu'à Katana. $p < 0,05$.

Dans une étude menée en Côte d'Ivoire en 2010 par Kouadio Akou Aka, il est stipulé que les facteurs qui entravent l'accès des populations rurales aux soins sont la distance, l'état des routes, la rareté des véhicules de transport, la paupérisation de la population et la faiblesse de l'économie locale.(21)

Ainsi, ces difficultés d'accès aux soins, qu'elles soient géographique ou financières poussent les patients à recourir à d'autres moyens pour se faire soigner tels que l'automédication, la consultation chez un tradipraticien. L'état des routes dans les deux zones de santé est précaire et à Katana certains patients sont même obligés de prendre une pirogue pour se rendre à l'hôpital.

En rapport avec les indicateurs de performance : la fréquentation des femmes enceintes aux services de CPN1 diffère de celle à la CPN4. On observe un taux de fréquentation à la CPN1 au-delà de 100% dans les deux HGR. C'est-à-dire qu'il ya même des gestantes hors zone qui fréquentent le service. Par contre, pour la CPN 4 la fréquentation diminue : 72% à Katana et 85% à Walungu. Nous notons qu'à Walungu la fréquentation reste plus élevée. Il réside une différence dans le taux de traitement préventif intermittent contre le paludisme chez les femmes enceintes qui reste élevée à Katana qu'à Walungu (110% contre 84%, $p < 0,05$).

Nos résultats contredisent ceux du rapport de 2010 sur le cinquième objectif du millénaire pour le développement, qui stipulent que dans les pays à haut revenu, la quasi-totalité des femmes bénéficient d'au moins 4 consultations anténatales, de l'assistance d'un agent de santé qualifié lors de l'accouchement et de soins post-partum contre 1/3 aux PVD. Les principales causes sont la pauvreté, la distance, le manque d'informations, l'inadéquation des services, les pratiques culturelles et les mauvais accueils pendant le séjour hospitalier. Pour pallier à ce problème, dans les hôpitaux de Walungu et de Katana les gestants sont internées au troisième trimestre pour attente de maternité(3).

Nos résultats sont similaires à ceux trouvés au Cameroun qui stipulent que, la fréquentation des femmes à la CPN1 arrive à 83%, et ce devant des consultants bien qualifiés. Nos résultats

contredisent les leurs au moment de l'accouchement et en post partum comme stipulé dans le paragraphe précédent, car eux ont observé une diminution d'à peu près 25,6% femmes ; elles évoquent l'absence d'un personnel qualifié. Ce niveau de discontinuité des soins obstétricaux bien que faible correspond à une proportion assez importante de femmes soumises au risque de décéder ou de souffrir de complications du fait d'un accouchement non assisté(6). Les consultations prénatales sont reconnues comme étant l'un des trois principaux piliers de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile.

Cette baisse de fréquentation des services de CPN4 observée plus à Katana qu'à Walungu peut s'expliquer par plusieurs causes. Premièrement, la population vit dans une situation socio-économique précaire et il est difficile de déboursier des frais supplémentaires pour une grossesse supposée se dérouler sans problème. Deuxièmement, comme nous l'avons cité plus haut, l'analphabétisme constitue un frein à la fréquentation des formations sanitaires. Enfin l'accès géographique aussi peut limiter la fréquentation des CPN 4 car à Katana les patients sont parfois obligés de prendre la pirogue pour se rendre à l'hôpital (29).

La couverture vaccinale des enfants et les consultations préscolaires ont un taux de 100% et même au-delà, ce qui signifie que même les enfants hors zone sont couverts. C'est qui est un bon indicateur qui montre le souci d'éradication des pathologies telles que la coqueluche, la poliomyélite, la diphtérie... Cet indicateur est en croissance si on le compare à la couverture vaccinale en 2013 selon EDS II qui montre qu'en moyenne 45,3% d'enfants ont été complètement vaccinés sur le plan national en RDC et 62,3% particulièrement au Sud-Kivu(34). La croissance de cet indicateur montre que le message sur la santé des enfants à travers leur vaccination est entrain de prendre de l'ampleur et on observe plusieurs campagnes de vaccination réalisées ces derniers temps pour pallier à ces problèmes.

