

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET UNIVERSITAIRE  
UNIVERSITE CATHOLIQUE DE BUKAVU

**U.C.B**



**FACULTE DE MEDECINE  
ECOLE REGIONALE DE SANTE PUBLIQUE**

**PROGRAMME DE MASTER EN SANTE PUBLIQUE**

**PROFIL DU PERSONNEL DE SANTE DANS LES ZONES DE SANTE DE KATANA ET  
WALUNGU**

**Avec l'appui de RIPSEC**

**Par : CISHAGALA FAZILA Liliane**

Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de  
Maîtrise en santé publique  
Option : Santé communautaire

**Directeur : Prof. . Ghislain BISIMWA B. , MD ; PhD  
Encadreur : Charles MUSHAGALUSA R. , MPH ; Ecosa**

**Décembre 2017**

## **DEDICACE**

A mon cher époux Pierre Prince LUNJWIRE Mulemangabo,

A nos enfants Prince, Marie-Thérèse, Marie-Grace et Myriam LUNJWIRE,

A nos parents et nos beaux Parents,

A nos frères et sœurs.

Liliane CISHAGALA Fazila

## REMERCIEMENTS

Ce présent travail est le fruit conjugué de plusieurs personnes que nous tenons à remercier dans les lignes précédentes :

Qu'il soit remercié le professeur Ghislain BISIMWA B. et Mr Charles MUSHAGALUSA R. respectivement Directeur et encadreur de notre mémoire pour tant de conseils et suivi sans relâche au cours de notre étude.

Que les organisateurs de l'ERSP trouve un signe de gratitude de notre part car cette formation est un plus pour notre avenir.

Nous remercions également les personnels de santé des ZS de Katana et Walungu qui ont accepté de répondre à nos questions pour enrichir ce travail.

Nous n'oublions pas de remercier l'organisation RIPSEC (Renforcement Institutionnel pour des politiques de Santé basé sur l'Evidence en République Démocratique Congo) pour son soutien financier qui a permis la réalisation de ce présent travail.

Il nous sera ingrate de ne pas remercier les membres des corps académiques et scientifiques des universités de la place qui, de bonne fois, nous ont soutenu par leurs conseils et orientations pour des issues meilleurs.

Que les responsables de la DPS ne se sentent pas oublier car nous resterons toujours reconnaissante vis-à-vis de leur esprit d'ouverture, leur sens de collaboration et le souci de nous voir aujourd'hui acheter notre voyage.

Nous présentons nos remerciements et notre profonde gratitude à notre cher époux Dr. Pierre Prince L. MULEMANGABO pour son accompagnement et à nos enfants Prince L.ANSIMA, Marie-Thérèse L. AMBIKA, Marie-Grace L. AKONKWA et Myriam L. ALIKA, qui ont accepté toutes les privations pour nous permettre d'achever notre formation.

Qu'il soit remercié nos parents et beaux-parents, nos frères et sœurs pour leurs soutiens irrémédiables tout le long de notre formation ; que Dieu les couvre de bénédictions et fructifie leurs activités et progéniture.

Nous disons enfin merci aux collègues de service et de formation pour leur intéressement sans cesse.

Liliane CISHAGALA Fazila

## RESUME

### Introduction

La performance du système de santé dépend en grande partie des ressources humaines suffisantes, de qualité et motivées afin de fournir aux usagers des soins de santé de qualité et qui répondent à leur état de santé individuel et collectif.

L'instabilité socio-politique, l'insécurité, et la crise économique vécues ces dernières années au Sud-Kivu, ont augmenté la demande de service de santé publique et ont aggravé le manque de ressources humaines, spécialement le personnel de santé dans le secteur publique et plus particulièrement dans les zones de santé rurales.

Cette étude vise à décrire et à comparer le profil du personnel de santé dans deux zones de santé rurales Katana et Walungu.

### Méthodes et Matériels

Une étude descriptive transversale à visé analytique a été réalisée auprès de 645 personnels de santé choisis de manière exhaustive dans les 2 zones de santé rurales de la province du Sud-Kivu en RDC de mai en juillet 2017 .Une de deux zones étant sous la gestion étatique (ZS Walungu) et une autre (ZS Katana) sous la cogestion du Bureau diocésain des œuvres médicales (BDOM) et de l'état. Les données ont été analysées et traitées avec logiciel Epi info 3.5.4 et SPSS.

### Résultats

Les caractéristiques socio démographiques du personnel de santé dans les deux zones de santé (Katana et Walungu) sont presque les mêmes. (p value sup à 0,05).

Par rapport au niveau d'étude, la ZS de Katana emploie plus d'agents moins qualifiés (62,4%) que Walungu 37,6%.(p value inf à 0,05).

Il y plus d'agents (51,3%) ayant suivi une formation continue à Katana qu'à Walungu (48,7%) sans différence significative entre les 2 ZS.

Le personnel de la zone de santé de katana est mieux rémunéré que celui de Walungu.

### Conclusion

Le profil du personnel de santé est le même dans les deux zones et les effectifs respectent les normes nationales de la RDC en matière de gestion du personnel de santé mais le ratio médecin / habitant est inférieur aux normes de la RDC en ce domaine. La ZS de Katana qui est sous le modèle de cogestion jouit d'une meilleure gestion du personnel de santé entre autre du fait de la formation continue des agents de santé qui y est régulièrement organisée et de la prise en charge financière du personnel.

**Mots clés : Profil, Personnel de santé, Normes, zone de santé**

## ABSTRACT

### Introduction

The performance of the health system depends mostly on enough human resources who are qualified and motivated to provide users with quality health care and who meet their individual and collective health state.

The social and the political instability and the economic crisis lived in this last years in South Kivu have increased the request for public health service and have aggravated the lack of human resources especially the health staff in public sector and most specifically in rural health zones. This study aims at describing and comparing the profile of health workers staffs in Katana and Walungu rural health zones.

### Methods and Tools

A cross descriptive study was done with an analytical aim in both zones chosen according to the availability of data and their management method; on zone under the state management ( Walungu health zone ) and the other one ( Katana health zone ) under the joint management of the BDOM office and the state.

52 health structures chosen in an exhaustive way enabled the selection of 645 health workers: 332 at Walungu and 313 at Katana from May to July 2017. The data were analysed and treated with the software Epi info 3.5.4 et SPSS.

### Results

Socio-demographic characteristics of health staff in both health zones (Katana and Walungu are almost the same (p value sup to 0.05). In comparison with study level, Katana Health Zone employs more workers who are less qualified (62.4%) than Walungu (37.6%) (p value inf to 0.05). There are more workers in followed a continuous training at Katana ( 51.3%) whereas at Walungu ( 48.7%) without any significant difference between both zones. The staff of Katana health zone is better paid than that of Walungu.

### Conclusion

The profile of health workers staff is the same in both zones and their number respects national norms of the DR Congo in matters of the management of health staff. The nurse ratio per inhabitant respects the norms of the DR Congo and off the WHO in both health zone, whereas the physician ratio per inhabitant is inferior to that norms. Katana health zone , which is under the model of joint management enjoys a better management of health staff when for example taking into account the continuous training of health workers which is regularly organized there and the presence of different technical and financial partners.

**Key words: Profile, Health workers, Norms , Health zone**

## TABLE DES MATIERES

DEDICACE .....	I
REMERCIEMENTS.....	II
RESUME .....	III
ABSTRACT.....	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
SIGLES ET ABBREVIATIONS.....	VIII
CHAPITRE 1: INTRODUCTION .....	1
1.1. Contexte .....	1
1.2. Problématique et justification de l'étude.....	2
1.3. Questions de recherche .....	4
1.4. Objectifs de l'étude .....	5
1.4.1. Objectif général.....	5
1.4.2. Objectifs spécifiques .....	5
1.5. Hypothèses du travail.....	5
1.6. Cadre conceptuel.....	6
1.7. Revue de la littérature.....	7
1.7.1. Définition des concepts .....	7
1.7.2. Quelques études antérieures.....	7
1.7.3. Les normes en RDC par rapport aux ressources humaines .....	10
CHAPITRE 2 : MATERIELS ET METHODES .....	13
2.1. Présentation du milieu d'étude .....	13
2.1.1. La Zone de santé rurale de Walungu.....	13
2.1.2. La Zone de santé Rurale de Katana.....	13
2.2. Type d'étude et cadre d'étude .....	14
2.3. Population de l'étude et durée de l'étude .....	14
2.4. Echantillonnage .....	14
2.5. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	14
2.6. Méthodes et Matériels utilisés .....	15
2.7. Méthodologie proprement dite .....	15
2.8. Techniques et outils de collecte des données .....	15
2.8.1. Techniques utilisées .....	15
2.8.2. Outils de collecte .....	16
2.8.3. Collecte des données .....	16
2.9. Variables d'étude.....	17
2.10. Traitement et analyse de données.....	18
2.11. Limites méthodologiques.....	19

2.12. Difficultés rencontrées .....	19
2.13. Considérations éthiques .....	19
2.14. Conflit d'intérêt .....	19
CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESURLTATS .....	20
3.1. Profil du personnel de santé .....	20
3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés .....	20
3.1.3 Effectif du personnel par Catégorie des fonctions .....	21
3.1.4. Formation et ancienneté des enquêtés .....	22
3.2 Recrutement et statut des agents .....	23
3.3. Statut du personnel en fonction des zones de santé .....	24
3.4. Revenu du personnel de santé .....	24
3.4.1 Effectif de personnel percevant différents types de prime .....	24
3.4.2. Moyenne des 3 différents revenus pour 3 derniers mois .....	25
3.4.3. Revenu moyen mensuel total .....	26
3.5. Ratio et conformité du nombre de personnel par rapport aux normes .....	27
3.6. La formation continue .....	27
CHAPITRE 4 : DISCUSSION .....	29
4.1. Caractéristiques sociodémographiques du personnel de santé dans les 2 ZS .....	29
4.2. Du respect des normes sanitaires en matière de gestion su personnel .....	30
4.3. Le ratio du personnel dans les deux zones de sante Katana et Walungu .....	33
4.4. De la Rémunération du personnel de santé .....	33
CONCLUSION .....	35
RECOMMANDATIONS .....	36

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1: Normes relatives aux ressources humaines en RDC pour CS .....	10
Tableau 2 Normes relatives aux ressources humaines en RDC pour HGR.....	10
Tableau 3: Définitions opérationnelles des variables d'étude .....	18
Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques .....	21
Tableau 5: Effectif du personnel par catégories de fonction dans les deux zones de santé.....	21
Tableau 6: Niveau d'étude, école de formation et ancienneté dans la profession .....	22
Tableau 7: Processus de recrutement et instance d'engagement dans les deux zones de santé.....	23
Tableau 8: Statut du personnel en fonction des zones de santé .....	24
Tableau 9: Effectifs des agents bénéficiaires de différentes primes par catégorie du personnel.....	25
Tableau 10: Différents revenus moyens de 3 derniers mois par catégorie d'agents.....	26
Tableau 11. Moyenne de revenu mensuel total par catégories de personnel dans les deux zones de santé .....	27
Tableau 12. Ratio médecins et infirmiers par population .....	27
Tableau 13: Formation continue du personnel en fonction des zones de santé.....	28

## **SIGLES ET ABBREVIATIONS**

AG: Administrateur Gestionnaire

AS : Agent de santé

BCZ : Bureau Central de la Zone

BDOM: Bureau Diocésain des Œuvres Médicales

CH: Centre Hospitalier

CONF.: Confessionnel

CS: Centre de Santé

CSR: Centre de Santé de Référence

DESHOP.: Des hôpitaux

DN: Directeur de Nursing

DPS: Division Provincial de la Santé

ERSP: Ecole Régionale de Santé Publique

FOMULAC : Fondation Médicale de l'Université de Louvain en Afrique Central

HGR: Hôpital Général de Référence

IPS: Inspection Provinciale de la Santé

IS BCZ: Infirmier Superviseur du Bureau central de Zone

ISTM: Institut Supérieur de Technique Médicale

IT: Infirmier Titulaire

ITM: Institut Technique Médical

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IRA : Infection Respiratoire Aigue

MCZ: Médecin Chef de Zone

MDH: Médecin Directeur de l'Hôpital

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PPDS: Plan Provincial de Développement Sanitaire

PNDS: Plan National de Développement Sanitaire

PNCNS: Programme National des Compte de la Santé

PPDS SK: Plan Provincial de Développement Sanitaire du Sud-Kivu

PS: Poste de Santé

PTF: Partenaires Techniques et Financiers

RDC: République Démocratique du Congo

RHS: Ressources Humaines en Santé

RIPSEC: Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'évidence en République Démocratique du Congo

SRSS: Stratégie de Renforcement du Système de Santé

SSP: Soins de Santé Primaire

UCB: Université Catholique de Bukavu

ZS: Zone de Santé

## CHAPITRE 1: INTRODUCTION

### 1.1. Contexte

La santé et le bien-être des populations dans le monde dépendent étroitement de la performance de leurs systèmes de santé (OMS, 2000).

