



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

**UNIVERSITE DE KINSHASA
ECOLE DE SANTE PUBLIQUE
ECONOMIE DE LA SANTE
13^{ème} PROMOTION**



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



ANALYSE DU SYSTEME DE REFERENCE ET CONTRE REFERENCE DANS LA ZONE DE SANTE DE GOMBE MATADI

Par

MUHINDO VUTEGHA Jérémie

Docteur en Médecine, Chirurgie et accouchement

**Mémoire présenté et défendu en vue de l'obtention du
diplôme de spécialiste en Santé Publique**

Option : Economie de la Santé

**Directeurs : - Professeur Antoinette TSHEFU KITOTO
- Professeur Séraphin MVUDI MATINGO**

ANNEE ACADEMIQUE 2016- 2017

TABLE DE MATIERE

LISTE DES ABREVIATIONS	iv
LISTE DE TABLEAUX	v
LISTE DE FIGURES	vi
<i>DEDICACE</i>	vii
REMERCIEMENTS	viii
RESUME.....	ix
CHAPITRE I : INTRODUCTION.....	1
1.1. ENONCE DU PROBLEME.....	1
1.2 QUESTION DE RECHERCHE.....	4
1.3. REVUE DE LA LITTERATURE.....	4
1.4. OBJECTIFS	12
1.4.1. Objectif Général	12
1.4.2. Objectifs Spécifiques.....	12
1.5. HYPOTHESES	12
CHAPITRE II : METHODOLOGIE.....	13
2.1. SITE D’ETUDE	13
2.2. TYPES D’ETUDE :	14
2.3. ECHANTILLONNAGE :.....	14
2.4. COLLECTE DES DONNEES	16
2.5. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES.....	17
2.6. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	19
2.8. LISTE DES VARIABLES ET LEUR ECHELLE.....	21
CHAPITRE III : RESULTATS.....	31
3.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES.....	31
3.2. DETERMINATION DU TAUX DE REFERENCE ET DE CONTRE REFERENCE, MOTIFS ET BARRIERES A LA REFERENCE DANS LA ZS GOMBE MATADI.....	35
3.3. DETERMINATION DE L’ACCESSIBILITE DE L’HGR PAR LA POPULATION DE LA ZS DE GOMBE MATADI	40
3.4. FACTEURS ASSOCIES AU REFUS DE LA REFERENCE.....	42
3.5. FOCUS GROUPS SUR LE SYSTEME DE REFERENCE	46
3.5.1. Compréhension du système de référence et d’échelonnement du système sanitaire par la population.....	46
3.5. 2. Acceptabilité d'une référence	48

3.5.3. Obstacles liés à une référence.....	49
3.5.4. Croyances sur certaines maladies comme obstacle à la référence.....	49
3.5.5. Facteurs liés à l'hôpital de référence et la qualité des soins.....	50
CHAPITRE IV : DISCUSSION	51
4.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés des ménages et des FOSA.....	51
4.1.1. Ménage	51
4.1.2. Caractéristiques des FOSA.....	52
4.2. Taux de référence et de contre référence, les motifs et les barrières à la référence dans la ZS Gombe Matadi.....	52
4.3. Accessibilité géographique, temporelle et financière de la population vis à vis de l'HGR	53
4.4. Facteurs associés à la référence.....	54
4.4.1. Facteurs associés au refus de la référence évoqués par le patient	54
4.4.2. Facteurs associés au refus de référence évoqués par les patients auprès des prestataires du niveau des CS	54
4.4.3. Facteurs associés au refus de référence évoqués par les patients auprès des prestataires du niveau de HGR	55
4.4.4. Destination des malades ayant refusé la référence selon les Chefs des ménages enquêtés.	55
4.4.5. Suggestions (résultat des Focus groups).....	55
CHAPITRE V : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	56
5.1. CONCLUSION	56
5.2. RECOMMANDATIONS	57
5.2.1. Au Gouvernement National, Provincial et Local ainsi que les partenaires d'appui au secteur de la santé.....	57
5.2.2. A la Division Provinciale de la Santé et aux partenaires d'appui.....	57
5.2.3. Equipes de la ZS Gombe Matadi.....	58
BIBLIOGRAPHIE	60
ANNEXES	63
QUESTIONNAIRES	63
1. QUESTIONNAIRE POUR LES MENAGES.....	63
2. QUESTIONNAIRE POUR LES FORMATIONS SANITAIRES	69
3. QUESTIONNAIRE DE RECOLTE DES DONNES DE HGR	77
4. OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES QUALITATIVE	88
1. Guide d'entretien de FG-MERES DES ENFANTS DE 0 A 59 MOIS.....	88
2. Guide d'entretien de FG-PERES DES ENFANTS DE 0 A 5 ANS(Chefs des ménages)....	91

LISTE DES ABREVIATIONS

AS	: Aire de Santé
ASACO	: Association de Santé Communautaire
CH	: Centre Hospitalier
CS	: Centre de Santé
CSCOM	: Centre de Santé Communautaire
CSI	: Centre de Santé Intégré
CSR	: Centre de Santé de Référence
CUKIN	: Cliniques Universitaires de Kinshasa
DPS	: Division Provinciale de Santé
FOSA	: Formation Sanitaire
FG	: Focus Group
HGR	: Hôpital Général de Référence
IT	: Infirmier Titulaire
MCZ	: Médecin Chef de Zone
MDH	: Médecin Directeur de l'HGR
MEMISA	: Medische Missie Samenwerking
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PAO	: Plan d'Action Opérationnel
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PS	: Poste de Santé
RDC	: République Démocratique du Congo
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SRSS	: Stratégie de Renforcement de Système de Santé
ZS	: Zone de Santé

LISTE DE TABLEAUX

Tableau I : Liste des variables et leur échelle	20
Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques et économiques des ménages	30
Tableau III : Caractéristiques des fosa de premier échelon	32
Tableau IV : Caractéristique des FOSA de deuxième échelon	32
Tableau V :Analyse de la situation des référés	36
Tableau VI : Perception des chefs des ménages sur les maladies qui nécessitent la référence	37
Tableau VII: Raison de refus de la référence évoquées par les patients auprès des prestataires	38
Tableau VIII : Accessibilité de l’HGR.....	39
Tableau IX : Disponibilité des médicaments, matériels, moyen de transport.....	40
Tableau X : Facteurs associés au refus de la référence par le patient	41
Tableau XI : Facteurs associés au refus de la référence propre aux FOSA de premier échelon	42
Tableau XII : Facteurs associés au refus de la référence propre aux FOSA de deuxième échelon	44

LISTE DE FIGURES

Figure 1 : Modèle conceptuel.....	11
Figure 2 : Taux de référence	34
Figure 3 : Taux de contre référence aboutie.....	35
Figure 4 : Taux de retro-information reçue.....	35

DEDICACE

A toutes les personnes qui me sont chères, qui ont contribué à mon bien-être et mon épanouissement social en mettant à ma disposition tout le nécessaire pour ma réussite.

À des moments difficiles, elles ont toujours trouvé les mots justes pour m'encourager et me conseiller, particulièrement je pense plus à :

Athanase VUTEGHA regretté père, Marie MASINDA ma mère et PALUKU VWIRAVWAHALI, pour avoir accepté que je grandisse ;

Honoré MUHINDO Téléphore Clovis mon beau et bon père, Annie KAVIRA MASINDA ma belle et bonne mère pour tous leurs soutiens à mon égard ;

A toi ma chère épouse, Zawadi KASOKI KIMBESA mère de mes enfants, toi qui accepta la souffrance pendant une année afin que je fasse ce master ;

Tous mes oncles et tantes, mes frères, sœurs et beaux-frères, mes sœurs et belles sœurs, mes neveux et nièces pour leur accompagnement durant toute la période de ma formation ;

Honorable Albert BALIESIMA KADUKIMA et son épouse Vira MAMBOYABO Marthe, KIMBILO et son épouse, Mwami SAAMBILI BAMKOKA et son épouse ; à tous mes ami(e)s et collaborateur(trice)s de service ;

A fin à vous Marianne KASOKI VUTEGHA, Joseph MUHINDO VUTEGHA et Adrienne KAVIRA VUTEGHA mes chers enfants, pour avoir accepté de supporter mon absence.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, nous nous sentons reconnaissant envers plusieurs personnes sans le concours desquelles ce travail n'aurait pas été produit.