Concernant le taux de nouvelle acceptante pour la contraception moderne, il ressort qu'à l'hôpital de Katana l'adhésion est plus prononcée qu'à Walungu avec un taux de 22% contre 17% ($p < 0.05$). Selon le rapport d'EDS II 2013-2014, concernant les méthodes contraceptives, dans l'ensemble, 19 % des femmes utilisaient, au moment de l'enquête, une méthode contraceptive : 8 % une méthode moderne et 11 % utilisaient une méthode traditionnelle(34).Ce qui montre une croissance dans l'utilisation les méthodes de contraception moderne dans les deux zones de Santé. Nos résultats sont de loin inférieur à ceux trouvés par World contraceptive Patterns 2013 qui soutiennent que dans le monde, environ 63% des femmes de 15 à 49 ans, mariées ou vivant maritalement, utilisent un moyen de contraception en 2011, contre 55% en 1990. L'utilisation de la contraception dans nos milieux d'étude se heurte aux problèmes de préjugés autour de la contraception car le niveau

de scolarité est faible. Plus de 30% de nos patients sont sans niveau d'étude. Par contre ils sont supérieurs à ceux trouvés par la même étude qui montre un taux de 4 % au Sud-Soudan et trop faibles par rapport à celui trouvé en Norvège qui est à 88 %. Nos résultats corroborent ceux trouvés pour le continent Africain où la contraception est la moins répandue, elle concerne moins d'une femme d'âge fécond sur trois. En Afrique subsaharienne, l'accès aux méthodes contraceptives reste difficile(36).

Selon Michel Garenne, dans son article « planning familial et fécondité en Afrique » publié en 2017, il est noté qu'en milieu rural, l'utilisation de la contraception moderne est plus tardive et plus lente, le seuil des 10 % est atteint en 1989, et elle ne couvre que 28,4 % des femmes en 2005. L'idéal serait d'avoir un accès universel à la contraception à l'horizon 2020(37). Ce qui montre qu'il ya encore des efforts à fournir pour atteindre cet objectif.

Concernant la proportion de sang transfusé et correctement testé selon les normes nationales qui exigent que tout sang transfusé doit être testé aux quatre marqueurs contre le VIH, la syphilis, l'hépatite B et C ; nous notons que l'hôpital de Katana se rapproche des normes contrairement à l'hôpital de Walungu, 96% contre 73% ($p < 0.05$). Nos résultats se rapprochent de ceux publiés par Kabinda Maotela J. et al, en 2015 qui stipule qu'en douze ans, de 2001 à 2012, il a été mobilisé 112 882 donateurs bénévoles de sang ; plus de 80 % de produits sanguins ont été sécurisés tout en couvrant les besoins, et 89 688 infections par le VIH ont pu être évitées par la qualification biologique systématique des produits sanguins(39).

Selon Tagny CT, Murphy EL, Lefrère J-J, Groupe de recherches transfusionnelles en Afrique francophone on soutient que dans les pays à ressources limitées, les échecs du dépistage sérologique dus à la qualité des tests ou à l'expertise du personnel de laboratoire peuvent contribuer au risque de contamination transfusionnelle(38).

Cette étude montre que le niveau de qualité global du dépistage du VIH était de 98 %, avec des variations de 92 % à 100 % selon les laboratoires. Pour le dépistage de l'antigène HBs, le niveau de qualité était de 90 %, avec une sensibilité globale de 75 % (le défaut de sensibilité apparaissait lié à des défaillances de tests rapides pour détecter de faibles concentrations d'antigène HBs). Pour le dépistage de l'anticorps anti-VHC, les tests de type Elisa avaient une sensibilité de 100 %, et les plus mauvais résultats étaient observés avec les tests rapides (les scores globaux de sensibilité étaient respectivement de 100 % et de 64,5 % pour les tests Elisa et les tests rapides)(41). Ce qui montre que le risque de transmission des maladies dues à la transfusion telles que le VIH ou hépatites reste élevé.