La performance du système de santé dépend en grande partie des ressources humaines suffisantes, de qualité et motivées afin de fournir aux usagers des soins de santé de qualité répondant à leur état de santé individuel et collectif. De ce fait, le développement adéquat des ressources humaines constitue un élément important en termes de capacité de planification, de formation, de gestion et de soutien du devenir professionnel des personnels de santé à tous les niveaux du système de santé. (Zurn et al. 2004).

Selon le Rapport sur la Santé dans le Monde 2006 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la crise des Ressources Humaines pour la santé s'observe dans le Monde entier et particulièrement en Afrique subsaharienne.

Les pays développés sont également confrontés au problème de l'offre du personnel de santé. En France par exemple, le nombre des professionnels de santé en formation est régulé par le système de santé, cependant l'existence d'une pléthore ou d'une pénurie est plutôt liée à une répartition géographique inégale entre milieu urbain et milieu rural et à une mauvaise répartition entre les spécialités des soins primaires et secondaires. (BOURGUEIL Y. ; 2006).

Les ressources humaines en santé, un des 6 piliers du système de santé, constituent un élément moteur pour l'amélioration de la situation sanitaire dans le monde et particulièrement dans les pays en développement et influencent positivement l'accès universel aux soins (Gallais C.;2010).

En République Démocratique du Congo, une politique de santé a été définie sur les Soins de Santé Primaires (SSP) pour renforcer le système de santé. Dans sa mise en œuvre, des axes prioritaires ont été adoptés parmi lesquels, le développement des ressources humaines, qui malheureusement est resté jusque-là insatisfaisant.

Comme dans la plupart des pays africains, l'organisation du système de santé en RDC est de type pyramidal et comprend, trois niveaux : le niveau central (Ministère national de la santé), le niveau intermédiaire (Division provinciale de la santé) et le niveau opérationnel (la Zone de Santé).

La zone de santé (ZS) est l'unité opérationnelle de mise œuvre des Soins de Santé Primaire(SSP). Depuis 2006, afin de renforcer l'accès aux soins de santé de qualité à la population, la RDC a adopté la « Stratégie de renforcement du système de santé » (SRSS) pour lui servir de fil conducteur. La ZS comporte un bureau central qui est l'organe administratif qui dirige la mise en œuvre de la

stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) dans les formations sanitaires qui font aussi partie intégrante de cette ZS. (SRSS 2006).

Au Sud-Kivu, l'instabilité politique, l'insécurité, la situation sociale défavorable et la crise économique vécues ces dernières années ont augmenté la demande de service de santé publique et ont aggravé le manque de ressources humaines spécialement le personnel de santé dans le secteur public et plus particulièrement dans les zones de santé rurales. (PPDS SK 2016-2020).

Notre étude se focalise sur 2 zones de santé rurales dont l'une, celle de Katana, est une zone sous la cogestion du Bureau Diocésain des ères Médicales (BDOM) de l'Archidiocèse de Bukavu à travers une convention de partenariat entre la partie publique (Ministère de la santé) et l'Eglise Catholique. L'autre zone de santé est celle de Walungu qui est une zone étatique sous la gestion totale de l'Etat via la Division Provinciale de la Santé (DPS).

Dans la convention de partenariat entre le Ministère de la santé et l'Archidiocèse de Bukavu il est dit que le partenaire a pour objectif d'améliorer la gestion sanitaire et financière de la zone concernée afin d'améliorer la qualité des soins de santé primaire de la population (Convention de partenariat 2012).

Ce travail veut analyser le profil du personnel de santé dans ces deux zones de santé, leur recrutement, ainsi que le système rémunération du personnel de santé.

## **1.2. Problématique et justification de l'étude**

Le problème des Ressources Humaines pour la santé est une préoccupation internationale.

L'insuffisance en quantité et en qualité en personnel de santé reste un problème dans le monde, surtout dans les pays en développement ; et empêche au système de santé d'offrir des soins de qualité à la population.

(GALLAIS C. 2010).

L'inadaptation des cursus de formation aux besoins des utilisateurs et l'inadaptation de la formation de base et de la formation continue font partie des causes de la gestion non satisfaisante du personnel de santé identifiées en République Démocratique du Congo. Cette situation est accentuée par le recrutement inadéquat du personnel, la mauvaise exploitation de l'expertise et la répartition inadéquate des effectifs.

Le déficit en motivation, quant à lui, résulte de l'inexistence d'un plan de carrière, d'une rémunération insuffisante et des conditions de travail non satisfaisantes (Ministère de la santé : Plan stratégique de réforme hospitalière ; 2010 RDC).

Au Sud-Kivu, l'effectif total du personnel de santé de la province est de 10 634 agents dont 7 249 hommes soit (68,2%) et 3 385 femmes soit (31,8%) qui exercent dans les formations sanitaires soit un sexe ratio de 2,14.

L'analyse des effectifs des ressources humaines au Sud-Kivu montre une augmentation du personnel durant les 5 dernières années, toutes les catégories confondues.

Le ratio médecin pour 10.000hab a ainsi progressé de 0,5 à 0,6. Mais reste en deçà de l'objectif d'au moins 1 médecin pour 10.000hab. Il en est de même du ratio infirmier pour 5000hab qui s'est amélioré de 1,85 à 2,3.

Par ailleurs, le recrutement à la base de cette augmentation du personnel n'a pas tenu compte du besoin exprimé par la structure et les procédures en la matière. Ainsi, une disparité s'observe entre les zones urbaines et rurales voire au sein même des zones urbaines. Néanmoins, l'effectif des administratifs demeure encore important.

L'analyse démontre que sur un effectif total de 10634 agents de la DPS y compris le niveau intermédiaire, 7.198 sont non mécanisés soit 76,6%. 4.949 bénéficient de la prime de risque soit 46,5% et seuls 479 perçoivent le salaire de l'Etat soit 4,5%.

Bien que 46,5% d'agents reçoivent la prime de risque, celle-ci reste dérisoire et inégalement répartie entre les catégories de professionnels de santé.

En outre, le personnel ayant plus de 60 ans d'âge demeure actif et ne sont pas retraités, ces effectifs contribuent à la pléthore observée dans les formations sanitaires (PPDS Sud-Kivu 2016-2020).

Au cours de ces deux dernières décennies caractérisées par une instabilité politico-administrative, le système de santé congolais s'est trouvé dans le besoin de trouver des appuis extérieurs pour renforcer le fonctionnement des structures sanitaires et administratives du niveau périphérique. C'est ainsi que, dans la province du Sud Kivu certaines ZS au départ étatiques ont été confiées à la cogestion des confessions religieuses et d'autres ne reçoivent que des appuis des partenaires techniques et financiers (PTF) tout en gardant leur statut étatique. C'est le cas de la ZS de Katana et de celle de Walungu. Dans les deux cas, le pouvoir public garde sa fonction de régulateur et doit donc faire respecter les normes entre autre en rapport avec la gestion des ressources humaines pour la santé (RHS). Toutefois, l'existence d'un partenaire Co gestionnaire dans une ZS peut constituer un facteur de bonne gestion du personnel .

Selon Wembonyama et al, cette instabilité politico administrative expliquerait également la prolifération des structures de formations privées dans le secteur de formation médicale et non médicale ayant pour conséquence une baisse de la qualité de formation du personnel de santé et un manque des compétences requises dans la vie professionnelle .

Le budget de l'Etat consacré à la santé reste faible et largement inférieur aux engagements pris par les Chefs d'Etat à Abuja en 2000 (15%). (PNCNS, 2014). C'est ainsi que faute de financements suffisants dans le secteur public plusieurs structures sanitaires privées et confessionnelles ont vu le jour jusque dans les ZS rurales.

La démotivation financière et administrative influence négativement la disponibilité du personnel de qualité dans les ZS. En outre, en l'absence du salaire, la prime octroyée par la structure est trop minime, la prime de risque octroyée par le gouvernement n'est pas payée à tous les agents reconnus par la fonction publique. (Wembonyama S. et al; 2007). .

Dans la zone de santé de Walungu, on assiste à une multitude des structures de santé d'ordre publique et privé et la présence de plusieurs agents de santé dispensant ainsi les soins sans justement répondre à un certain nombre de critères pouvant leur donner l'autorisation d'exercer correctement l'art de guérir. Les engagements du personnel de santé dans différentes structures, s'effectuent dans plusieurs formations sanitaires sans que l'autorité ayant la santé dans ses attributions ne le sache. (PDS ZS WALUNGU année 2016 -2020).

Dans la zone de santé de Katana, le non-paiement de la prime de risque et de salaire de l'état pour la quasi-totalité du personnel, l'absence de plan de carrière et d'avancement en grade ; la plupart des agents sont des « nouvelles unités » durant plusieurs années (plus de 10ans). A cela s'ajoute l'insuffisance de certaines catégories des agents, notamment les techniciens de laboratoire, les anesthésistes, les radiologues, les accoucheuses et les comptables A1 au niveau de l'HGR et des CH, les imagistes à l'HGR, le nombre élevé du personnel retraitable (27% à l'HGR).Ce sont là autant de problèmes liés aux ressources humaines en santé dans la ZS de Katana (PDS ZS KATANA 2016-2020).

La zone de santé de Katana contrairement à la zone de Walungu est une zone sous partenariat du Bureau diocésain des œuvres médicales de l'Archidiocèse de Bukavu (Rapport annuel BDOM 2015). La convention de partenariat entre le ministère de la santé et l'Archidiocèse de Bukavu a pour objectif d'améliorer la qualité des soins de santé primaires et donc de faire respecter les normes en rapport avec les ressources humaines qui assurent ces soins par un appui technique, financier et matériel.(Convention de partenariat n°1250/CAB/MIN/023/CJ/OMK/2012 )

La ZS de Katana bénéficie également de plus d'appuis techniques et financiers des différents partenaires que la ZS de Walungu. (PDSZS Katana 2016-2020; PDSZS Walungu 2016-2020)

### **1.3. Questions de recherche**

Pour mener à bien notre étude, nous nous sommes posé les questions de recherche suivantes :

1. Quel est le profil du personnel de santé dans les zones de santé rurales de Walungu et de Katana ?

2. Les interventions des partenaires techniques et financiers et la cogestion d'une zone de santé avec un partenaire traditionnel constitue-t-elle un atout pour une meilleure gestion du personnel de santé dans la zone de santé particulièrement rurale ?