De prime à bord nous remercions notre Dieu Tout Puissant pour son amour et son plan merveilleux envers nous.

Nos remerciements s'adressent aux Professeurs Antoinette TSHEFU KITOTO et Séraphin MVUDI MATINGU qui, malgré leurs multiples occupations, ont fait preuve d'un degré d'engagement remarquable pour diriger ce travail.

Ensuite, il sied de remercier l'Assistant Dieudonné MPUNGA pour sa disponibilité et son appui technique.

Nos reconnaissances les plus sincères s'adressent à nos partenaires du projet RIPSEC de l'ESP Kinshasa qui, grâce à leur financement, ont rendu ce travail possible et de qualité.

Nous exprimons notre profonde gratitude au corps enseignant et au corps administratif de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa, particulièrement au Directeur de l'ESPKIN, le Professeur OKITOLONDA WEMA KOY et à la chargée de la formation, le Professeur Pélagie BABAKAZO pour avoir contribué à notre formation scientifique.

Nous exprimons aussi notre gratitude au Chef de Division provinciale à la santé du Nord-Kivu, Dr Laurent KATEMBO KIRIKUGHUNDI et au Médecin Inspecteur Provincial du Nord-Kivu, Dr Marcel MAKENGO pour l'encadrement professionnel à notre égard.

A vous les collègues de service de la ZS Kamango qui, nonobstant les conditions de vie difficiles, avez accepté de nous soutenir financièrement ;

Nous disons merci à la grande famille médicale de la DPS du Kongo Central, particulièrement aux responsables et prestataires de la ZS de Gombe Matadi qui nous ont assistés dans la collecte des données sans lesquelles cette étude ne serait pas possible.

Nous remercions aussi tous les collègues de la 13^{ème} promotion en Economie de la Santé et 29^{ème} promotion en Santé Publique pour leur savoir-faire et savoir vivre à notre endroit.

Que ceux qui ont contribué, d'une façon ou d'une autre, à la réalisation de ce travail et dont les noms ne figurent pas dans ce travail, trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

RESUME

Introduction : Le potentiel du système de référence et contre référence n'est pas suffisamment exploité en RDC et cela se traduit par un maintien de la morbidité et de la mortalité et des incapacités évitables. Dans la ZS de Gombe Matadi, plus de 35% des malades référés par les CS n'arrivaient pas à l'HGR, ce qui expliquait la sous-utilisation de ses services et beaucoup des décès sous notifiés dans la communauté.

Méthodes : Etude transversale analytique organisée dans les ménages et les FOSA à la période du 10/10/2017 au 31/01/2018 suivant deux approches : quantitative et qualitative. A l'aide de l'interview aux prestataires de soins, aux chefs des ménages, de la revue documentaire des FOSA et l'organisation de deux focus groups, l'étude s'était intéressée à identifier des facteurs limitant l'utilisation du système de référence et contre référence.

Résultats : Les facteurs de refus de référence par le patient dans cette ZS sont : la longue distance entre le ménage et HGR (avec **p de 0,031**), à une mauvaise perception des patients sur la compétence des prestataires de HGR (**p=0,038**), à la perception de la non gravité de la maladie par le chef des ménages (**p= 0,01**), aux longs temps d'attente pour recevoir les 1^{er} soins (**p=0,001**), au coût de transport élevé du CS à l'HGR (**p= 0,004**), au mauvais accueil réservé aux malades à l'HGR (**p = 0,012**), à l'absence du moyen de transport évacuant les malades du CS vers les structures de deuxième échelon (**p= 0,039**) et au nombre insuffisant du personnel formé pour la prise en charge des urgences (**p= 0,014**)

Conclusion : Le système de référence est très complexe avec un nombre important de déterminants. Il est possible d'agir sur ces facteurs pour améliorer l'utilisation des services de santé de l'HGR.

Mots clés : Référence et contre référence, facteurs de refus, qualité de l'offre et de la demande des soins de santé.

CHAPITRE I : INTRODUCTION

1.1. ENONCE DU PROBLEME

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

Les enfants, les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les personnes de troisième âge sont les plus touchés par des recrudescences des maladies. Leur prise en charge nécessite le plus souvent des soins appropriés suivant leurs problèmes de santé qui parfois nécessitent une compétence dépassant celle du personnel se trouvant au niveau primaire [4]. C'est ainsi que, depuis plus d'une décennie, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Banque Mondiale et d'autres organismes d'appui au secteur santé ont fait de l'amélioration des systèmes de santé une de leurs priorités [5].

Les systèmes de santé se définissent comme toutes les ressources et activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé. Répondre aux sollicitations de ses usagers, assurer une équité d'accès aux services et soins, et ainsi améliorer la santé des populations desservies constituent les objectifs de tout système de santé. Ces objectifs ne sont pas toujours atteints parce que cela dépend essentiellement des conditions dans lesquelles ces systèmes mis en place parviennent à s'acquitter des six fonctions vitales que sont : la gouvernance, le financement, l'organisation et la gestion des ressources, les produits pharmaceutiques et consommables médicaux, les prestations de services et soins de santé, et le système d'information sanitaire [6] [7]. Le potentiel du système de santé n'est donc pas exploité et cela se traduit par un maintien de la morbidité et de la mortalité, des incapacités évitables, des inégalités et le non-respect des droits fondamentaux de la personne [7]

La décentralisation des systèmes nationaux de santé dans les pays en voie de développement a conduit à l'avènement du système de santé organisé autour de la « Zone de santé ». Cette dernière est généralement composée de deux niveaux opérationnels : le premier niveau

comprenant les formations sanitaires à l'échelon de la communauté, (les dispensaires, les centres de santé (CS) intégrés, les cabinets privés) et le niveau secondaire, avec un ou plusieurs hôpitaux. Ces deux niveaux doivent fonctionner de manière interdépendante afin que le système soit efficace et puisse assurer la continuité des soins entre ses différents échelons [8].

La mise en place d'un système de référence et de contre référence contribue à l'atteinte des Objectifs pour le Développement Durable(ODD) avec l'amélioration de la santé des communautés. Une meilleure organisation de la référence et de la contre référence entre les centres de santé (CS) et les hôpitaux généraux de référence (HGR) qui constituent le niveau de référence primaire, conduira sans faille à l'amélioration de la continuité et la qualité des soins [9]. Au premier niveau de référence de la pyramide sanitaire, l'hôpital, joue un rôle capital. Le degré de réalisation de ses objectifs dépend essentiellement du niveau d'application de ses fonctions. La mise en application des fonctions de l'hôpital associé au degré d'implication de la communauté desservie et de ses partenaires techniques et financiers (PTF) dans l'exercice de ces fonctions vont contribuer à sa performance [7].

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

Toutefois, les couts élevés des soins, l'insuffisance des moyens de transport des malades, la longue distance, la prescription des ordonnances médicales suite à la faible disponibilité des médicaments essentiels dans les hôpitaux, la résignation, la discrimination, le recours aux guérisseurs traditionnels, le problème d'hébergement et l'ignorance sont comptés parmi les obstacles qui justifient les perceptions négatives de la population par rapport à la référence et contre référence [12]. Dans la majorité des systèmes de santé africains, les États ont réduit leur contribution au financement des services de santé, si bien qu'aujourd'hui les patients doivent financer de leur poche la plus grosse part du coût des soins. Un énorme problème d'accès financier aux soins se pose [13].