Activités curatives

En ce qui concerne l'accouchement, nous avons noté qu'à Katana le taux d'accouchement en présence d'un personnel qualifié est au-delà de 100% (111%) par rapport à Walungu où il est 90% ($p < 0,05$) avec un taux de césarienne 7,1% à Katana et 9,6 à Walungu. Le ratio de mortalité maternelle quand à lui est plus élevé à Walungu (57 pour 100 000 naissances vivantes) qu'à Katana (11 pour 100 000 naissances vivantes). Le taux d'infection post opératoire est quasi nul dans les deux hôpitaux.

Nos résultats contredisent ceux trouvés selon le rapport 2013 des Objectifs du Millénaire pour le développement à son objectif 5 où il est noté que dans les régions en développement, la proportion d'accouchements en présence de personnel soignant qualifié est passée de 55 % en 1990 à 66 % en 2011. La stratégie cruciale pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles consiste à s'assurer que chaque naissance se déroule en présence d'un personnel soignant qualifié, comme un médecin, un infirmier ou une sage-femme(40). Contrairement aux chiffres obtenus par l'OMS, la totalité des femmes à Katana ont accouché devant un personnel qualifié. A Walungu 90%, un grand taux, ont accouché devant un personnel qualifié car pour pallier à ces problèmes les femmes enceintes sont internées au troisième trimestre.

La survie maternelle s'est améliorée de manière significative depuis l'adoption des OMD. Au niveau mondial, le taux de mortalité maternelle a diminué de 45 % entre 1990 et 2013, passant de 380 à 210 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Au plan mondial, en 2013, il y avait environ 289 000 décès maternels, soit près de 800 femmes mourant chaque jour. Ces décès sont concentrés en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, qui totalisaient 86 % des décès maternels dans le monde en 2013(40). Par rapport à nos résultats nous voyons qu'à Katana, par rapport au cinquième objectif qui consiste à améliorer la santé maternelle, les indicateurs sont meilleurs par rapport à Walungu où les efforts restent à fournir.

Le taux de césarienne à Katana comme à Walungu (7% et 9%) est dans les normes comparativement aux taux recommandés par la communauté internationale de la santé car depuis 1985, elle considère que le taux de césarienne idéal se situe entre 10 % et 15 % (41).

L'étude rétrospective de Ye et al en septembre 2014 démontre qu'après ajustement avec les facteurs socio-économiques, le taux de césarienne de 15% préconisé par l'OMS est approprié : au-delà de 10-15% de césariennes, le taux de mortalité maternelle ne baisse plus, au-delà de 10% de taux de césarienne, après ajustement avec les facteurs socio-économiques, le taux de mortalité néonatale et le taux de mortalité infantile ne baissent plus(42).

Depuis cette époque, l'accouchement par césarienne est de plus en plus fréquemment réalisé aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Lorsqu'elle est

médicalement justifiée, la césarienne peut prévenir efficacement la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales. Toutefois, aucune donnée ne montre que l'accouchement par césarienne ait un effet bénéfique chez la femme ou le nourrisson lorsqu'il n'est pas nécessaire. Comme toute intervention chirurgicale, la césarienne est associée à des risques à court et à long termes pouvant perdurer plusieurs années après l'accouchement et affecter la santé de la femme et de son enfant ainsi que les grossesses ultérieures. Ces risques sont accrus chez les femmes ayant un accès limité à des soins obstétricaux complets lorsqu'il n'est pas nécessaire(42).

L'OMS propose d'utiliser le taux de césariennes comme l'un des indicateurs de surveillance des services obstétricaux. Si le taux est inférieur à 5%, cela veut dire que les femmes qui ont eu besoin de césarienne n'en ont pas bénéficié. La priorité sera donc d'améliorer l'offre et l'exécution des césariennes faites à bon escient. Si le taux est supérieur à 15%, c'est-à-dire qu'il ya des césariennes qui ont été pratiquées sans indication. Il faudra donc surveiller au niveau des services pour éviter des césariennes inutiles(41).