## **1.4. Objectifs de l'étude**

### **1.4.1. Objectif général**

Contribuer au renforcement du système de santé dans les zones de santé rurales de la province du Sud Kivu

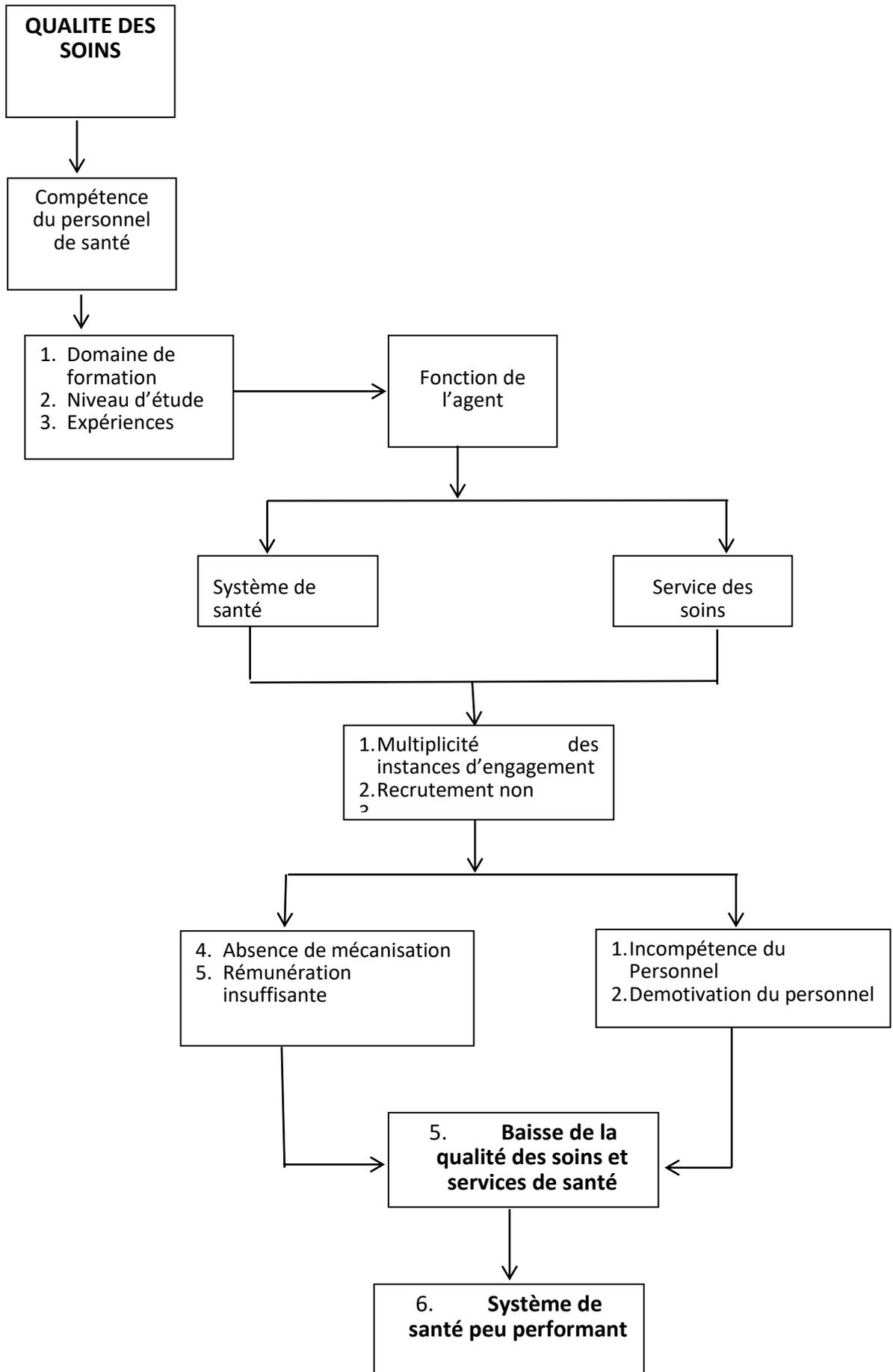
### **1.4.2. Objectifs spécifiques**

1. Décrire le profil du personnel de santé dans les 2 ZS (âge, sexe, statut, niveau d'étude, année d'expérience,...)
2. Evaluer le niveau de rémunération du personnel de santé dans les deux zones de santé de Walungu et de Katana
3. Déterminer le ratio de ces derniers par rapport aux normes en RDC.
4. Evaluer l'influence des apports des PTF sur la motivation des personnels de santé dans les ZS de Walungu et Katana.

## **1.5. Hypothèses du travail**

1. Il n'y a pas de différence entre le profil du personnel de santé de la ZS de Katana et celui de Walungu;
2. Le système de rémunération du personnel est un facteur de stabilité et de disponibilité du personnel dans une zone de santé,
3. Le ratio du personnel dans les deux zones de santé Katana et Walungu est conforme aux normes en la matière en RDC.
4. La présence et les apports des PTF sont des facteurs influençant la motivation et contribuent à la stabilité et à la disponibilité du personnel de santé.

## 1.6. Cadre conceptuel



## 1.7. Revue de la littérature

### 1.7.1. Définition des concepts

1. Le personnel de santé : est constitué des personnes dont l'objectif direct ou indirect de leur travail est l'amélioration de la santé (OMS 2006). Il s'agit de médecins, des infirmiers, des accoucheuses, des administratifs, etc.
2. Un profil : est un ensemble des qualifications, des aptitudes et des traits psychologiques d'une personne nécessaires pour occuper un emploi, une fonction ou un poste.
3. Partenaires : toutes personnes physiques ou morales qui mettent des ressources en commun pour atteindre un objectif commun.
4. Partenaire pour la santé : toute personne physique ou morale qui participe activement avec l'État dans le développement de la santé, soit par l'administration des soins de santé, soit par des apports humains, matériels, techniques ou financiers, soit par des actions de mobilisation et de sensibilisation de la communauté. (Vadémécum de partenariat, 2003).
5. Un partenaire technique et financier : est un partenaire pour la santé.

### 1.7.2. Quelques études antérieures

Dans une étude menée par WITTMANN Emmanuel sur la satisfaction du personnel au travail à l'hôpital local de Sarre-Union en France en 2008, les résultats ont montré que : par rapport à la formation, 54% des enquêtés ont déclaré avoir suivi une formation continue mais se sont réservés sur le fait que la formation reçue était oui ou non utile par rapport à leur travail. Quant à la rémunération, 44% du personnel ont rapporté que le personnel soignant étaient moins rémunérés que le personnel administratif (attachés de bureau) (WITTMANN, Emmanuel. 2008).

En Australie, une étude portant sur les médecins généralistes étrangers et leurs conjoints en 2008 par Angela Durey et John Duff a montré que dans la plupart des États et des Territoires d'Australie, les femmes constituent entre 25 et 30% des professionnels de la santé et sont plus jeunes que leurs homologues masculins (DUREY A., 2008).

Une étude, réalisée par ILBOUDO et al au Burkina-Faso en 2014, dans 6 districts sanitaires sur les personnels de santé qui interviennent à différents niveaux de la pyramide sanitaire dans les urgences obstétricales a trouvé dans le résultat que l'âge médian du personnel de santé était de 36ans (27- 57 ans), que 60% du personnel étaient de sexe masculin contre 40% de sexe féminin et 75% étaient mariés. L'ancienneté moyenne était de 8 ans dans le secteur public. Seulement moins de 30% du personnel étaient des médecins et infirmiers. Les agents de santé enquêtés étaient en

majorité des contractuels de l'état, seulement 38% étaient des fonctionnaires et avaient plus d'années d'expérience. Quant à la rémunération, les attachés de santé (administratifs) ont indiqué un salaire médian plus élevé que les autres catégories (médecins, infirmiers, accoucheuses). Les salaires des agents variaient en fonction des années d'expérience. Cependant les médecins avaient un revenu total médian le plus élevé environs 2 fois celui des accoucheuses. Les 3 facteurs de motivation étaient le service rendu à la communauté, le statut social et la pension. Le salaire n'était pas un. (ILBOUDO P. et al 2014).

Une étude menée au Sénégal par Zurn et al en 2010 ; sur la fidélisation du personnel de santé en milieu rural a montré que le recrutement d'agents de santé à travers le Ministère de la Fonction publique représente le mode de recrutement le plus important. L'affectation des agents de santé peut également se faire soit directement par le Ministère de la Santé ou être décidée au niveau régional selon qu'il s'agit respectivement des médecins, du personnel des hôpitaux ou du personnel des postes et des centres de santé (ZURN P. et al 2010).

Une autre étude réalisée au Sénégal par BRIAN K. en 2010 de l'évaluation des besoins dans le secteur de la santé dans le district de Louga a montré que le district de Louga avait un ratio de 1 médecin pour 11802 habitants et de 1 infirmier pour 1222 habitant. (BRIAN K. 2010).

Une étude réalisée au Tchad sur le suivi des dépenses publiques destinées au secteur de santé réalisé par Bernard Gautier et Wally Wane en 2005, a montré que sur l'ensemble du pays, les CS publics sont les moins importants en taille avec 6 personnes par centre, tandis que les confessionnels sont les plus grands avec un personnel fort de plus de huit individus. La moitié du personnel de santé se trouve dans le groupe d'âge 31-45 ans. Les CS confessionnels fidélisent mieux leur personnel qui travaille dans le centre en moyenne depuis plus de 6 années et demie. En moyenne pratiquement 29 % du personnel des CS n'a pas dépassé l'école primaire, dont 6,6 % n'ont pas de formation du tout. On considère qu'un centre de santé offre de la formation continue à ses employés s'ils ont fait une formation durant l'année précédente l'enquête, c'est-à-dire en 2003. Les confessionnels offrent plus de formation continue à leur personnel. Durant l'année 2003, 30 % du personnel des CS confessionnels a reçu une formation ayant trait à la santé. (Gautier B. et Wane W. ;2005).

Au Bénin, une étude des conséquences socio sanitaires de la croissance démographique réalisée par BONI G en 2014 a montré que le système de soins présente une pénurie de certaines catégories de

ressources humaines (notamment les médecins spécialistes, les techniciens supérieurs de laboratoire et de radiologie, les anesthésistes, etc.) ; une pléthore de personnel d'appui et de soutien. Le système de soins est constitué à 94,5% de formations sanitaires privées. Le service public représente à peine 5,5% des établissements sanitaires. (BONI G. et al, 2014).

Les enquêtes de la direction nationale de ressources humaines du Burundi de 2011 ont noté en ce qui concerne les médecins, le ratio global pour tout le pays est de 1 médecin pour 19.231 habitants (la norme de l'OMS étant 1 médecin pour 10.000 habitants). Le ratio infirmier par habitant est satisfaisant avec un infirmier pour 1349 habitants (la norme de l'OMS étant de 1 infirmier par 3 000 habitants). (Profil de ressources humaines en sante du Burundi, Observatoire National des Ressources Humaines en Sante(ONRHS) du Burundi, Edition 2011).

Dans leur étude sur les sources des revenus des agents de santé réalisée en RDC en 2017, Rishma et al. ont trouvé que les personnels de santé habitaient principalement en milieu rural (80,6%) et 81,7% travaillaient dans les CS. La plupart des personnels de santé étaient de sexe masculin et âgé entre 30 et 45 ans. Dans cette même étude 90% du staff étaient constitué des infirmiers. Quant au niveau d'étude, la majorité des professionnels de santé avaient un niveau secondaire. Seul 1/3 avaient un niveau universitaire. La médiane de la durée était de 6ans d'ancienneté. Cette même étude a montré que seuls 31% des agents recevaient leur salaire du gouvernement alors que 75% des agents rapportent que leur revenu provenait des frais payés par les usagers. Le revenu total mensuel médian est de 85 \$ mais la moyenne est 165\$ (Maini R.et al ; 2017).

L'étude de la rémunération des personnels de santé en RDC réalisé par BERTONE et al 2014 a montré qu'il y a une très grande variation entre le revenu total du personnel de santé et une très grande différence entre le revenu des cadres et médecins et le revenu total des infirmiers. Selon cette étude les médecins gagent 7 fois plus que les infirmiers et les administratifs gagnent 1,7 fois plus que les infirmiers. Seul 1/3 d'infirmiers avaient rapporté recevoir un salaire pendant que 1/4 recevaient une prime de risque ; 18% d'infirmiers recevait à la fois un salaire et une prime de risque. Pour l'âge de la retraite, l'auteur a trouvé que 3% des agents de santé devrait aller en retraite. Les résultats de cette étude ont également montré une pénurie généralisée d'agents de santé (AS) et ont indiqué que ces AS sont inégalement répartis, de telle sorte que les faibles effectifs sont plus fréquents pour les CS et dans les zones rurales ; que pour les établissements de niveau plus élevé situés dans les zones urbaines. (BERTONE M. P. et al 2015).