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

La majorité de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Les crises politiques à répétition ont entraîné le dysfonctionnement du système de santé, caractérisé par une dégradation des infrastructures sanitaires, la vétusté des matériels et équipement, le manque des médicaments essentiels et génériques, la démotivation du personnel, la recrudescence des maladies endémo épidémiques comme le paludisme, les Infections Respiratoires Aigües (IRA), les diarrhées, les complications de la grossesse et de l'accouchement, la tuberculose et le VIH/SIDA [14] [15]. Malgré les multiples efforts du gouvernement congolais dans la redistribution des Kits des matériels et équipements, médicaments mais aussi la construction des centres de santé, les formations sanitaires sont peu capables de répondre aux besoins de la majorité de la population [16]

Dans la Province du Kongo Central, l'accès aux services de santé en ambulatoire était estimé à 16,3% à 2014 avec un taux de fréquentation hospitalière de 7,4% [14].

Dans la Zone de santé (ZS) de Gombe Matadi, plus de 35% des malades référés par les Centres de santé n'arrivaient pas à l'HGR, ce qui se traduisait par la sous-utilisation des services de l'HGR et beaucoup de décès sous notifiés dans la communauté. Le taux de référence dans cette Zone de santé était de 8%, et celui de contre-référence était de 27% en 2016. [17]. Le taux de fréquentation hospitalière est de 4,7% avec un taux d'occupation des lits qui n'a pas excédé 41% depuis plus de 5 ans. Cette situation persiste en dépit des efforts fournis par les autorités sanitaires de cette ZS. Parmi ces efforts, on note la mise en circulation de la moto ambulance, l'amélioration du plateau technique à l'HGR et les médicaments de qualité qui sont toujours disponibles [18].

Une étude sur les déterminants de l'utilisation des services curatifs à l'HGR a été menée, il était tout de même nécessaire de la compléter par une autre, analysant le système de référence et contre référence des malades dans le contexte de cette ZS. Le but de cette étude était

d'évaluer les éléments d'ordre organisationnel et fonctionnel liés au système de référence et contre-référence afin de contribuer à l'amélioration de l'utilisation des services de la ZS de Gombe Matadi.

1.2 QUESTION DE RECHERCHE

Face aux problèmes ci-haut cités, les réponses aux questions suivantes devaient être apportées au décours de cette étude :

- Quelles sont les principaux facteurs qui sont associés au faible taux de référence et de contre-référence au sein de la ZS de Gombe Matadi ?
- Quelle est la perception que la population a vis-à-vis du système la référence et contre référence ?

1.3. REVUE DE LA LITTERATURE

3.1.1. Obstacles aux soins de santé

Dans la littérature, Mady DENANTES et Coll. [20], constatent que les difficultés d'accès aux assurances complémentaires, les forfaits et franchises, les dépassements d'honoraires, l'absence de mutuelle, le refus de soins aux pauvres, le refus de l'aide médical d'État (AME) ou les tracasseries avec le tiers payant sont des obstacles majeurs à l'accès aux soins pour les plus démunis.

Le rapport de l'OMS de 2003, souligne que de nombreux facteurs, qui ne dépendent pas directement du système de santé, tels que la pauvreté, les conflits armés, l'instabilité institutionnelle et les lacunes de l'infrastructure, sont à l'origine de faible utilisation des services de santé.

Et en 2012, l'OMS, toujours, ajoute et publie un article qui examine certains des principaux obstacles rencontrés par les différents groupes sociaux pour accéder aux services de santé dans les pays arabes. Ces obstacles peuvent être d'ordre social, culturel, administratif, organisationnel ou financier et avoir un impact sur la population en fonction du sexe et de l'ethnie à des degrés divers. Les gouvernements sont instamment priés de s'attaquer aux inégalités en santé engendrées par ces obstacles et de promouvoir l'équité, la solidarité et la justice au moyen de politiques sociales qui renforcent le développement social et national [21].

1.3.2. Facteurs liés au refus de la référence par le patient

Ibrahim Moussa KEITA et Coll. [22] en 2010, dans une étude menée en Mauritanie trouvent que les facteurs organisationnels et fonctionnels des structures de soins exercent une influence non négligeable sur les décisions et choix concernant les itinéraires thérapeutiques. L'attitude du personnel de santé perçue comme antipathique et visiblement peu accueillant vis-à-vis des patients, l'absentéisme élevé ou les retards au travail, les mauvais diagnostics cliniques, l'absence d'attention à l'égard des plaignants, l'inégal accès aux ressources disponibles dans les formations sanitaires, etc. sont considérés comme autant d'obstacles qui limitent l'utilisation des structures soignantes. Ces raisons expliquent pourquoi une personne malade habitant à côté d'une structure de soins peut préférer aller se faire consulter dans une autre située à une distance très éloignée nécessitant un coût et un temps de trajet, tout simplement parce qu'elle est assurée d'y trouver une prise en charge correcte et un service de soins de qualité [22]

L'approche par la demande de soins analyse les comportements thérapeutiques des agents économiques qui peuvent être appréhendés par une fonction d'utilité dont les arguments sont : l'état de santé de l'individu, les caractéristiques individuelles ou socio-économiques des agents, les caractéristiques des alternatives, etc. La modélisation de la demande de soins développée dans les années 1970 repose sur une vision instrumentale de ce bien : l'individu consomme des soins pour atteindre l'état de santé qu'il a choisi et arbitre rationnellement entre cette consommation et les autres [23] [24] [15] [25]

Dans la plupart de pays Africains, Joseph Parfait OWOUNDI [38] a démontré dans son article publié en 2013 au Cameroun, que 51% de la population vit avec moins de deux dollars par jour, la propension moyenne de la consommation médicale totale des ménages est très élevée. Aussi, 32% des ménages dépensent moins de la moitié du revenu à la santé tandis que 16 % des ménages dépensent plus de la moitié du revenu et 52 % dépensent plus de la totalité du revenu. Ce qui correspond à un poids de 68% en dépenses de santé

En RDC, l'occupation du chef de ménage influence la demande et continuité des soins de santé à demander. L'autonomisation de la femme est un processus important dans la demande des soins. Seulement 44% des femmes congolaises travaillent et/ou exercent une activité génératrice de revenu dans le ménage. Aussi, 19% de femmes contre 8% des hommes n'ont

pas fréquenté l'école. Plus le chef de ménage à un niveau d'étude élevé, plus le recours aux soins est élevé [14]

Le pourcentage de femmes et d'hommes ne disposant d'aucune couverture sanitaire est très élevé, de l'ordre de 94% et 92% respectivement. L'obstacle majeur, en dehors de l'insuffisance des mutuelles de santé, est l'extrême pauvreté de la grande partie de la population qui impacte non seulement sur l'adhésion mais aussi sur la capacité de payer [26] [27]. Globalement, la dépense totale annuelle moyenne par habitant est évaluée à 28\$, on remarque tout de même (dépenses plus élevées chez les 50 ans et plus par rapport aux moins de 14 ans), selon le **milieu** (48\$ en milieu urbain contre 17\$ en milieu rural), ou suivant le quintile de richesse dans lequel se trouve le **ménage** (58\$ pour le quintile le plus élevé contre 14\$ dans le quintile le plus bas). Par ailleurs, ce coût des soins de santé par habitant et par an varie également selon **les provinces** : Province de Kinshasa 81\$, Kasai oriental 17\$, Kasai Occidental 20\$, Province orientale 21\$, Kongo central 37\$, Bandundu 21\$, Equateur 28\$, Nord Kivu 25\$, Sud Kivu 21\$, Maniema 28\$ et Katanga 38\$ [14]

Les dépenses totales de santé (DTS) par habitant / an en RDC sont de 21 \$ en 2014 et sont inférieures au minimum de 86 USD USD par habitant par an /an fixé par le groupe de travail international de haut niveau sur le financement de la santé en 2009 (HLTF). Ces dépenses sont de l'ordre de 6 USD en moyenne par tête, oscillant entre 5 et 8 USD entre 2010 et 2014.[26]

Plus récemment, l'attention est de plus en plus focalisée sur les effets des systèmes d'assurance maladie sur la demande de soins autant au niveau des pays développés que des pays en développement.