Concernant les autres activités curatives, nous notons une fréquentation des services curatifs plus accrue à Katana (64%) qu'à Walungu (40%) avec $p < 0,05$ et un taux d'occupation de lits de 95% contre 62%. Plus de 50% de décès sont enregistrés après 48 heures dans les deux hôpitaux. A Katana les patients séjournent moins à l'hôpital qu'à Walungu (6 jours contre 8 jours, $p < 0,05$). Le taux élevé de fréquentation des services curatives et d'occupation de lits à Walungu qu'à Katana rejoint nos résultats obtenus sur la perception des patients concernant les soins dans les deux structures qui ont montré que plus des malades feraient recours à l'hôpital de Katana s'ils tombent encore une fois malade $< 0,05$ car il s'y observe une meilleure prise en charge, un bon accueil et l'existence d'un personnel qualifié qu'à Walungu. $p < 0,05$.

La durée moyenne du séjour à l'hôpital est utilisée comme indicateur d'efficience dans les hôpitaux car diminue les coûts d'hospitalisation. Nos résultats s'écartent de ceux publiés par l'OCDE en 2009 qui montrent que parmi les pays de l'OCDE c'est au Mexique, en Turquie et en Israël que la durée moyenne de séjour à l'hôpital pour toutes causes confondues était la plus courte. La durée moyenne de séjour était courte également en Norvège et au Danemark, mais aussi aux États-Unis (moins de 5 jours)(43). Nos résultats pour les deux hôpitaux se rapprochent de ceux du Japon, suivi de la Corée qu'elle était la plus élevée avec une moyenne de l'OCDE de l'ordre de 7 jours. Une durée plus longue pourrait s'expliquer par la capacité d'accueil de l'hôpital concernant les lits d'hospitalisation(43). Ce qui est le cas de l'hôpital de Walungu qui a une capacité d'accueil supérieure à celle de Katana par rapport aux lits d'hospitalisation.

Chapitre 0.5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Notre étude s'est assignée comme objectif d'identifier les principaux déterminants de la qualité de santé dans les Hôpitaux Généraux de Référence de Katana et de Walungu afin d'initier des pistes de solution permettant d'accroître leur utilisation par les ménages.

De cette étude, les résultats nous ont permis de constater que généralement:

Organisation et l'accueil dans nos hôpitaux : L'organisation de l'HGR est bonne et acceptable à Katana qu'à Walungu.

Qualité des soins : Les patients de Walungu passent plus de temps d'attente des résultats au Labo qu'à Katana, le rythme de traitement se fait très souvent à l'heure à Walungu qu'à Katana et plus des malades font recours à l'hôpital de Katana s'il tombent encore une fois malade, car il s'y observe une meilleure prise en charge, un bon accueil et l'existence d'un personnel qualifié qu'à Walungu.

Cout des soins : Au sein de deux hôpitaux, la prise en charge des soins est généralement assurée la personne elle-même et sa famille. Le prix des soins est jugé très cher à Katana qu'à Walungu. Le paiement des soins est exigés après les soins dans tous les HGR selon plus de 90% des malades ; $p > 0,05$.

Indicateurs de fonctionnalité : l'hôpital de Walungu a une capacité d'accueil conformément aux normes contrairement à celui de Katana. Les deux hôpitaux offrent des paquets complémentaires d'activités mais on note une carence dans les services des spécialités où on note une absence d'ophtalmologue et de dentiste. Les deux hôpitaux ne bénéficient pas des subventions de l'Etat. La contribution communautaire est de 85,9% à Katana et 97,7 à Walungu.

Indicateurs de performance : les indicateurs en rapport avec la vaccination des enfants sont satisfaisants. On observe des couvertures vaccinales qui avoisinent les 100% ou même au-delà. Le taux de traitement préventif contre le paludisme chez les femmes enceintes (TPI2) qui reste supérieur à Katana qu'à Walungu. Pour le taux d'utilisation des services de CPN on note des taux au-delà de 100% à la CPN1 et une baisse d'environ 25% lors de la CPN4. Le taux de nouvelle acceptante pour la contraception moderne est plus élevé à Katana qu'à Walungu mais n'atteint pas encore le cinquième objectif du millénaire pour le développement qui prône un accès pour toutes les femmes à la contraception. A Katana tout comme à Walungu les accouchements se font devant un personnel qualifié mais, notons que à Katana les taux d'accouchement va au-delà des femmes attendues. Le ratio de mortalité maternelle

est plus élevé à Walungu (57 pour 100 000 naissances vivantes) qu'à Katana (11 pour 100 000 naissances vivantes). Le taux de césarienne reste dans les normes recommandées par l'OMS, et les infections post opératoires sont faibles, à Katana légèrement plus élevé qu'à Walungu (0,77% à Katana contre 0,45% à Walungu).