### 1.7.3. Les normes en RDC par rapport aux ressources humaines

L'existence de la stratégie de renforcement du système de santé ayant tout un axe stratégique relatif au développement des ressources humaines est une force dans la gestion des ressources humaine en RDC. Cette SRSS est soutenue par des structures nationales et provinciales chargées de Ressources humaines en santé.

Les normes définissent les exigences à respecter et constituent un des outils utilisés pour l'opérationnalisation de la stratégie de renforcement du système de santé.

Les normes en ressources humaines en rapport avec les différents postes pour un centre de santé qui dessert 5000 à 10 000 habitants et pour un HGR qui dessert 100000 sont reprises dans les tableaux 1 et 2 ci-dessous.

Tableau 1: Normes relatives aux ressources humaines en RDC pour CS

N°	Postes/Services CS	Qualification	Nombre
1	Consultations	Infirmier diplômé A1 ou A2	2
2	Soins	Infirmier diplômé A1 ou A2	2
3	Laboratoire	Technicien A2	1 - 2
4	Réception	D6	1
5	Logistique/maintenance	Sans qualification exigée	1
6	Accoucheuses		2
Total			8 - 10

Source : Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement des ZS en RDC, juillet 2012

Tableau 2 Normes relatives aux ressources humaines en RDC pour HGR

N°	Qualifications du Personnel	Nombre de lits par personnel de santé		HGR de 100 lits	HGR de 150 lits
		Min	Max		
I	<b>Professionnel de santé</b>				
1	Médecin	25	50	6	8
2	Chirurgien-dentiste	100	200	1	2
3	Pharmacien	100	200	2	3
5	Infirmiers A1 ou L2	25	50	4	6
6	Infirmier A2	10	20	10	15

7	Infirmier A3	10	20	10	15
8	Infirmière Accoucheuse A1, A2, A3	15	30	7	10
9	Biologiste médical	100	200	2	2
10	Technicien Labo A1, A2	25	100	4	6
12	Kinésithérapeute A1	100	200	5	7
13	Nutritionniste A1	100	200	2	4
14	Technicien Radio A1	50	100	2	3
15	Anesthésiste A1	50	100	2	3
16	Assistant en pharmacie A2	50	200	4	3
17	Administrateur Gestionnaire L2	100	200	2	3
18	Administrateur Gestionnaire A1	100	200	4	6
	Technicien d'Assainissement A2	100	200	4	6
	<i>Sous total 1</i>			<b>71</b>	<b>102</b>
II	<b>Personnel administratif</b>				
	Secrétaire	50	100	1	1
	Comptable	50	100	1	2
	Caissier	50	100	1	1
	Statisticien et archivage	100	200	1	1
	Agent de facturation	100	200	1	1
	Réceptionniste	100	200	2	2
	Chauffeur et Chauffeur mécanicien	50	100	2	2
	Personnel de la buanderie	50	50	3	3
	Personnel de la morgue	50	100	1	2
	Agents de sécurité	50	100	2	3
	Cuisinier	50	100	1	2
	Commis/huisier	100	200	1	2
	Manœuvre	20	20	5	5
	Garçon et fille de salle/Techniciens de surface	5	0	6	8
	<i>Sous total 2</i>			<b>28</b>	<b>34</b>
II	<b>Personnel technique et logistique</b>				
	Electricien	100	200	1	2
	Menuisier	50	100	1	2
	Plombier	100	200	2	4
	<i>Sous total 3</i>			<b>4</b>	<b>8</b>
				103	144

Source : Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement des ZS en RDC, juillet 2012

Une utilisation rationnelle des ressources humaines réparties de cette manière, dont 70% sont constitués du personnel médicaux et para médicaux et 30% des personnels administratifs, est susceptible de garantir un travail de qualité et est donc la base recommandée pour la planification des effectifs dans un hôpital (Normes actualisé 2012).

## **CHAPITRE 2 : MATERIELS ET METHODES**

### **2.1. Présentation du milieu d'étude**

Notre étude a été réalisée en RD Congo, dans la province du Sud-Kivu, dans les zones de santé rurales de Walungu et de Katana pendant une période allant du 15 mai au 17 juillet 2017.

#### **2.1.1. La Zone de santé rurale de Walungu**

La ZS Walungu est située à 45 km au Sud-Ouest de la ville de Bukavu dans le territoire de Walungu. Elle a une superficie de 800 km<sup>2</sup> et une population générale estimée à 268434 habitants (pop 2017 ajustée par le taux d'accroissement). La densité est de 335 habitants/km<sup>2</sup>.

La ZS est accessible par route terre battue en mauvais état.

Sur le plan sanitaire, la ZS de Walungu compte 23 centres de santé, 4 Postes de santé fonctionnels, 2 Centres Hospitaliers, un HGR. On y retrouve quelques autres structures privées intégrées qui sont fonctionnels. Deux institutions de formation des sciences de la santé sont opérationnelles dans la ZS dont un ITM et un ISTM.

Sur le plan socio-économique, la population de Walungu est majoritairement pauvre. La source principale de revenu est l'agriculture et l'artisanat. La plantation de Gombo et celle d'Irabata constituent les deux entreprises de marché de l'emploi implantées dans la zone de santé.(PDSZS Walungu 2016- 2020).

#### **2.1.2. La Zone de santé Rurale de Katana**

La Zone de Santé de KATANA est située sur l'axe nord dans le territoire de KABARE à 46 Km de la ville de Bukavu.

La zone de santé a une superficie de 400 km<sup>2</sup>. Elle dessert une population estimée à 222951 (population 2017 ajustée par le taux d'accroissement) avec une densité de la population dans ZS de 557 habitants/km<sup>2</sup>.

Sur le plan sanitaire la ZS rurale de Katana compte 18 aires de santé avec au total 31 structures sanitaires dont 1HGR, 1CH, 18 CS, postes de santé et dispensaires privés intégrés.

Sur le plan socioéconomique, l'agriculture et l'élevage constituent les activités de subsistance. Ces dernières sont considérées comme source principale de revenu de près de 70% de la population.

L'on note la présence des fonctionnaires de l'état non payés, les pêcheurs artisanaux et les petits commerçants qui représentent près de 30% de la population (PDSZS Katana 2016-2020).

## **2.2. Type d'étude**

Une étude descriptive transversale à visée analytique menée auprès du personnel de santé prestant dans les Bureaux centraux des zones et les structures sanitaires (les hôpitaux généraux de références, les centres hospitaliers, les centres de santé et postes;) des deux zones de santé rurales de Katana et Walungu durant la période allant du 15 mai au 17 juillet 2017.

## **2.3. Population de l'étude et durée de l'étude**

Notre population d'étude est constituée du personnel de santé des structures sanitaires et des BCZ des ZS de Katana et de Walungu.

## **2.4. Echantillonnage**

Nous avons procédé à une étude exhaustive auprès de 705 agents de santé (médical, paramédical, administratif, et personnel d'appoint) travaillant dans les deux zones de santé. Ils sont repartis de la manière suivante : 364 pour la ZS de Katana et 341 pour la ZS de Walungu.

Les deux Zones de santé ont été choisies en raison de notre question de recherche et leur niveau d'accessibilité géographique. Ainsi nous avons choisi une zone étatique (ZS Walungu) et une zone sous la cogestion du Bureau diocésain des œuvres médicales (BDOM) de l'archidiocèse de Bukavu (ZS Katana).

Ainsi le personnel de santé de 52 structures dont 50 formations sanitaires étatiques, confessionnelles et privées intégrées et 2 bureaux centraux des zones de santé ont été considérés par cette étude.

## **2.5. Critères d'inclusion et d'exclusion**

### - Critère d'inclusion

- Dans notre étude nous avons tout le personnel de santé, médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire, nutritionnistes, pharmaciens, administratifs et personnels d'appoint travaillant dans les formations sanitaires publiques, confessionnelles et les privées intégrées trouvant dans les zones de santé de Walungu et de Katana. et qui ont accepté de participer à notre étude.

### - Critère d'exclusion

- Les agents de santé en détachement, les agents mis en disponibilité et les agents en suspension.
- Les agents de santé qui ont refusé pour des raisons personnelles de répondre à notre questionnaire d'enquête.

## **2.6. Méthodes et Matériels utilisés**

Deux méthodes ont simultanément été utilisées dans le cadre de cette étude, il s'agit de la méthode quantitative pour les enquêtes auprès des responsables des formations sanitaires et des BCZ et de la méthode qualitative auprès du personnel de santé.

Un questionnaire d'enquête en français, traduit par moment en mashi ou en swahili selon le cas a été administré auprès des 705 agents de santé. 645 enquêtés ont répondu à notre questionnaire soit 91,5% de la population attendue dont 313(86% %) à Katana et 332(97,3 %) à Walungu. Parmi les non répondant (8,5%) figurent toutes les catégories des personnels de santé, il y en avait plus dans la ZS de Katana qu'à Walungu.

Les informations collectées ont été complétées par celles recueillies à travers des entretiens directs auprès des prestataires des soins et les membres de l'équipe-cadre de la zone de santé.

## **2.7. Méthodologie proprement dite**

Pour déterminer si le recrutement répond au besoin en terme du nombre et de la formation, nous nous sommes référés aux normes sanitaires de la RDC en rapport avec la gestion des ressources humaines.

Pour vérifier si le système de rémunération profite à tous les personnels de santé; si la répartition du personnel est équitable nous avons en plus des informations recueillies sur notre fiche d'enquête, interrogés les équipes cadres des zones de santé pour avoir leurs avis.

Dans une situation de crise politico-économique, tel le cas de notre pays la RDC en général et de notre province le Sud-Kivu en particulier, quel est l'influence des différents apports des partenaires techniques et financiers sur le respect des normes par rapport au profil du personnel de santé dans les zones de santé rurales de Walungu et des Katana et donc sur la qualité de soins, pour cela nous avons interviewé les ECZ pour recueillir leurs appréciations.

La fiche d'enquête nous a permis également de récolter les données socio démographiques, économiques et les informations liées à la formation de chaque agent.

## **2.8. Techniques et outils de collecte des données**

### **2.8.1. Techniques utilisées**

En regard des objectifs de notre recherche, nous avons utilisé plusieurs techniques.

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire préétabli qui a été adressé aux agents de santé de deux zones de santé de Katana et Walungu pour collecter les données relatives à leur situation sociodémographique et socioéconomique et d'autres variables nécessaires pour cette étude.

Les unités statistiques à enquêter ont été constituées donc du personnel de santé prestant dans les formations sanitaires et dans les bureaux centraux des zones de santé. Les informations collectées ont été complétées par des interviews structurées avec les responsables de la Division provinciale de la santé.

Les enquêteurs ont été choisis en fonction de leur formation scolaire (un minimum du diplôme d'état), du fait de vivre dans le milieu et de leur aptitude à parler le Kiswahili, le Mashi et le Français, langues parlées dans les deux zones de santé de Katana et Walungu.

### **2.8.2. Outils de collecte**

Un questionnaire d'enquête et une fiche de collecte des données ont été conçus et soumis à nos cibles selon les différentes catégories. Il s'agit des agents de santé des formations sanitaires (hôpitaux, Centres de santé et postes de santé) ainsi que ceux des Bureaux centraux de zones de santé.

En plus du questionnaire d'enquête, nous avons exploité différents documents comme les rapports d'activités annuelles des ZS, les listes nominatives du personnel, les dossiers des agents,...

### **2.8.3. Collecte des données**

Deux groupes des données ont été collectées : Des données par rapport à l'identification de la structure où travaillent l'agent et des données en rapport avec l'agent enquêté lui-même.