Certains auteurs analysent l'effet de l'assurance sur la demande de soins et mettent simultanément en exergue les deux phénomènes liés à l'asymétrie d'information que sont l'aléa moral et l'anti-sélection. Ils prédisent une corrélation positive entre assurance et dépenses de santé des ménages [28] [29] [15]

De plus, les adhérents à la mutuelle de santé accordent davantage d'importance à la santé que les non membres. En outre, les résultats d'une autre recherche au Burkina Faso indiquent que les adhérents à une mutuelle ont une perception plus négative des soins traditionnels que les non adhérents, les jugeant souvent médiocres ou inefficaces [23]

Dans une étude publiée par Jean Colbert Ndongu au Cameroun, les résultats sur le lien entre les Mutuelles Santé et l'utilisation des soins de santé sont divergents. Il estime que

l'introduction du système du ticket modérateur limite la majorité des ménages à utiliser les soins au stade initiale de la maladie [30].

Certains auteurs trouvent qu'il existe par contre une corrélation positive entre assurance et consommation de soins des individus, justifiant cela par les phénomènes d'asymétrie d'information que sont l'aléa moral et l'anti sélection [23] [31] [32]

Gustafsson-Wright *et al.* (2013) constatent que le programme Hygeia Community Health Care (HCHC) au Nigeria a augmenté l'utilisation des soins de santé de plus de 15 % en moyenne.

Mahal *et al.* (2013), dans une étude randomisée en Inde, suggèrent que le fait d'adhérer à un groupe d'assurance ambulatoire subventionné a augmenté le nombre total de visites médicales [33]

Binagwaho *et al.* (2012) trouvent que les Mutuelles de Santé ont amélioré l'accès aux soins préventifs et curatifs des enfants au Rwanda. RADERMACHER *et al.* (2012) soulignent que la Mutuelles de Santé réduit les dépenses de santé et accroît le recours aux services de santé des individus toute en les épargnant de la pauvreté induite par le coût des soins de santé [32]

Certains facteurs socio-culturels sont cités dans la faible utilisation des services de santé en République Démocratique Congo et ici il s'agit entre autres : Recours aux tradipraticiens avant les structures sanitaires, les us et coutumes selon lesquelles une personne ne peut pas préfinancer ses soins avant qu'il soit malade. C'est un symbole de sorcellerie. Aussi, une personne normale ne peut pas se fabriquer son propre cercueil et le recours en premiers intention dans les maisons de prière aux malades [14]

Dans une étude menée au Niger, dans le district sanitaire de Tahoua, malgré l'équipement des centres de santé ruraux d'un système de radiophonie qui les relie à l'hôpital de district, d'une ambulance qui facilite les évacuations des patients en cas d'urgence d'une part, et de multiples formations données aux infirmiers sur la référence et contre référence d'autre part, trop peu de patients sont référés du premier vers le deuxième échelon (hôpital) : environ 0,98% des nouveaux consultants [43]. Dans d'autres régions d'Afrique (Zambie, Zimbabwe), le taux de références sanitaires est d'environ 2% en milieu rural et 5% en milieu urbain, ce taux est assez faible [43]

1.3.3. Description du système de référence et contre référence en RDC

Dans le système de santé en RDC, 3 niveaux définissent la pyramide sanitaire : il s'agit du niveau central (Ministère de la santé, Secrétariat Général à la santé et Inspection Général à la santé), du niveau intermédiaire (DPS et IPS) et du niveau périphérique (ZS). Le niveau central est l'échelon qui est chargé de définir la politique sanitaire et les grandes orientations dans le domaine de la santé. Le niveau intermédiaire a pour rôle d'apporter un appui technique et accompagnement au niveau périphérique. Le niveau périphérique est le niveau opérationnel de planification et de développement en matière de santé ; c'est l'échelon où s'exercent les soins de santé primaires et est constitué par la zone de santé. Parmi les structures de santé d'une ZS, on distingue : les structures obligatoires et les structures facultatives. Les structures sanitaires obligatoires sont : le Centre de Santé (CS) et l'Hôpital Général de Référence (HGR). Le CS offre le paquet minimum d'activités (soins curatifs, préventifs, promotionnels et de réadaptation) tandis que l'HGR assure le paquet complémentaire d'activités, c'est-à-dire la prise en charge des problèmes qui ne peuvent pas être résolus au CS. Le CS comprend les services suivants : la réception, la consultation, les soins, la maternité, l'observation, le laboratoire et la maintenance [39] [40].

La norme au sujet du taux de la référence est fixée à 10 à 15 % CS vers HGR [41], mais la plupart des zones de santé n'atteignent pas ce chiffre. Dans la province de Katanga par exemple, en 2015, le taux de patients référés était de 1,3 % dans la ZS de Kayamba [36].

La relation entre le CS et l'HGR est d'ordre opérationnel : la référence, la contre-référence, la formation, la supervision et le contrôle de qualité. La référence est un mécanisme qui consiste à orienter les malades ou les personnes à risque du centre de santé vers l'HGR pour une prise en charge appropriée. La contre référence quant à elle, est le mécanisme qui consiste à retourner les malades ou les personnes à risque de l'HGR où ils ont reçu les soins adéquats vers le centre de santé qui les y a référés [39] [40] [41]

Il existe aussi des structures appelées facultatives qui sont représentées par le poste de santé et le centre de santé de référence (CSR). Ces structures sont souvent implantées pour résoudre des problèmes d'accessibilité géographique [39] [40].

Pourtant, le système de référence et de contre référence est plus affecté, dans la plupart de ces pays comme la RDC, par des problèmes d'ordre organisationnel, géographique, culturel et technique [21].

Avant tout, au niveau des centres de santé qui doivent référer les patients après les premiers soins, il se pose un problème de carence en plusieurs ressources nécessaires pour le bon

fonctionnement du système parmi lesquels on note une insuffisance ou un manque de matériels et équipements, de ressources humaines qualifiées et formées en utilisation des ordigrammes des soins pour la prise de décision, de moyens de transport, de communication, d'outils de gestion [42].

1.3.4. Causes de dysfonctionnement du système de référence et contre référence

Dans une étude d'approche qualitative réalisée à BAMAKO au Mali sur la problématique du système de référence-contre-référence des urgences obstétricales et l'implication des communautés dans le district de Bamako, 2015 montre que les obstacles majeurs sont entre autres :

- Les difficultés liées au **moyen transport** des malades ;
- Les **frais nécessaires à payer** associés au coût direct (les coûts directs d'une maladie sont les coûts actuels du traitement et de la prévention), au coûts indirects (frais liés au transport et à la restauration c'est dire les conséquences de la morbidité et de la mortalité sur la productivité ou les revenus) et aux coûts d'opportunité (les frais liés aux manques à gagner et Ils comprennent la détresse et la douleur ressenties par le patient et les autres). Il a été signalé également qu'il y a aussi les à-côtés des infirmiers qui constituent un obstacle pour les populations dans le processus de la référence (à se rendre à l'hôpital) [12]