Ainsi, nous recommandons :

- Au personnel soignant,
 - ✓ Une bonne collaboration avec les patients surtout dans la gestion de l'information, le patient ayant le droit de savoir pour quoi il ya retard dans telle attitude dans la prise en charge
 - ✓ La tarification par rapport aux soins car il ya une discordance entre la perception des patients sur la tarification qu'ils croient payer par acte pourtant forfaitaire
- à la direction de l'hôpital,
 - ✓ de prévoir l'ouverture des services qui manquent en engageant du personnel qualifié pour ce faire : des ophtalmologues pour les deux hôpitaux, des dentistes qualifiés, un spécialiste en oto-rhino-laryngologie, un nutritionniste à Walungu
 - ✓ de mettre en place des stratégies pour améliorer les indicateurs par rapport à la transfusion sanguine, la fréquentation de CPN 4 pour réduire le risque de décès maternel
 - ✓ de développer des mécanismes pour la persuasion des femmes en âge de procréer pour la contraception moderne
- Au gouvernement
 - ✓ de développer des mécanismes de prise en charge financière des patients quand leur niveau économique est bas
 - ✓ D'assurer une bonne rémunération du personnel soignant pour leur motivation
 - ✓ D'assurer un bon transport des patients pour l'hôpital en octroyant aux hôpitaux des ambulances
 - ✓ De renforcer le système de référence et contre référence

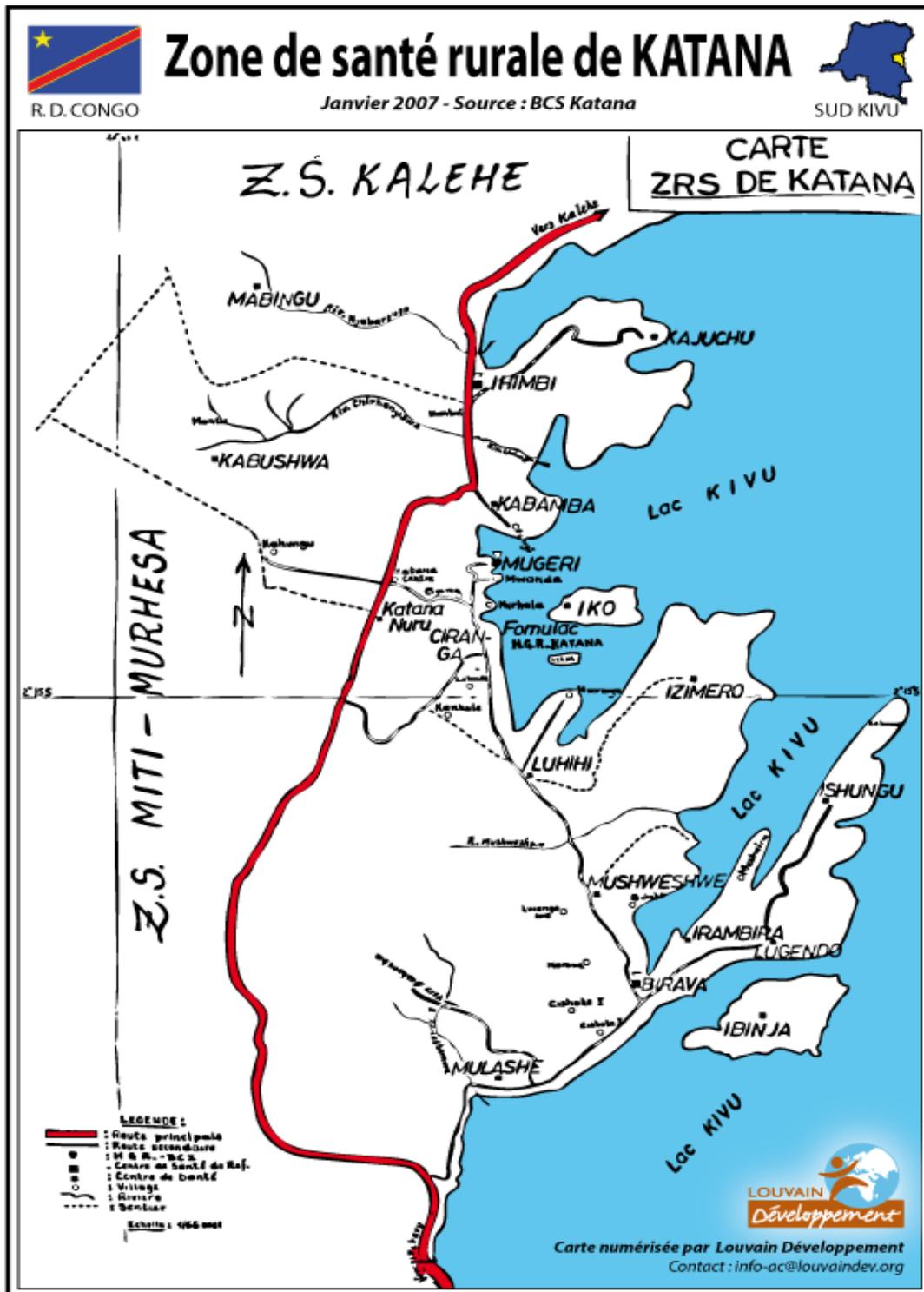
- ✓ De diligenter dans la réhabilitation des routes pour favoriser le déplacement des patients
- ✓ D'obtenir des fonds pour la réhabilitation de l'hôpital de Katana pour pallier aux dégâts causés par le séisme et par la même occasion lui augmenter la capacité d'accueil pour répondre aux besoins de la population.