Pour le premier groupe des données nous avons collecté les données en rapport la ZS, la catégorie de la structure et l'appartenance de la structure.

Pour ce deuxième groupe, ont été collectées les données en rapport avec chaque agent notamment son identité, sa fonction, son recrutement, son grade, sa formation, et sa rémunération.

Nous avons consulté les rapports et autres documents, les listes nominatives des personnels de ZS et les listes de différentes structures des zones de Santé au niveau du bureau des ressources humaines de la DPS où nous avons récolté les informations utiles pour la réalisation de notre étude.

Nous avons également effectué une descente sur terrain dans les zones de santé de Walungu et de Katana pour interroger directement les personnels de santé à l'aide d'un questionnaire d'enquête élaboré pour cet effet.

Au sein de chaque structure sanitaire retenue les enquêteurs ont interrogé systématiquement tous les personnels de santé médicale, paramédicale et administrative concerné par l'étude, ont été aussi interrogés au cours l'étude les agents des bureaux centraux des 2 zones de santé.

## 2.9. Variables d'étude

Deux types de variables ont été utilisés dans cette étude : une variable dépendante et des variables indépendantes.

La variable dépendante est : la fonction occupée par l'agent

Les variables indépendantes sont : des facteurs socio démographique, économiques et professionnelles notamment : l'âge, le sexe, l'ancienneté, le domaine de formation, le statut de l'agent, l'institution de formation, le grade de l'agent, le niveau d'étude, la résidence familiale, l'adresse professionnelle, le revenu, et l'appartenance de la formation sanitaire.

## Définitions opérationnelles des variables

Tableau 3: Définitions opérationnelles des variables d'étude

Type de variable		Variable	Définition opérationnelle
Variables	quantitatives	Age	Nombre d'année de vie depuis la date de naissance
		Ancienneté	Nombre d'année de service depuis l'engagement
		Revenu moyen	Moyenne de revenu de 3 derniers mois
	qualitatives	Sexe	Genre qui peut être masculin ou féminin
		Etat civil	Le fait pour un agent d'être soit marié, célibataire, veuf ou divorcé
		Statut de l'agent	Le fait pour un agent d'être reconnu par la fonction publique
		Adresse professionnelle	Le lieu d'où il part chaque matin pour aller à son travail.
		Résidence familiale	L'adresse où réside la famille restreinte de l'enquêté
		statut de la structure	Se définit par l'appartenance de la structure au réseau étatique, privé ou confessionnel
		Catégorie de la structure	Elle se définit par rapport au paquet d'activité que la structure est autorisée à réaliser.
		Domaine de formation	Discipline suivie et dans lequel on a obtenu un diplôme ou un certificat
		Lieu de formation	Le nom de l'école de formation
		Niveau d'étude	C'est le degré de formation par rapport au diplôme obtenue
		Grade de l'agent	Degré de responsabilité attribué à un agent
Fonction de l'agent	Poste occupée par l'agent, sa principale tâche au sein de l'organisation		

### 2.10. Traitement et analyse de données

Les programmes de base Word et Excel ont été utilisés pour l'encodage des données. Les données ont été ensuite exportées dans le logiciel Epi info 3.5.4 et SPSS pour leur traitement et leur analyse.

A l'aide des logiciels nous avons calculé les fréquences, les moyennes et médianes pour les données quantitatives.

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) à l'intervalle de confiance à 95%.

### **2.11. Limites méthodologiques**

Difficultés pour certains de s'exprimer librement par peur du « chef » ;

### **2.12. Difficultés rencontrées**

- Indisponibilité des répondants, il a fallu retourner plusieurs fois dans la même formation sanitaire.
- Les intempéries (surtout la pluie) les 2 ZS étant rurales et les aires de santé accessibles à travers des pistes pas souvent faciles

### **2.13. Considérations éthiques**

Le comité d'éthique Local de Bukavu a donné son approbation pour la réalisation de cette étude.

Afin de garantir le respect de l'éthique, nous avons obtenu l'autorisation de l'autorité provinciale de la division de la santé et le consentement des toutes les personnes qui ont fait partie de notre enquête.

### **2.14. Conflit d'intérêt**

Aucun conflit d'intérêt n'a été observé durant la réalisation de l'étude.

## CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS

### 3.1. Profil du personnel de santé

#### 3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Le tableau n°4 ci-dessous fait ressortir les caractéristiques suivantes :

##### a. Répartition du personnel de santé selon le sexe

Les femmes représentent 31,6% à Katana contre 38,3% dans zone de santé de Walungu et les hommes représentent plus de 60% dans les deux zones de santé.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les 2 ZS pour la répartition des sexes des enquêtés (P-value=0,164).

##### b. Répartition du personnel de santé selon l'Etat civil

La majorité des enquêtés dans les deux zones de santé sont mariés (82,7% à katana et (83,4% à Walungu). La répartition de l'état civil est la même au risque de 5% dans les deux zones (P-value=0,964).

##### c. Répartition du personnel de santé selon l'âge.

Dans la zone de santé de Katana la majorité des agents ont un âge variant entre 41 et 60 ans (44,4%). A Walungu la majorité a un âge compris entre 41-60 ans (40,7%). Les agents dont l'âge est supérieur à 60 ans représentent 21,1% à Katana et 27,1% à Walungu. L'âge moyen des agents est de 44 ans à Katana et 45 ans à Walungu. L'âge moyen est de 47,4 ans à Katana et 49,4 ans à Walungu.

##### d. Répartition du personnel de santé selon l'adresse professionnelle et la résidence familiale

La majorité des enquêtés (plus de 90%) habitent avec leurs familles restreintes dans la ZS où ils travaillent (intra zone). la différence est statistiquement non significative entre les deux zones (p-Value= 0,225 pour l'adresse professionnelle et p-Value= 0,255 pour la résidence familiale).

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques

VARIABLES	Katana (N=313)		Walungu (N=332)		p≤0.05
	N	%	N	%	
<b>Sexe</b>					
Féminin	99 <sub>a</sub>	31.6	120 <sub>a</sub>	36.1	0.164
Masculin	214 <sub>a</sub>	68.4	212 <sub>a</sub>	63.8	
<b>Etat civil</b>					
Célibataire	47 <sub>a</sub>	15	47 <sub>a</sub>	15	0.964
Marié	259 <sub>a</sub>	82.7	277 <sub>a</sub>	83.4	
Veuf (ve)	7 <sub>a</sub>	2.2	8 <sub>a</sub>	2.2	
<b>Âge/ans</b>	<b>47.4(±15.4)</b>		<b>49.4(±16)</b>		
<= 20	3 <sub>a</sub>	1	2 <sub>a</sub>	0.6	0.335
21 – 40	105 <sub>a</sub>	33.5	105 <sub>a</sub>	31.6	
41 – 60	139 <sub>a</sub>	44.4	135 <sub>a</sub>	40.7	
61+	66 <sub>a</sub>	21.1	90 <sub>a</sub>	27.1	
<b>Adresse professionnelle</b>					
extra zone	10 <sub>a</sub>	3.2	15 <sub>a</sub>	4.5	0.225
Intra	303 <sub>a</sub>	96.8	317 <sub>a</sub>	95.5	
<b>Résidence familiale</b>					
extra zone	38 <sub>a</sub>	12.5	31 <sub>a</sub>	9.3	0.255
Intra	275 <sub>a</sub>	87.9	301 <sub>a</sub>	90.7	

### 3.1.3 Effectif du personnel par Catégorie des fonctions

Ce tableau montre une différence statistiquement significative dans la répartition des différentes catégories du personnel entre les 2 ZS (p-value= 0,0445). Les administratifs représentent 60,4% à Katana et 50% à Walungu .

Tableau 5: Effectif du personnel par catégories de fonction dans les deux zones de santé

Catégorie de la fonction	Katana		Walungu		p-Value
Administratif	189 <sub>a</sub>	60.4%	166 <sub>b</sub>	50.0%	0.0445
Infirmier	110 <sub>a</sub>	35.1%	148 <sub>b</sub>	44.6%	
Médecin	6 <sub>a</sub>	1.9%	11 <sub>a</sub>	3.3%	
Paramédical	8 <sub>a</sub>	2.6%	7 <sub>a</sub>	2.1%	

TOTAL	313	100.0%	332	100.0%
-------	-----	--------	-----	--------

### 3.1.4. Formation et ancienneté des enquêtés

#### a. Niveau d'étude des enquêtés

Le tableau n°6 montre que la répartition des enquêtés en fonction des niveaux d'étude montre une différence significative (p-Value=0,0217) entre les deux ZS.

A Walungu 60,6% du personnel sont A1/graduat contre 39,4% à Katana .Les personnels de niveau primaire représentent 62,4% à Katana et 37,6% à Walungu.

#### b. Institutions de formation

Le tableau montre une différence hautement significative dans la répartition des enquêtés entre les deux ZS (p-value=2,07 10<sup>12</sup>). Les enquêtés formés dans les institutions publiques représentent 66,5% dans la ZS de Walungu et 33,5% à Katana alors de ceux formés dans les institutions confessionnelles catholiques sont majoritaires dans la ZS de Katana 86,8% contre 13,2% dans la zone de santé de Walungu.

#### c. Années d'expérience

L'ancienneté dans les 2 zones ne montre pas une différence significative (p-Value= 0,745). La moyenne d'années de service est de 12,88 ±11,1 ans et 12,5±12,3 ans respectivement à Katana et à Walungu avec la même médiane de 9 ans dans les deux zones de santé.

Tableau 6: Niveau d'étude, école de formation et ancienneté dans la profession

		Katana (313)		Walungu (332)		p≤0.05
<b>Niveau d'étude</b>	A1/Graduat	61 <sub>a</sub>	39.4%	94 <sub>b</sub>	60.6%	0.02179
	A2/D6	91 <sub>a</sub>	54.5%	76 <sub>a</sub>	45.5%	
	A3/D4	26 <sub>a</sub>	46.4%	30 <sub>a</sub>	53.6%	
	Etude primaire	53 <sub>a</sub>	62.4%	32 <sub>b</sub>	37.6%	
	Etude secondaire incomplet	40 <sub>a</sub>	44.9%	49 <sub>a</sub>	55.1%	
	Licencié/Médecine	18 <sub>a</sub>	42.9%	24 <sub>a</sub>	57.1%	
	Master spécialisation	1 <sub>a</sub>	100.0%	0 <sub>a</sub>	0.0%	
	Pas d'étude	23 <sub>a</sub>	46.0%	27 <sub>a</sub>	54.0%	
		Katana (313)		Walungu (332)		p≤0.05
<b>Statut de l'institution de formation</b>	Autres	149 <sub>a</sub>	51.7%	139 <sub>a</sub>	48.3%	2.07E-12
	Conf. Catholique	59 <sub>a</sub>	86.8%	9 <sub>b</sub>	13.2%	
	conf. Kimbaguste	1 <sub>a</sub>	100.0%	0 <sub>a</sub>	0.0%	
	Conf. Protestante	3 <sub>a</sub>	23.1%	10 <sub>a</sub>	76.9%	

	Pas d'école	19 <sub>a</sub>	50.0%	19 <sub>a</sub>	50.0%	
	Privée	6 <sub>a</sub>	60.0%	4 <sub>a</sub>	40.0%	
	Publique	76 <sub>a</sub>	33.5%	151 <sub>b</sub>	66.5%	
		<b>Katana (313)</b>		<b>Walungu (332)</b>		<b>p≤0.05</b>
		<b>12.88±11,1 ans</b>		<b>12,5±12,3ans</b>		
<b>Ancienneté au service</b>	<= 5.0	102 <sub>a</sub>	47.0%	115 <sub>a</sub>	53.0%	0.74599
	6.0 - 10.0	52 <sub>a</sub>	52.5%	47 <sub>a</sub>	47.5%	
	11.0 - 15.0	47 <sub>a</sub>	51.1%	45 <sub>a</sub>	48.9%	
	16.0+	112 <sub>a</sub>	47.3%	125 <sub>a</sub>	52.7%	

### 3.2 Recrutement et statut des agents

L'analyse du tableau 7 montre que le processus de recrutement et les différentes instances d'engagement ne sont pas les mêmes dans les deux zones de santé au risque de 0,05.