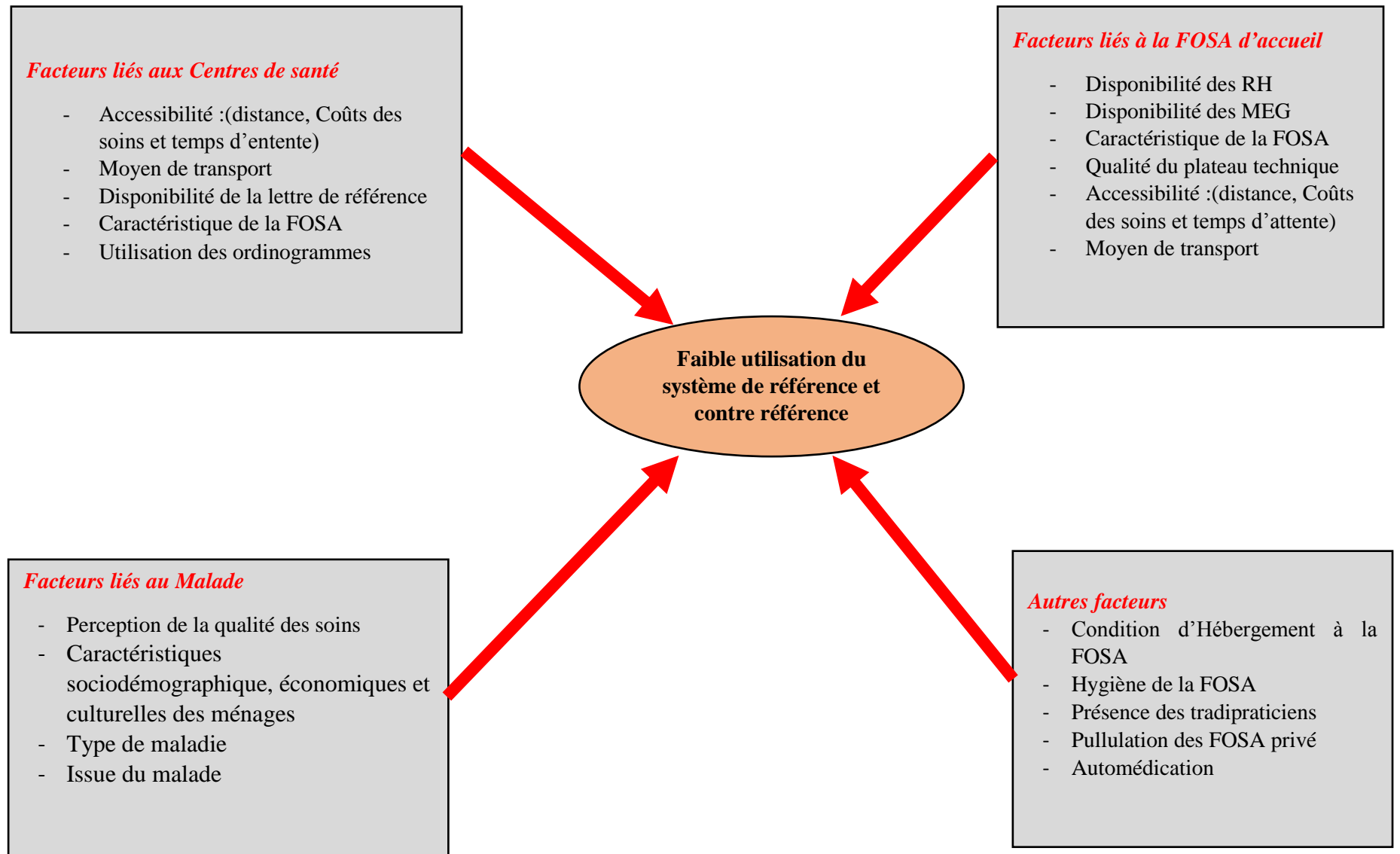
De part une étude sur la référence et contre référence des urgences obstétricales réalisée au Sénégal établit que la fréquence des évacuations obstétricales était de 31,2%. L'évacuation était faite au moyen d'une ambulance dans 69% des cas et celle-ci était accompagnée par un prestataire non qualifié dans 92,7% des cas. La patiente était vivante bien portante dans 98 % des cas. L'enfant était né vivant bien portant dans 75,4%. La durée de séjour moyenne était de 2,6 jours avec des extrêmes de 1 et 12 jours. La contre-référence était effectuée dans 97,3% des cas [11]

Dans l'étude menée au Katanga en RDC, les auteurs ont trouvé que la longue distance à parcourir constituer un frein à la référence dans 12,69 % des cas et que très peu de malades référés des centres de santé éloignés arrivaient à l'Hôpital [36]

Blaise Adelin en 2015, dans sa recherche menée au BENIN à l'Hôpital Général Universitaire, trouve que seulement 2,2% des patientes ont bénéficié d'un transport médicalisé. Les autres

moyens de transport étaient : les voitures de transport en commun (78,9%), les motos (9,9%) et les véhicules des sapeurs-pompiers (9%). Parmi les patientes référées, 21,5% des cas avaient été annoncé par communication téléphonique [37].

Figure 1 : Modèle conceptuel



1.4. OBJECTIFS

1.4.1. Objectif Général

Analyser le système de référence et contre référence dans la ZS de Gombe Matadi.

1.4.2. Objectifs Spécifiques

1. Décrire les caractéristiques des FOSA et des ménages enquêtés ainsi que leur comportement face à la maladie ;
2. Déterminer les principaux motifs de références dans la ZS Gombe Matadi ;
3. Déterminer l'accessibilité géographique, financière et temporelle de la population par rapport à la l'HGR ;
4. Analyser l'adéquation entre les motifs de référence et les paquets de soins fournis à l'HGR ;
5. Identifier les facteurs individuels et organisationnels qui ont une influence sur le non aboutissement de la référence au niveau de l'HGR ;
6. Formuler des recommandations

1.5. HYPOTHESES

La sous-utilisation du système de référence et contre référence est associée aux facteurs de la FOSA référant, aux facteurs de la FOSA d'accueil et aux facteurs propres au malade mais aussi à la présence des tradipraticiens ;

Il est alors possible d'agir sur ces facteurs pour améliorer l'utilisation de ces services de santé à l'HGR et aux CS.

CHAPITRE II : METHODOLOGIE

2.1. SITE D'ETUDE

Cette étude s'est déroulée dans la Zone de Santé de GOMBE MATADI, qui est une des 31 ZS de la Province du Kongo Central. Elle est située à 210 km de Kinshasa, soit 5 heures de route en saison sèche. C'est une Zone d'accès difficile en saison pluvieuse (parfois jusqu'à 24 heures de voyage)

Elle fait frontière avec 8 ZS du Kongo central.

Cette ZS couvre une population totale de 98257 habitants en 2017 et elle a une superficie de 4.778 Km² soit une densité de 21 hab/Km². Le nombre des ménages dans cette ZS est de 24.287, disséminés dans 15 Aires de santé (AS). Toutes les AS sont couvertes chacune par un CS. La ZS a un HGR et 5 structures jouant le rôle de CSR. La ZS dispose de 75 FOSA parmi lesquelles on note 12 FOSA privées lucratives, 10 FOSA confessionnelles Et 53 FOSA étatiques

Le nombre des CS avec Paquet Minimum d'Activités (PMA) complet est de 2 et HGR n'a pas encore PCA complet.

La ZS de Gombe Matadi s'étend sur trois secteurs et elle est occupée par 4 tribus. Les Bazungi se retrouvent dans le secteur de Lunuzadi ; les Bandidu et une partie de Bisingombe vivent dans le Secteurs de Gombe Matadi et afin les autres Bisingombe occupent avec les Bamanianga (tribu minoritaire) le Secteur Ntimansi.

Les différentes Religions identifiées dans la ZS sont : Kimbanguiste, Protestantes, Catholiques, Tata Honda mais également les églises de réveil.

La population de la ZS a pour activités principales l'agriculture, le petit élevage, la pêche artisanale. De manière générale, c'est une population pauvre.

Toutefois, la ZS regorge deux grandes cités entre autres le site touristique de ZONGO et la cité de Nkamba-siège international de l'Eglise Kimbanguiste

2.2.TYPES D'ETUDE :

Il s'agit d'une **étude transversale à visée analytique** organisée dans les ménages et les formations sanitaires suivant deux approches : quantitative et qualitative.

L'étude s'est intéressé à l'aide de l'interview au prestataire, aux chefs des ménages et de la revue documentaire des FOSA, à identifier des facteurs limitant l'utilisation du système de référence et contre référence.