BIBLIOGRAPHIE

1. P L. Qu'appelle-t-on la performance hospitalière. 2001.
2. OMS. Rapport sur la santé dans le monde. 2008.
3. OMS, PNUD, FNUAP H. Objectifs du Millénaire pour le développement pour le développement -objectif 5, Améliorer la santé maternelle, Nations unies. 2010.
4. DREES. Qualité des soins: le classement des cliniques et des hopitaux. France. 2013.
5. S D. Qualité technique des soins prodigués à l'hôpital, en clinique ou dans un cabinet médical. 2009.
6. .; Ongolo-Zogo P. Optimiser l'utilisation des services de consultation prénatale au Cameroun [Internet]. 2012 [cited 2017 Dec 4]. Available from: <http://www.who.int/evidence/sure/FRPBCPN.pdf>
7. PNUD. Enquête socio-économique et d'accès aux soins de santé dans les zones de santé de la RDC. 2010.
8. WEmbonyama S, MPaka S, TShilolo L. Médecine Et Santé En République Démocratique Du Congo : Med Trop. 2007;447-57.
9. OMS C. Enquête sur les prix des médicaments en république démocratique du Congo. 2007.
10. Dorier E, Morand E. Accessibilité aux services de soins en situation post conflit. République du Congo. Vol. 89, Bulletin d'Association de Geographes Francais. 2012. p. 295-312.
11. secrétariat Général MDLSR. Plan de développement sanitaire(PDSZ) WALUNGU. 2015.
12. secrétariat Général MDLSR. Plan de développement sanitaire. 2015.
13. Coopération L. Améliorer l'accompagnement des patients, la qualité des soins et la formation des médecins et du personnel soignant. 2014.
14. Organisation Mondiale de la santé (OMS). Les soins de santé primaires: Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata. 1978.
15. Binti Dunia GM. Implantation des sites de soins communautaires en République démocratique du Congo: Consécration d'un double standard dans l'accès aux soins. Vol. 14, Pan African Medical Journal. 2013. p. 158.
16. Améliorer l'efficacité des systèmes de santé : Optimiser l'utilisation des ressources. In: conférence commune commission européenne. 2008.
17. Smith PC, Mossialos E PI. Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé: expériences , déficits et perspectives. 2008.