#### a. Processus de recrutement

Dans les 2 ZS, la majorité des agents est engagée après avoir écrit une demande d'emploi 51.5% à Walungu et 45% à Katana. 30,4% des enquêtés sont mis en service après un stage au sein de la structure dans la ZS de Katana. Les recommandés par des instances supérieures représentent 12,5% à Katana et 17,2% à Walungu. La différence est statistiquement significative entre les 2 ZS.

#### b. Différentes instances d'engagement

La DPS/IPS engage la majorité du personnel (40,6% à Katana et 36,4% à Walungu) suivi du BCZ (23,6% Katana et 26,8% Walungu). La confession religieuse agit plus dans l'engagement à Katana (13,7%) qu'à Walungu (6,9%).

Tableau 7: Processus de recrutement et instance d'engagement dans les deux zones de santé

		<b>Katana (313)</b>		<b>Walungu (332)</b>		<b>p≤0.05</b>
<b>Par quel processus avez-vous été sélectionné pour être recruté?</b>	Autres	1 <sub>a</sub>	0.3%	2 <sub>a</sub>	0.6%	
	demande d'emploi	141 <sub>a</sub>	45.0%	171 <sub>a</sub>	51.5%	
	demande d'emploi et test écrit	15 <sub>a</sub>	4.8%	19 <sub>a</sub>	5.7%	
	demande d'emplois test écrit et interview	18 <sub>a</sub>	5.8%	17 <sub>a</sub>	5.1%	7.44E-09
	demande d'emploi et interview	4 <sub>a</sub>	1.3%	28 <sub>b</sub>	8.4%	
	intégration après un stage au sein structure	95 <sub>a</sub>	30.4%	38 <sub>b</sub>	11.4%	
	Recommandation des instances supérieures	39 <sub>a</sub>	12.5%	57 <sub>a</sub>	17.2%	
		<b>Katana (313)</b>		<b>Walungu (332)</b>		<b>p≤0.05</b>
<b>Instance d'engagement</b>	BCZ	74 <sub>a</sub>	23.6%	89 <sub>a</sub>	26.8%	
	Confession religieuse	43 <sub>a</sub>	13.7%	23 <sub>b</sub>	6.9%	0.00598
	DPS/IPS Sud-Kivu	127 <sub>a</sub>	40.6%	121 <sub>a</sub>	36.4%	
	Fonction publique/Kinshasa	45 <sub>a</sub>	14.4%	62 <sub>a</sub>	18.7%	

	Ministère provincial de la santé	10 <sub>a</sub>	3.2%	25 <sub>b</sub>	7.5%
	Ministère provincial fonction publique	14 <sub>a</sub>	4.5%	12 <sub>a</sub>	3.6%

### 3.3. Statut du personnel en fonction des zones de santé

Les agents NU représentent 69,6% à Katana et à 52,1% à Walungu et les agents matriculés (24% Katana différent de 35,2% Walungu). La différence étant statistiquement significative entre les 2 ZS.

Tableau 8: Statut du personnel en fonction des zones de santé

Variable	Modalités	Katana (313)		Walungu (332)		p≤0.05
Quel est votre statut	Agent matriculé	75 <sub>a</sub>	24.00%	117 <sub>b</sub>	35.20%	2.00E-05
	Agent NU	218 <sub>a</sub>	69.60%	173 <sub>b</sub>	52.10%	
	Aucun	20 <sub>a</sub>	6.40%	42 <sub>b</sub>	12.70%	

### 3.4. Revenu du personnel de santé

Le revenu du personnel provient de trois sources, la prime de l'Etat ou prime de risque, la prime locale de la structure sanitaire.

#### 3.4.1 Effectif de personnel percevant différents types de prime

Le tableau 9 montre qu'il y a une différence significative entre les 2 ZS par rapport à la perception des différents types de prime. A Katana seulement 19,8% des agents perçoivent la Prime de l'Etat contre 45,2 % dans la ZS de Walungu. ( $p < 0,05$ ). Tandis que pour la prime de la structure, elle est perçue à Katana par 97,1% des agents et 87,7% à Walungu. 5,8% des agents à Katana et 4,2% à Walungu. ( $p > 0,05$ ) perçoivent le salaire de l'Etat.

Tableau 9: Effectifs des agents bénéficiaires de différentes primes par catégorie du personnel

ZS	prime Etat	Administratif	Infirmier	Médecin	Paramédical	p≤0.05				
Katana	NON	177 <sub>a</sub>	93.7%	66 <sub>b</sub>	60.0%	1 <sub>c</sub>	16.7%	7 <sub>a, b</sub>	87.5%	4.33E-14
	OUI	12 <sub>a</sub>	6.3%	44 <sub>b</sub>	40.0%	5 <sub>c</sub>	83.3%	1 <sub>a, b</sub>	12.5%	
Walungu	NON	88 <sub>a</sub>	53.0%	82 <sub>a</sub>	55.4%	6 <sub>a</sub>	54.5%	6 <sub>a</sub>	85.7%	0.40137
	OUI	78 <sub>a</sub>	47.0%	66 <sub>a</sub>	44.6%	5 <sub>a</sub>	45.5%	1 <sub>a</sub>	14.3%	
ZS	Salaire Etat	Administratif	Infirmier	Médecin	Paramédical	p≤0.05				
Katana	NON	184 <sub>a</sub>	97.4%	97 <sub>b</sub>	88.2%	6 <sub>a, b</sub>	100.0%	7 <sub>a, b</sub>	87.5%	0.01055
	OUI	5 <sub>a</sub>	2.6%	13 <sub>b</sub>	11.8%	0 <sub>a, b</sub>	0.0%	1 <sub>a, b</sub>	12.5%	
Walungu	NON	163 <sub>a</sub>	98.2%	141 <sub>a</sub>	95.3%	11 <sub>a</sub>	100.0%	7 <sub>a</sub>	100.0%	0.411
	OUI	3 <sub>a</sub>	1.8%	7 <sub>a</sub>	4.7%	0 <sub>a</sub>	0.0%	0 <sub>a</sub>	0.0%	
ZS	Prime locale	Administratif	Infirmier	Médecin	Paramédical	p≤0.05				
Katana	NON	5 <sub>a</sub>	2.6%	3 <sub>a</sub>		0 <sub>a</sub>	0.0%	1 <sub>a</sub>	12.5%	0.41121
	OUI	184 <sub>a</sub>	97.4%	107 <sub>a</sub>	97.3%	6 <sub>a</sub>	100.0%	7 <sub>a</sub>	87.5%	
Walungu	NON	19 <sub>a</sub>	11.4%	19 <sub>a</sub>	12.8%	1 <sub>a</sub>	9.1%	2 <sub>a</sub>	28.6%	0.57917
	OUI	147 <sub>a</sub>	88.6%	129 <sub>a</sub>	87.2%	10 <sub>a</sub>	90.9%	5 <sub>a</sub>	71.4%	

### 3.4.2. Moyenne des 3 différents revenus pour 3 derniers mois

Le tableau 10 ci-dessous montre qu'en moyenne les infirmiers à Katana ont un salaire de 15,73\$ et à Walungu 5,6\$ et que c'est à Katana que les administratifs et les infirmiers gagnent plus. Il y a une différence significative dans la répartition du salaire entre les différentes catégories à Katana.

En ce qui concerne la prime de l'Etat, il ressort de ce tableau qu'en moyenne les médecins touchent une prime de l'Etat plus élevée que les autres catégories de personnels dans le secteur de la santé, la différence étant hautement significative.

Pour ce qui est de la prime locale de la structure, le tableau montre qu'à moyenne les personnels de la zone de santé de Katana sont bien rémunérés que ceux de la zone santé de Walungu. La répartition de revenu en fonction de catégorie du personnel est significativement différente (p-value=0,0000) dans les deux zones de santé.

Tableau 10: Différents revenus moyens de 3 derniers mois par catégorie d'agents

SALAIRE ETAT		KATANA			WALUNGU		
Catégorie	Obs	Moyenne	F	Obs	Moyenne	F	
Administratif	189	1.62	4.55	166	0.66	1.84	
Infirmier	110	15.73	P-Value= 0.0039	148	5.6	P-Value= 0.1395	
Médecin	6	0		11	0		
Paramédical	8	0		7	0		
PRIME ETAT		KATANA			WALUNGU		
Catégorie	Obs	Moyenne	F	Obs	Moyenne	F	
Administratif	189	2.12	160	166	14.12	29.4	
Infirmier	110	12.23	P-Value= 0.0000	148	16.3	P-Value= 0.0000	
Médecin	6	773.83		11	296.93		
Paramédical	8	2.25		7	87.88		
PRIME STRUCTURE		KATANA			WALUNGU		
Catégorie	Obs	Moyenne	F	Obs	Moyenne	F	
Administratif	189	135.93	17.08	166	88.67	9.61	
Infirmier	110	174.86	P-Value= 0.0000	148	149.96	P-Value= 0.0000	
Médecin	6	460.83		11	385.91		
Paramédical	8	186.75		7	69.37		

### 3.4.3. Revenu moyen mensuel total

Le tableau 11 montre que les personnels de la zone de santé de Katana ont un revenu moyenne supérieur que ceux de Walungu et ce sont les médecins qui sont bien rémunérés que les autres catégories (411,56\$ à Katana et 227,61 à Walungu) suivi des infirmiers (67,6\$ à Katana et 57,28\$ à Walungu) et ce sont les administratifs qui sont les moins rémunérés dans les deux zones de santé. Le revenu est significativement différence entre les quatre catégories d'agents enquêtés dans les deux zones de sante (p-value= 0,000).

Tableau 11. Moyenne de revenu mensuel total par catégories de personnel dans les deux zones de santé

ZS	KATANA		ANOVA	WALUNGU		ANOVA
Catégorie	Obs	Moyenne	F	Obs	Moyenne	F
Administratif	189	46.56	82.32	166	34.48	26.54
Infirmier	110	67.60	P-Value=0,000	148	57.28	P-Value=0,000
Médecin	6	411.56		11	227.61	
Paramédical	8	63.00		7	52.42	

### 3.5. Ratio et conformité du nombre de personnel par rapport aux normes

Il ressort de ce tableau 12 qu'à Katana on a un infirmier pour 2103 habitants et à Walungu un infirmier pour 1891 habitants . Par ailleurs pour les médecins, le ratio est de 1 médecin/44590 habitants à Katana et de 1médecin /26843 habitants à Walungu.

Tableau 12. Ratio médecins et infirmiers par population

Indicateurs	ZS KATANA	ZS WALUNGU	NORMES RDC	NORMES OMS
Population	222951 hab	268434 hab		
Nombre des infirmiers	106	149		
Nombre des médecins	6	11		
Nombre des infirmiers par hab	1 Infirmiers/2103hab	1 Infirmiers/1801 Hab	4,8 infirmier/ 10000 hab	1 infirmier/3000 hab
Nombre des médecins par hab	1Médecins/44590hab	1 Médecins/26843 Hab	0,3 médecin/ 10000 hab	1 médecin/10000 hab

### 3.6. La formation continue

Il ressort de ce tableau n°13 ci-dessous que de 130 et 120 agents ayant suivi la formation continue, respectivement dans la zone de santé de Katana et de celle de Walungu , la majorité 62,9% déclarent que les formations étaient organisées à Katana par les PTF et 57,0% rapportent que c'est le Ministère de la santé. Tandis qu'à Walungu, 59,3% reconnaissent le BCZ et 47,10% la DPS, la différence est significative entre les 2 ZS par rapport à l'organisateur des formations continues.

Quant à la relation entre la formation suivie et la fonction de l'agent dans la FOSA, 51,3% l'ont accepté à Katana et 48,7% à Walungu sans différence significative.