2.3. ECHANTILLONNAGE :

2.3.1. Population d'étude :

- Les FOSA
- Les ménages

2.3.2. Unités statistiques

Les FOSA intégrée et les ménages qui ont connu un cas de maladie et qui a nécessité la référence au courant de l'année 2016.

2.3.3. Critère d'inclusion

Pour les FOSA :

- La FOSA intégrée dans le système de santé où elle joue le rôle de CS, CSR ou HGR.

Pour les ménages :

- Seuls les ménages qui ont connu un cas de maladie et qui a nécessité la référence au courant de l'année 2016 étaient concernés par l'étude.
- Le chef de ménage qui était disponible à la période d'étude

2.3.4. Critères d'exclusion :

Etaient exclus de notre échantillon les structures suivantes :

- Les FOSA privées non intégrées autre que les CS, CSR et HGR ;
- les ménages qui n'ont pas connus un cas de maladie au courant de l'année 2016 et ceux qui ont enregistré des cas de maladie mais qui n'ont pas nécessité la référence à l'HGR.

2.3.5. Taille de l'échantillon :

Cette étude s'est déroulée dans 21 FOSA dont 15 CS, 5 CSR et 1 HGR.

En plus des FOSA, les données étaient collectées dans 127 ménages. La taille de l'échantillon était calculée en tenant compte des éléments ci-après :

a) Pour les FOSA

- 15 FOSA de premier échelon
- 5 CSR
- 1 HGR

En ce qui concerne les aspects qualitatifs, les données étaient collectées à travers 2 focus groups. Les participants aux focus groups étaient sélectionnés comme suit : Pour les mères des enfants de moins de 5 ans, le choix aléatoire a été effectué chez les mères gardiennes de leurs enfants malades hospitalisés à l'HGR. Ensuite, une liste identifiant les leaders communautaires réside dans l'AS Gombe Matadi où se trouve l'HGR a été faite et sur base de cette liste un échantillonnage simple a été effectué.

b) Pour les ménages :

Le coefficient correspondant à un degré de confiance de 95% pour un test bilatéral ($Z=1,96$), le risque d'erreur ou seuil de signification α était de 5% et le degré d'imprécision acceptée d était de 5 %.

Le taux d'utilisation du système de référence et contre référence en 2016 était 8% donc $0.08(p)$ et par conséquent $q=1-p \Rightarrow q= 1-0.08= 0.92$

Alors, la taille de l'échantillon (n) a été calculée par la formule suivante : $n \geq \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times pq}{d^2}$

$$n \geq \frac{(1.96)^2 \times (0.08 \times 0.92)}{(0.05)^2} = 113 \text{ ménages}$$

Pour minimiser le risque de biais, et de non réponses, nous nous étions servi de la marge de 10 % de n qui valait 12 et la taille de l'échantillon était donc de $113+12$ ménages = **125 ménages**. Deux autres ménages ont été ajoutés par les enquêteurs sur terrain. Ce qui fait que, nous avons inclus pour cette étude **127** ménages et 21 formations sanitaires.

2.3.6. Type d'échantillonnage :

Cette étude s'est déroulée dans une seule ZS, la ZS de Gombe Matadi.

- Le choix de cette ZS était motivé par le fait que l'ESP Kinshasa travaille avec une vision de transformer de cette ZS en ZAR depuis l'année 2016. Par la suite l'échantillonnage de convenance par rapport aux CS, CSR et HGR dans toutes les aires de santé.
- Par la suite l'échantillonnage de convenance pour les CS, CSR et HGR dans toutes les aires de santé.

En rapport avec les ménages

- Une technique d'échantillonnage probabiliste à 3 degrés sera appliquée pour sélectionner les villages et les ménages.

1^{ème} degré : L'échantillonnage aléatoire simple pour sélectionner les 5 Aires de santé

2^{ème} degré : L'échantillonnage aléatoire simple pour sélectionner les 5 Villages

3^{ème} degré : Choisir de manière systématique 5 ménages dans chaque village. Le pas de

sondage était calculé en fonction de : $Pas\ de\ sondage = \frac{N}{n}$

2.4. COLLECTE DES DONNEES

2.4.1. Obtention des autorisations :

Avant de commencer la récolte des données, l'autorisation du Directeur de l'Ecole de santé publique, du Chef de Division Provinciale à la santé(CD) et celle du Médecin Chef de Zone de Gombe Matadi étaient obtenues.

Pour chaque FOSA enquêtée, le responsable de la FOSA a donné son consentement éclairé avant l'interview après lui avoir expliqué le but de la recherche ; la même chose était faite au niveau des ménages où le chef de ménage a donné son consentement.

2.4.2. Collectes de données proprement dite :

Les taches préliminaires suivantes ont été exécutées afin que les données soient collectées :

- Recrutement des enquêteurs sur base des critères pré établis le 16/10/2017 ;
- Formation des enquêteurs au Bureau Central de la Zone de Santé pendant un jour, le 17/10/2017.
- Pré-test de la méthodologie, sur place pendant un jour, le 18/10/2014.

La collecte proprement dite s'est déroulée dans les formations sanitaires et dans les ménages à la période allant du 19 au 22 Octobre 2017 sous la supervision du chercheur principal et de 2 superviseurs. L'enquête utilisera 12 enquêteurs du niveau universitaire issus de la Zone de Santé Gombe Matadi. Chaque enquêteur va interviewer 1 FOSA par jour pour ceux des FOSA et 5 ménages par jour pour ceux des ménages.

Deux jours de focus groups sont à la charge du chercheur principal.

Ainsi, la collecte durera 5 jours.

2.5. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

2.5.1. Approche quantitative :

Pour faciliter le traitement de données récoltées dans les FOSA et dans les ménages, chaque questionnaire était numéroté à l'aide de différents codes avant toute saisie à l'ordinateur.

Le traitement comprenait les points ci-après :

- Organisation du circuit des données : après contrôle de la qualité des données dans les FOSA et ménages, les fiches de collecte ont été stockées et transmises au chercheur principal par le superviseur. Le chercheur principal a veillé à son tour au contrôle de qualité en vérifiant si les critères d'éligibilité des FOSA et des ménages ont été respectés et enfin si toutes les rubriques des formulaires d'enquêtes ont été dûment remplies.

En cas de case vide, l'enquêteur est chargé de rechercher de nouveau l'information manquante.

- Saisie des données : un masque de saisie est créé sur Epi data Version 3.1 suivi de la saisie proprement dite par le chercheur principal. D'Epi data, les données ont été transférées sur le logiciel SPSS 23 pour analyse.
- Edition des données : avant l'analyse des données, un deuxième contrôle de qualité des données a été effectué en générant les fréquences et en croisant les variables. Les toutes dernières erreurs qui seront encore une fois identifiées, seront aussi corrigées à ce niveau.

L'analyse des données était faite en exploitant le logiciel SPSS.23.

Les mesures statistiques suivantes ont été calculées :

- Les fréquences pour le sexe, le niveau d'instruction, le niveau de revenu, la profession, la connaissance, pratiques, la perception sur l'utilisation des services des santés et utilisation de système de référence et contre référence par les ménages ;

- Le taux d'utilisation du système de référence et contre référence et le taux des retro informations reçues ;
- Les fréquences des motifs de référence de la ZS Gombe Matadi ;
- Les moyennes et écart type pour l'âge ou médiane et son EIQ suivant que la distribution est normale ou pas normale et la taille des ménages ;
- Pour vérifier l'association entre tous les facteurs présumés de faible utilisation du système de référence et contre référence (le faible niveau d'instruction, le niveau de revenu des ménages, la qualité des soins offerte dans les FOSA, la fonctionnalité des FOSA d'accueil ou de référence, la capacité managériale des autorités sanitaires, recours à la médecine traditionnelle, accessibilité géographique, le long délai d'attente, la disponibilité des médicaments), nous avons recouru au test de Chi Carré d'indépendance et au calcul des Odds Ratio avec un intervalle de confiance de 95% et à l'analyse multi variée (la régression logistique bivariée).
- L'analyse des données financières et économiques a reposé surtout sur des techniques économétriques notamment sur le modèle de régression logistique (Modèle Logit). L'avantage de cet outil est qu'il nous permet de déterminer :
 - Dans quelle mesure les facteurs considérés expliquent la variable dépendante,
 - L'ampleur et la direction (positive ou négative) de la relation entre chaque facteur et la variable dépendante après avoir contrôlé les effets des autres facteurs présents dans le modèle
 - La contribution de chaque facteur à expliquer la variable dépendante au-delà de tous les autres facteurs contenus dans le modèle.