18. BENREDJEM R. Cours de Santé Publique. 2008.
19. commission européenne. Evaluation de l'efficacité des systèmes de santé. 2014.
20. RDC MDLSP. recueil des normes de la Zone de Santé. 2006.
21. Kouadio Akou Aka. l'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou(Cote d'Ivoire). les Cah d'outre mer. 2010;250:439–59.
22. MUSHAGALUSA C. Généralités sur le financement des soins de santé. 2011.
23. ONUSIDA, UNICEF B mondiale et O. Conférence internationale sur la santé communautaire dans la Région africaine. Conférence internationale sur la santé communautaire dans la Région africaine, Addis-Abeba. 2006.
24. MALTESER. Enquête socioéconomique sur l'accès aux soins à Nyantende au Sud-Kivu. 2011.
25. Kaddar M, Stierle F, Schmidt-Ehry B, Tchicaya A. L'accès des indigents aux soins de santé en Afrique subsaharienne. Rev Tiers Monde. 2000;903–25.
26. Manzambi JK, Tellier V, Bertrand F, Albert A, Reginster JY, Van Balen H. Les déterminants du comportement de recours au centre de sante en milieu urbain africain: Resultats d'une enquete de menage menee a Kinshasa, Congo. Trop Med Int Heal [Internet]. Blackwell Science Ltd; 2000 Aug 1 [cited 2017 Dec 4];5(8):563–70. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-3156.2000.00588.x>
27. FRANCE M du M. Enquête de l'impact du recouvrement des couts sur l'accès aux soins de la population de Keita au Niger. 2006.
28. MSF. Accès des soins de santé au Burundi: résultats de trois enquetes épidémiologiques. 2014.
29. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics - Health Expenditures [Internet]. 2009. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/health-expenditures.htm>
30. Karemere H. Analyse des attitudes et comportements des médecins et infirmiers en tant que levier stratégique de la gestion des ressources hospitalières. Vol. 21, Pan African Medical Journal. 2015. p. 1.
31. Victor S. The Dimensions of Service Quality for Hospitals: development and use of the KQCAH scale [Internet]. Wordpress. 2007. p. 1–16. Available from: <https://technopreneurship.files.wordpress.com/2007/04/draft-2007-04-04.pdf>
32. Dfiils S, Fourn L, Booéa G, Meojigbooo R, Tchibozo H. Influence de la Pratique de la Bonne Gouvernance sur la Qualité des soins Maternels au Bénin. Sci Med. 2008;6:70–7.

33. Sower V, Duffy J, Kilbourne W, Kohers G, Jones P. The dimensions of service quality for hospitals: development and use of the KQCAH scale. *Health Care Manage Rev* [Internet]. 2001 [cited 2017 Dec 4];26(2):47–59. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11293010>
34. RDC MDLSP. Deuxieme Enquête Démographique et de Santé. 2014.
35. Hellene V marie. La contraception dans le monde [Internet]. serena. 2001. Available from: http://fr.serena.ca/index.php?option=com_k2&view=item&id=95:la-contraception-dans-le-monde&lang=fr
36. Patterns W contraceptive. Division de la population des nations unies. 2013.
37. Garenne M. Planning familial et fécondité en Afrique : Évolutions de 1950 à 2010. 2017.
38. Tagny CT, Murphy EL L. Groupe de recherches transfusionnelles en Afrique francophone. Vol. 21, *journal de la société française de transfusion sanguine*. 2014. p. 37–42.
39. J KM. Transfusion en République Démocratique du Congo: efforts à réaliser et défis à relever,RD. *Médecine santé Trop*. 2015;25:342–9.
40. OMS. Objectifs du millenaire pour le developpement,. 2015.
41. OMS H. Déclaration de l’OMS sur le taux des césarienne. 2015.
42. Ye J, Betrán AP, Guerrero Vela M, Souza JP, Zhang J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. *Birth* [Internet]. 2014 Sep [cited 2017 Dec 4];41(3):237–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24720614>
43. OCDE. Durée moyenne de séjour à l’hospital. In: *Panorama de la santé*. 2011.
44. SCHWARTZ. Méthodologies statistiques à l’usage des médecins. Flammarion. 1969.



ZONE DE SANTE DE WALUNGU