Tableau 13: Formation continue du personnel en fonction des zones de santé.

		Katana (313)		Walungu (332)		p≤0.05
Avoir suivi une formation depuis les 3 dernières années	NON	183 <sub>a</sub>	58.8%	212 <sub>a</sub>	63.9%	0.107339
	OUI	130 <sub>a</sub>	41.2%	120 <sub>a</sub>	36.1%	
		Katana (313)		Walungu (332)		p≤0.05
formation (recyclage) a été organisée	Pas suivi	183 <sub>a</sub>	46.30%	212 <sub>a</sub>	53.70%	0.048451
	La DPS	45 <sub>a</sub>	52.90%	40 <sub>a</sub>	47.10%	
	Le BCZ	33 <sub>a</sub>	40.70%	48 <sub>a</sub>	59.30%	
	Le ministère national de la santé	8 <sub>a</sub>	57.10%	6 <sub>a</sub>	42.90%	
	Les partenaires techniques et financiers	44 <sub>a</sub>	62.90%	26 <sub>b</sub>	37.10%	
		Katana (313)		Walungu (332)		p≤0.05
Lien entre formation et travail dans la structure	N'ON JAMAIS SUIVI	183 <sub>a</sub>	46.30%	212 <sub>a</sub>	53.70%	0.238436
	NON	9 <sub>a</sub>	64.30%	5 <sub>a</sub>	35.70%	
	OUI	121 <sub>a</sub>	51.30%	115 <sub>a</sub>	48.70%	

## CHAPITRE 4 : DISCUSSION

### 4.1. Caractéristiques sociodémographiques du personnel de santé dans les 2 ZS

Le résultat de notre étude montre que la majorité des agents de santé sont de sexe masculin (68,4%) à Katana et 67,7% à Walungu sans différence significative entre les 2 ZS ( $p= 0,226$ ) avec un sexe ratio de 2 hommes pour 1 femme.

Nous avons trouvé que la majorité des personnels de santé sont mariés dans les 2 ZS sans différence significative ( $p= 0,964$ ) à raison de 82,7% à Katana et 83,4 % à Walungu.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux trouvés au Burkina-Faso par ILBOUDO qui ont trouvé que les personnels de santé de sexe masculin représentaient 60% et que 75% étaient mariés (ILBOUDO P. et al 2014) et au Tchad par Bernard Gautier et Wally Wane qui ont trouvé que les femmes ne représentaient que 16,4% (Gautier B. et Wane W. ;2005). La faible proportion de femme parmi les personnels de santé s'expliquerait par le fait que dans le milieu rural de notre province du Sud-Kivu en particulier et en Afrique en général, les femmes sont moins scolarisées.

Par rapport à l'âge, notre étude a trouvé que la majorité des agents ont un âge variant 41 à 60 ans à Katana et à Walungu sans différence statistiquement significative entre les 2 ZS. L'âge moyen étant de 47,4 ans à Katana et 49,4 ans à Walungu sans différence significative entre les 2 ZS.

Ces résultats sont différents de ceux trouvés par d'autres chercheurs au Burkina Faso où la majorité des agents avaient un âge entre 27 et 57 ans (ILBOUDO P. et al 2014) et au Tchad où la majorité des agents avaient un âge variant entre 31 et 45 ans (Gautier B. et Wane W. ;2005).

Les résultats de notre étude montrent que les agents jeunes moins de 30 ans sont moins nombreux et ceux de plus de 60 ans sont représentés à 21,1% à Katana et 27,6 % à Walungu. Ce résultat s'expliquerait, dans notre contexte par le fait que les jeunes qui terminent les études ne sont pas recrutés par manque des postes à occuper. Ceux qui devaient aller en retraite ne le font pas parce que la fonction publique n'a pas mis en place le mécanisme de mobilisation des fonds de mise à la retraite des agents. A Katana 19,2% et à Walungu 23,8 % ont dépassé l'âge de la retraite. Ce pourcentage est supérieur à celui de 3% trouvé en RDC par Bertone (BERTONE M.P. et al, 2015). Cette différence s'expliquerait que le chercheur n'a interrogé que les personnels de santé présents dans la structure le jour de l'enquête.

La majorité des enquêtés appartiennent aux centres de santé (50.8% Katana et 45.2% Walungu) suivis des hôpitaux généraux de référence (29.4% Katana contre 26.2% Walungu). Il y a une différence significative de répartition des enquêtés en fonction des structures ( $p$ -value=0.027) et cette différence se justifie seulement au niveau de PS (4 pour Katana et 13 pour Walungu). L'organisation des PS est bien structurée à Walungu pour les aires de santé à accessibilité géographique difficile ou ayant une population à plus de 5000 km. Ces postes de santé fonctionnent de manière autonome. Tandis qu'à Katana pour les mêmes conditions géographiques ces PS fonctionnent étant attachés à leur CS.

Notre étude montre plus de personnels dans les CS du milieu confessionnel (ZS katana) avec une moyenne de 8,9 agents par CS que dans le milieu étatique où les CS ont une moyenne de 6,9 agents par CS. La répartition des personnels dans les CS de la ZS de Katana semble pléthorique mais respecte plus les normes de la RCD par rapport au nombre du personnel dans un CS qui recommande pour CS du milieu rural 8 à 10 agents. Ces résultats vont dans le même sens que ceux trouvés au Tchad où les CS confessionnels comptaient en moyenne 8 agents par structure alors que les CS étatiques en comptaient 6 (Gautier B. et Wane W. ; 2005).

## **4.2. Du respect des normes sanitaires en matière de gestion du personnel**

### **a. Répartition du personnel**

Cette étude démontre que la majorité des personnels de santé travaille dans les CS et représente 50,8% à Katana et 45,2% à Walungu suivis de ceux d'hôpitaux généraux (29,4% à Katana et 26,2% à Walungu) sans différence significative entre les 2 ZS ;  $p > 0,05$ . Cette situation peut s'expliquer par le nombre des aires de santé dans nos ZS et le nombre insuffisants des HGR par rapport à la population de la ZS. L'OMS recommande un hôpital pour 100000 habitants mais dans nos milieux ruraux nous avons 1 hôpital pour plus de 200000 habitants (OMS 2006). Nous trouverions probablement une situation contraire dans les milieux urbains où nous avons une concentration des structures hospitalières. Ces résultats rejoignent ceux trouvés dans une autre étude en RDC qui a trouvé que la majorité des personnels de santé en milieu rural était concentrée dans les CS à raison de 81,7% (Maini R. et al ; 2017).

En ce qui concerne les différentes catégories des personnels de santé, nous avons trouvé que la majorité est constituée par administratifs 60,36% à Katana et 50% à Walungu suivis du staff infirmier qui représente 35,1% à Katana et 44,5% à Walungu. Les médecins viennent en 3<sup>ème</sup> position en termes d'effectif avec 1,91% à Katana et 3,31% à Walungu. Il existe une différence significative dans la répartition des administratifs entre les 2 ZS ;  $p < 0,05$ . La répartition des administratifs à Katana est loin

de respecter les normes de l’OMS adopté également par la RDC qui recommandent une répartition de 60% des professionnels de santé et 40% des administratifs. Le faible pourcentage des professionnels de santé à Katana pourrait être dû au fait que le taux de non réponse à notre enquête dans cette ZS était plus élevé que dans la ZS de Walungu ou alors il y aurait effectivement moins des médecins à Katana. Ces résultats vont dans le même sens que ceux trouvés au Burkina Faso où il a été trouvé une répartition similaire avec 30% de personnels soignant et 70% des personnels administratifs ((ILBOUDO P. et al 2014). Comme c’est le cas au Bénin dans les milieux éloignés, nous avons constaté une pénurie des certaines catégories des personnels notamment les médecins spécialistes, les anesthésistes et les techniciens supérieurs de laboratoires et de radiologie (BONI G. et al., 2014). Notre étude a trouvé que le staff infirmier constitue 35,1% de l’ensemble du personnel de la ZS Katana et 44,5% à Walungu. Ces résultats sont différents de ceux trouvés par Rishma en RDC où le staff infirmier constituait 90% de l’ensemble du personnel. Cette différence s’explique par le fait que dans cette étude, on avait inclus des ZS urbaines qui ont une grande concentration des structures sanitaires et de personnel de santé.

#### **b. Recrutement et statut du personnel**

Le processus de recrutement et celui de l’engagement n’est pas le même dans les deux zones de santé au risque de 0,05. Cette différence s’explique par le fait qu’à Walungu 8,4% font une demande d’emploi et passe par l’interview pour être retenu alors qu’à Katana, cette catégorie ne représente que 1,3%. Le processus de recrutement n’est pas standardisé.

En ce qui concerne l’instance d’engagement, nous avons trouvé que dans les deux zones de santé c’est la DPS/IPS qui engage la majorité du personnel (40,6% à Katana et 36,4% à Walungu) suivi de BCZ (23,6% Katana et 26,8% Walungu), le ministère provincial de la santé engage plus dans la zone de santé de Walungu (7,5%) que celle de Katana (3,2%) alors que la confession religieuse agit plus dans l’engagement à Katana (13,7%) contre seulement 6,9% dans la zone de santé de Walungu. La DPS/IPS engage plus les médecins et les administratifs dans les HGR tandis que le BCZ engage plus dans les structures de 1<sup>er</sup> échelon.

Le ministère de la fonction publique au niveau national n’agit que dans 18,7% des engagements à Walungu et encore moins 14,4% à Katana. Ces résultats sont différents de ceux trouvés au Sénégal où l’engagement des agents de santé par le ministère de la fonction publique constitue le mode le plus important. Cependant le mode d’engagement dans les structures du 1<sup>er</sup> échelon trouvé dans notre étude n’est pas différent de celui trouvé au Sénégal où l’engagement est à la disposition du niveau régional.

Cette situation a pour conséquence, dans notre contexte, la proportion élevée des agents identifiés comme nouvelles unités ( NU) , plus nombreux à Katana qu'à Walungu.

Les agents NU (69,6%) à Katana diffèrent de 52,1% à Walungu , restent les plus nombreux que les matriculés qui viennent en deuxième position (24% Katana diffèrent de 35,2% Walungu). Les résultats trouvés à Walungu en rapport avec les agents ayant un numéro matricule dans la fonction publique ne sont pas différents de ceux trouvés au Burkina Faso où seuls 38% de fonctionnaire de l'état. Ces résultats vont également dans le même sens que ceux trouvés par Bertone et al en RDC qui ont trouvé que le taux de mécanisation reste extrêmement faible dans certaines zones géographiques, dans le Sud-Kivu en particulier 5%. D'autre part, des taux plus élevés sont atteints pour les cadres supérieurs (médecins), ceux qui travaillent dans les HGR et les ECZ, et dans les zones urbaines.

La particularité trouvée dans notre étude est que la confession religieuse agit dans l'engagement du personnel de santé ; plus dans l'engagement à Katana (13,7%) contre seulement 6,9% dans la zone de santé de Walungu. C'est un mode de recrutement informel dont les résultats vont dans le même sens que ceux trouvés par Bertone Maria Paola où les agents de santé recrutés de manière informel représentaient 19% (BERTONE M.P. et al, 2015).

Notre étude a trouvé que la moyenne d'années de service est, de 12,88 ans et 12,5 ans respectivement à Katana et à Walungu avec la même médiane de 9 ans dans les deux zones de santé.

Ces résultats sont différents de ceux trouvés au Burkina Faso où l'ancienneté moyenne dans le secteur public était de 8 ans et de ceux trouvés au Tchad où elle était de 6,5 ans dans le secteur confessionnel.