2.5.2. Approche qualitative

Pour les données qualitatives : l'analyse était faite de la manière suivante :

- Les informations recueillies dans les notes ont été transcrites dans un texte en Word.
- Avec un enregistreur, nous avons complété les informations manquantes
- Lire et relire les transcrits pour identifier les entités qui apparaissent.
- Sélection des segments dans le document primaire de transcript ;
- Mettre les données selon les différents groupes des répondants;
- La codification en donnant à chaque répondant une étiquette (Focus Group constitué par les mères des enfants de moins de 5 ans hospitalisés = FG A, 1,2,3,4,5,6 et Focus Group constitué par les leaders communautaires autour de l'HGR = FG B, 1,2,3,4,5,6) et analyse thématique.

- Synthèse des variables sur l'outils Excel et
- Interpretation des données et représentation textuelle des résultats.

2.6. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Le protocole de recherche a été soumis au Comité éthique pour son approbation.

Les aspects éthiques liés au respect de la personne, à la bienfaisance et à la justice ont été pris en compte. Un consentement éclairé verbal ou écrit a été obtenu du répondant avant l'administration du questionnaire.

Les données recueillies ont gardé un caractère anonyme et confidentiel. Toutes les archives électroniques ou en dures ont été gardées par le chercheur principal seul.

2.7. LISTE DE VARIABLES

L'étude a considéré sept groupes de variables qui sont :

1. **Variables sociodémographiques et économique de chefs de ménages** : l'âge, le sexe, le statut professionnel, le statut matrimonial, la religion, le niveau d'instruction des patients, taille du ménage et revenu du ménage.
2. **Demandes des soins de santé** : recours ou non recours aux soins après transfert, accueil, disponibilité du prestataire, motif de référence, communication du prestataire envers le malade, compétence du prestataire, respect de la déontologie, propreté de la FOSA, disponibilité des Médicaments, origine de la maladie, état de la maladie, issue du malade.
3. **Promotion de la FOSA** : diffusion de l'information de la FOSA par les RECO
4. **Accessibilité** : accessibilité physique, accessibilité financière, accessibilité temporelle et le tarif.
5. **Caractéristique de la FOSA** : appartenance de la FOSA, gestion de la FOSA, niveau d'instruction du gestionnaire de la FOSA, expérience dans la gestion de la FOSA, qualité des infrastructures,
6. **Offre des services curatifs** : personnel formé en TETU, disponibilité des intrants, taux d'utilisation des services curatif
7. **Référence et contre référence** : proportion des malades référés et qui sont arrivés à l'HGR, proportion des malades contré référés par l'HGR qui sont arrivés au CS, disponibilité des fiches de référence, moyen d'évacuation des malades, structures de référence des malades, coût de transport, barrière culturelle, crédibilité des prestataires de l'HGR

2.8. LISTE DES VARIABLES ET LEUR ECHELLE

Tableau I : Liste des variables et leur échelle

N°	Facteurs	Variables	Définitions opérationnelles	Echelle de mesure
1	Caractéristiques sociodémographique, économiques et culturelles des ménages	Sexe du chef de ménage	Sexe du chef de ménage	Nominale Masculin 1 Féminin 2
		Age du chef de ménage	Age au dernier anniversaire du chef de ménage	Intervalle : en année 18-24 1 25-34 2 35-4 3 50 et plus 4
		Niveau d'instruction du chef de ménage	Dernier niveau d'étude atteint par le chef du ménage sanctionné par un certificat ou soit un diplôme	Ordinale : Aucun 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur 4
		Religion du chef de ménage	Appartenance à une religion du chef de ménage	Ordinale : Catholique 1 Protestante 2 Kimbanguiste 3 Musulmane 4 Eglise de réveil 5

				Autre religion _____ 6
		Statut matrimonial actuel du chef de ménage	Etat civil du chef de ménage enquêté	Ordinale : Célibataire 1 Marié 2 Union de fait 3 Veuf 4 Divorcé/Séparé 5
		La profession du chef de ménage	Occupation ou activité principale du chef du ménage	Ordinale : Aucun 1 Ménager 2 Etudiante/Elève 3 Commerçant 4 Cultivateur 5 Fonctionnaire 6 Autre, spécifiez _____ 7
		Taille du ménage	Nombre de personne dans le ménage	Intervalle
		Revenu du ménage	La Quantité d'argent que le chef de ménage tire de son travail mensuellement.	Intervalle
2	Demande des soins de santé	Recours aux soins après transfert	Le lieu où les personnes du ménage reçoivent les soins lorsqu'elles sont	Ordinale : Dans une formation sanitaire moderne 1

		malades	Chez un tradipraticien 2 A l'église 3 Dans une pharmacie 4 Automédication moderne 5 Automédication traditionnelle 6 Autres à préciser _____ 7
	Motif de refus au recours aux soins de santé dans la FOSA de 2 ^{ème} échelon après transfert	Raison de non acceptation de recourir aux soins de santé dans une FOSA de 2 ^{ème} échelon après transfert par l'infirmier	Ordinale : Manque d'argent 1 Coût des soins élevé 2 Pour conserver notre coutume ou religion 3 La formation sanitaire est éloignée 4 Autre à préciser _____ 5
	Accueil	La manière de recevoir un malade au niveau de la FOSA	Ordinale : Excellent 1 Très bon 2 Bon 3 Assez bien 4 Mauvais 5
	Disponibilité du prestataire	Présence d'au moins un prestataire à la FOSA	Nominale : Oui 1 Non 2

		Motifs de référence urgente	Il s'agit des états qui mettent en danger le pronostic vital des malades.	Nominale : Urgences obstétricales 1 Urgences chirurgicales 2 Urgences pédiatriques 3 Urgences médicales de l'adulte 4 Autres à préciser 5
		Communication du prestataire envers le malade	Les explications que le prestataire donne au malade au sujet de la référence	Ordinale : Extrêmement suffisante 1 Très suffisante 2 Suffisante 3 Peu suffisante 4 Pas du tout suffisante 5
		Compétence du prestataire	Savoir-faire du prestataire	Ordinale : Excellent 1 Très bon 2 Bon 3 Moins bon 4 Mauvais 5
		Respect de la déontologie	Savoir être du prestataire	Ordinale : Extrêmement satisfait 1 Très satisfait 2 Satisfait 3