### **c. Niveau d'étude**

Dans la zone de santé de Katana la majorité d'administratifs ont un niveau primaire (25,4%) suivi de A3/D4 (22,2%) et de diplômés d'Etat (20,6%) ; 25,4% des administratifs n'ont pas dépassé le niveau primaire. Quant aux infirmiers dans la même zone, ils sont majoritairement A2/D6 (43,6%) et Gradués (32,7%) alors que les sans études (AFR) sont à 9% et les licenciés représentent 5,5%. Seulement 16,7% de médecins ont une spécialisation à Katana alors que tous les autres (83,3%) sont généralistes. En ce qui concerne la zone de santé de Walungu, les administratifs ont plus un niveau secondaire complet (25,9%), suivi de niveau primaire (18,7%). Contrairement à Katana, les infirmiers de Walungu sont d'abord plus gradués (45,3%) suivi des A2/D6 (31,8%) et A3/D4 (13,5%) alors que les licenciés ne représentent que 4,7%. Tous les médecins sont généralistes.

Ces résultats sont contraires de ceux trouvés dans une autre étude réalisé en RDC qui a trouvé que la majorité des professionnels de santé avaient un niveau d'étude du secondaire et que seuls 1/3 avait un niveau universitaire.

### **4.3. Le ratio du personnel dans les deux zones de sante Katana et Walungu**

Notre étude a trouvé le nombre d'infirmiers par habitants rencontre les normes de l'OMS (un infirmier pour 3000 habitants) alors qu'à Katana on a un infirmier pour 2103 habitants et à Walungu un infirmier pour 1891 habitants. Par ailleurs le nombre des médecins est encore insuffisant, il reste inférieur aux normes de l'OMS estimant un médecin pour 10000 habitants (Katana 1/44590 habitants et Walungu 1/26843 habitants). Ceci peut s'expliquer par le fait que les études de médecine coutent trop cher dans notre pays ou par le fait que les médecins sont beaucoup plus sollicités dans les organisations non gouvernementales que les infirmiers ou encore par la répartition inéquitable entre le milieu rural et le milieu urbain.

Ces résultats se rapprochent de ceux trouvés au Burundi, où l'on a trouvé un ratio de 1 infirmier/ 1349 habitants et un ratio de 1 médecin/19231 habitants mais restent différents de ceux trouvés en RDC par Bertone Maria Paola et al qui ont trouvé un ratio de 0,7 médecin/10000 habitants et 4,8 infirmiers / 10000 habitant. Nous pouvons expliquer cette différence par le fait que l'étude de Bertone M.P. en RDC a inclus les ZS urbaines dans lesquels nous avons généralement une grande concentration en personnels de santé qualifié. Toute fois les résultats de la ZS de Walungu respectent les normes en RDC qui sont de 0,3 médecin / 10000 habitants et 4,8 infirmiers / 10000 habitants tant le ratio trouvé à Katana reste inférieur à ces normes.

### **4.4. De la Rémunération du personnel de santé**

.Notre étude a trouvé qu'il y a une différence significative entre les 2 ZS ; à Katana seulement 19,8% des agents perçoivent la Prime de l'Etat contre 45,2 % dans la ZS de Walungu. ( $p < 0,05$ )

Tandis que pour la prime de la structure, elle est perçue à Katana par 97,1% des agents contre 87,7% à Walungu. Trop peu d'agent perçoivent le salaire de l'Etat sans différence significative entre les 2 ZS, 5,8% des agents à Katana et 4,2% à Walulngu. ( $p > 0,05$ )

Il s'observe que la perception de ces primes est mensuelle dans 90% des cas dans ces 2 ZS.

Ces résultats sont différents de ceux de Bertone en RDC qui ont trouvé que 1/3 d'infirmiers recevaient leur salaire de l'Etat et 1/4 recevait la prime de l'Etat.

La répartition de la prime de l'Etat est significativement différente en fonction des catégories dans les zones de santé au risque de 5%. La moyenne de la prime de l'Etat (Prime de risque) perçue par les médecins à Katana 773,83\$ est significativement différente de la moyenne à Walungu 296,93\$ tout simplement parce que il y a plus des médecins ne percevant pas la prime de risque à Walungu qu'à Katana.

Les personnels de la zone de santé de Katana ont un revenu moyen supérieur que ceux de Walungu et ce sont les médecins qui sont bien rémunérés que les autres catégories (411,56\$ à Katana et 227,61 à Walungu) suivi des infirmiers (67,6\$ à Katana et 57,28\$ à Walungu) et ce sont les administratifs qui sont les moins rémunérés dans les deux zones de santé. Le revenu est significativement différent entre les quatre catégories d'agents enquêtés dans les deux zones de sante (p-value= 0,000). Les médecins gagnent 6 fois plus que les infirmiers à Katana et 3 fois plus à Walungu. La prime de la structure constitue la portion la plus consistante du revenu du personnel de santé.

Le revenu moyen total des personnels de santé trouvé dans notre étude se rapproche de celui trouvé dans une autre étude en RDC par Rishma qui était de 165\$ pour tous les agents sans distinction des catégories des personnels

Ces résultats vont dans le même sens que ceux trouvés dans une autre étude en RDC par Bertone M. qui ont montré qu'il y avait une très grande variation entre le revenu total des personnels de santé et une très grande différence entre les revenus des médecins et celui de l'infirmier. Cette étude a trouvé que le médecin gagnait 7 fois le revenu de l'infirmier. Cette étude a également trouvé que les revenus provenant de sources gouvernementales (salaires et primes de risque) représentent une contribution relativement limitée au revenu total de la plupart des AS, bien qu'elle soit très importante dans le cas des médecins (42 %) et MCZ (49 %). En revanche, la prime locale constitue la principale source de revenus pour tous les autres cadres travaillant en établissement de santé.

Contrairement à cette étude, nous avons trouvé que les administratifs gagnent moins que les infirmiers. Au Burkina Faso, il a été trouvé que le médecin percevait un salaire double de celui de l'infirmier. Il est à noter que l'écart est trop grand en RDC entre le revenu des médecins et celui des infirmiers.

## CONCLUSION

Nous sommes au terme de notre étude sur le profil du personnel de santé dans les zones de santé rurales de Katana (en cogestion avec un partenaire) et de Walungu (étatique).

Cette étude a vérifié quatre hypothèses fixées chacune en rapport avec les différents objectifs.

Une étude descriptive transversale a été menée auprès de 645 personnels de santé prestant dans 50 FOSA et 2 BCZ pendant une période allant de Mai à Juillet 2017.

Nous avons abouti aux résultats suivants :

En rapport avec le profil du personnel de santé dans les deux ZS il n y a pas de différences significatives des caractéristiques socio démographiques étudiées (Age, sexe, état civil,..).

Par rapport au niveau d'étude, la ZS de Katana emploie plus d'agents moins qualifiés (62,4% de niveau primaire) que Walungu (37,6%). (p value inf à 0,05).

Il y a plus d'agents ayant suivi une formation continue à Katana (51,3%) qu'à Walungu (48,7%) sans différence significative entre les 2 ZS.

Les personnels de santé à Katana sont mieux rémunérés que ceux de Walungu ; toute fois les médecins sont les mieux rémunérés dans les 2 ZS.

Le ratio infirmier / habitant respecte les normes de la RDC et de l'OMS dans les 2 ZS tandis que le ratio médecin / habitant reste inférieur à ces normes.

La présence d'un PTF stable dans une zone de santé crée des conditions pouvant stabiliser le personnel de santé ; toutefois l'autorité sanitaire doit recadrer certains de ses agissements notamment dans le recrutement du personnel.

## RECOMMANDATIONS

Nous avons donc retenu quelques recommandations aux responsables des différents niveaux hiérarchiques :

1. Ministère de la fonction publique : de standardiser les instances de recrutement et d'organiser la mise en retraite des agents âgés de plus de 65 ans.
2. Ministère de la santé : de tenir compte des besoins de la population et de la qualification de candidat (niveau d'étude) lors du recrutement.
3. Ministère du budget d'améliorer la rémunération des personnels de santé surtout les infirmiers et de mécaniser les agents de la fonction publique ayant un numéro matricule.
4. Bureau appui technique de la DPS et PTF : d'organiser plus de formations continues pour les personnels de santé en tenant compte du besoin exprimé à la base.
5. BCZ Katana : de rendre autonome dans leurs fonctionnement les postes de santé dans la ZS.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ARCHIDIOCESE DE BUKAVU ; BUREAU DICESAIN DES ŒUVRES MEDICALES ; Rapport d'activités et financier, 2015.
2. BERTONE M. P., LURTON G., et MUTOMBO P. B.; Investigating the remuneration of health workers in the DR Congo: implications for the health workforce and the health system in a fragile setting. *Healthpolicy and planning*, 2016, vol. 31, no 9, p. 1143-1151.
3. BONI G., TCHAOU A. G., JOHNSON R. C.: Conséquences socio-sanitaires de la croissance démographique dans la commune Abomey-Calavi, 2014.
4. BOURGUEIL Y., MOUSQUÈS J., et TAJAHMADI A.; Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé?: les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. Paris : Institut de recherche et documentation en économie de la santé, 2006.
5. BRIAN K. SEAVEY , Evaluation des besoins dans le secteurs de la santé pour la ville de Louga au Sénégal ;Avril 2010.
6. DURAY A., et DUFF J. ; Les médecins généralistes étrangers et leurs conjoints dans les zones rurales. *Hommes et Migrations*, 2008, vol. 1272, p. 68-85.
7. GALLAIS C. ; Les ressources humaines en santé dans les pays en développement ; *Revue bibliographique ; Solthis–Sciences Po.* 2010, vol. 38.
8. GAUTHIER B., et WANE W. ; Suivi des dépenses publiques à destination dans le secteur santé au Tchad: Analyse des résultats d'enquête ; Développement Research Group ; The World Bank ; processed, 2005.
9. ILBOUDO G.C, GANABA R., CUNDEN N., *et al.* Les résultats de l'enquête sur le personnel de santé, Burkina Faso, FEMHealth. 2014.
10. MAINI R., HOTCHKISS D.R., et BORGHI J.A.; Cross-sectional study of the income sources of primary care health workers in the Democratic Republic of Congo; *Human resources for health*; 2017; vol. 15; n° 1, p. 17.
11. MINISTERE DE LA SANTE, REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO ; Plan provincial de développement sanitaire de la province du Sud Kivu, Rapport 2011-1016.
12. MINISTERE DE LA SANTE, REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO ; Vademecum du partenariat dans le secteur de la santé; Septembre 2003.

13. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO, Recueil des normes d'organisation et fonctionnement des structures sanitaires de la zone de sante en RDC ; Juillet 2012.
14. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO, Convention de partenariat n° 1250/CAB/MIN.SP/023/CJ/OMK/2012 du 22 février 2012.
15. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE ; Rapport sur la santé dans le monde ; Pour un système de santé plus performant ; 2000.
16. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Rapport sur la santé dans le monde: Travailler ensemble pour la santé ; Genève ; Switzerland: OMS ; 2006.
17. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ ; Statistiques sanitaires mondiales ; 2014.
18. PIETRA V., KIEMA D., SORGHO, D., et al. Prévalence des marqueurs du virus de l'hépatite B et des anticorps contre le virus de l'hépatite C parmi le personnel du District Sanitaire de Nanoro ; Burkina Faso ; Sciences et Techniques, Sciences de la Santé ; 2008 ; vol. 31 ; p. 53-59.
19. SECRETARIAT GENERAL, REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO, Stratégie de renforcement du système de santé. 2006.
20. WITTMANN E. ; La satisfaction au travail: un enjeu pour l'amélioration de la qualité du service rendu. Le cas de l'hôpital local de Sarre-union (Bas-Rhin) ; Mémoire de l'école des hautes études en santé publique ; 2008.
21. WEMBONYAMA S., MPAKA S., et TSHILOLO L. ; Médecine et Santé en République Démocratique du Congo: de l'indépendance à la 3è République. Med Trop ; 2007 ; vol. 67 ; p. 447-457.
22. ZURN P., CODJIA L., SALL F. L., et al. ; La fidélisation des personnels de santé dans les zones difficiles au Sénégal ; 2010.

**Adresse de correspondance :**

CISHAGALA FAZILA Liliane

E-mail : mariemulema@gmail.com

Téléphone: 0998668982