				Peu satisfait 4 Pas satisfait 5
		Propreté de la FOSA	Etat salubre de la FOSA et même des installations sanitaires	Ordinale : Très propre 1 Propre 2 Assez propre 3 Sale 4 Très sale 5
		Disponibilité des Médicaments et autres intrants spécifiques	Disponibilité des Médicaments et autres intrants spécifiques dans la FOSA	Ordinale : Extrêmement disponible 1 Très disponible 2 Disponibles 3 Peu disponible 4 Indisponible 5
		Origine de la maladie	Perception des ménages par rapport à l'origine de la maladie	Ordinale : Surnaturelle 1 Naturelle 2 Inconnue 3
		Etat de la maladie	Appréciation de l'évolution de la maladie du membre de la famille	Ordinale : Extrêmement grave 1 Très grave 2 Grave 3 Moins grave 4 Pas du tout grave 5
		Issue du malade	La finalité du malade après avoir été	Ordinale :

			hospitalisé.	Guérison 1 Stationnaire 2 Transfert 3 Autres à préciser _____4
3	Promotion de la structure	Diffusion de l'information de la FOSA par un RECO	La façon dont l'information de la FOSA se partage dans la communauté par un RECO	Nominale Oui 1 Non 2
4	Accessibilité	Accessibilité physique	Capacité de ménage à supporter la distance qui sépare la CS et l'HGR et le ménage à HGR :	Intervalle : En Km Inférieur à 15 Km 1. Entre 16 à 30 Km 2. Supérieur ou égal à 31 Km 3.
		Accessibilité financière	Capacité de ménage à supporter les coûts des soins	Intervalle : en FC ≤ 15000 FC 1. Entre 15000 et 30000 FC 2. ≥ 30000 FC 3.
		Tarification	Prix estimatif fixé pour obtenir un bien ou un service	Nominale Oui 1 Non 2
		Accessibilité temporelle/	Capacité de ménage à supporter le temps d'attente que le patient mette	Intervalle : En minutes

		Temps d'attente à la FOSA	pour recevoir les soins	
5	Caractéristique de la FOSA	Appartenance du CS	A qui appartient le CS	Ordinale : Etatique 1 Confessionnelle 2 Privé 3
		Gestion de la fosa	Administration du CS	Ordinale : IT 1 Médecin 2 Autre personne à spécifiée _____ 3
		Niveau d'instruction du gestionnaire de la FOSA	Dernier niveau d'étude du gestionnaire de la FOSA sanctionné par un certificat ou un diplôme.	Ordinale : A3 1 A2 2 A1 3 A0 4 Médecin 5 Autre personne à spécifiée _____ 6
		Expérience dans la gestion de la FOSA	Nombre d'année que le gestionnaire a fait dans son poste	Intervalle : Nouveau recruté 0 < 2 ans 1 > 2 ans 2
		Qualité des infrastructures	Type de construction des infrastructures de la FOSA	Ordinale : En dur 1 En semi durable 2

				En pisé 3
6	Offre des services curatifs	Personnel formé en TETU	Le personnel qui a suivi une formation ou soit un coaching en TETU	Nominale : Oui 1 Non 2
		Disponibilité des intrants (Proportion des jours sans rupture de stock des Médicaments essentiels traceurs (parmi les 13 Médicaments qui sauvent)	Disponibilité des intrants : ocytocine, Misoprostol, Sulfate de-Magnesium, amoxy, ceftriaxone, Chlorexidine, dexaméthazone, Amoxicilline dispersible, SRO, Zinc, Préservatif, Implant et contraception d'urgence	Nominale : Oui 1 Non 2
		Taux d'utilisation des services curatifs	Diviser le nombre total des nouveaux cas du mois par la population mensuelle x 100	Ordinale : Très bien utilisé > 60% 1 Bien utilisé 50 et 60% 2 Faiblement utilisé < 50% 3
7	Référence et contre-référence des malades	Proportion des malades référés et qui sont arrivés à l'HGR	Nombre de personnes qui ont accepté la référence et arrivé à l'HGR sur le total des personnes référées	Intervalle
		Proportion des malades contre-référés par l'HGR et qui sont arrivés au CS	Nombre de personnes qui ont accepté la contre-référence de HGR et qui sont arrivées au CS sur le total des	Intervalle

		personnes référées	
	Disponibilité des Fiches de référence	Disponibilité des fiches de référence dans votre structure ?	Nominale : Oui 1 Non 2
	Moyen d'évacuation des malades	Moyen de transport pour évacuer le malade dans une structure secondaire	Nominale : Oui 1 Non 2
	Structures de référence des malades	La structure qui reçoit le malade transféré	Ordinale : HGR 1 CSR 2 Clinique privée 3 Autre à spécifier _____4
	Contre référence	Processus inverse de la référence pour lequel le malade est retourné au CS	Nominal Oui 1 Non 2
	Coût de transport	Le coût lié au transport coute cher	Oui 1 Non 2
	Barrière culturelle	Les limites de la communauté face à la référence	Oui 1 Non 2
	Crédibilité des prestataires	Perception de la communauté face à la crédibilité à l'endroit des prestataires	Oui 1 Non 2

		de l'HGR	de l'HGR	
--	--	----------	----------	--

CHAPITRE III : RESULTATS

3.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

3.1.1. Caractéristiques des ménages.

Nous avons enquêté 127 chefs de ménages qui ont connu un cas de malade dans le ménage et que ce dernier a été transféré dans une structure de deuxième échelon. En plus de cela, nous avons aussi enquêté dans 15 FOSA de premier échelon et dans 6 FOSA de deuxième échelon.

Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques et économiques des ménages

Variables	Modalités/Valeurs	Effectifs	Pourcentage %
1. Age des chefs de ménages	16-25 ans	4	3,1
	26-35 ans	25	19,7
	36-45 ans	29	22,8
	>= 46 ans	69	54,3
	Médiane :47 ans		
	Max : 88ans		
	Min : 20 ans		
	EIQ : 37 à 60 ans		
	<i>Total</i>	<i>127</i>	<i>100</i>
2. Niveau d'étude de chefs de ménage	Sans niveau d'étude	7	5.5
	Primaire	29	22.8
	Secondaire	84	66.1
	Universitaire	7	5.5
	<i>Total</i>	<i>127</i>	<i>100</i>
3. Sexe de chef de ménages	Masculin	94	74
	Féminin	33	26
	<i>Total</i>	<i>127</i>	<i>100</i>
4. La religion du chef du ménage	Catholique	20	16
	Protestante	13	10,4
	Kimbanguiste	80	64
	Eglise de réveil	12	9,6
	<i>Total</i>	<i>125</i>	<i>100</i>
5. Statut matrimonial du chef de ménage	Célibataire	10	8
	Marié/Union de fait	86	68,8
	Veuf/Divorcé (e)/ séparé (e)	29	23,2
	<i>Total</i>	<i>125</i>	<i>100</i>
6. Occupation du chef de ménage	Sans profession	87	70,7
	Ayant une profession	36	29,3
	<i>Total</i>	<i>123</i>	<i>100</i>
7. Niveau économique de ménages	Niveau économique bas	123	96,9
	Niveau économique élevé	3	2,4
	<i>Total</i>	<i>126</i>	<i>100</i>
8. Revenu du ménage en \$	Moins de 50 \$	69	54,8
	50,1 à 100 \$	51	40,5
	100,1 à 200 \$	4	3,2
	Plus de 200 \$	2	1,6
	<i>Total</i>	<i>126</i>	<i>100</i>

Il ressort de ce tableau que :

- L'âge médian des chefs ménages est de 47 ans avec un espace interquartile de 37 à 60 ans. Aussi, 54,3% ont un âge supérieur à 46 ans avec un niveau d'étude secondaire à 66,1% ;
- 74% d'entre eux sont de sexe masculin.
- La grande partie des chefs des ménages soit 64% prient à l'Eglise Kimbanguiste et ont un statut matrimonial marié à 68,8%.
- La majorité des ménages soit 70,7% sont sans profession et ont un niveau économique faible soit 96,6%.
- Les ménages qui ont un revenu de moins de 50\$ représentent 54,8%.

3.1.2. Caractéristiques des FOSA de premier échelon (n= 15)

Les 15 CS enquêtés appartiennent à l'Etat et sont gérés par les infirmiers titulaires qui ont une expérience professionnelle de plus de 2 ans et ont un personnel commis à l'enregistrement des malades.

Tableau III : Caractéristiques des FOSA de premier échelon (n= 15)

Variables	Modalités	Effectifs avec n=15	Pourcentages %
1. Le niveau d'étude du gestionnaire de la FOSA	A3	2	13,3
	A2	10	66,7
	A1	3	20,0
	<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100,0</i>
2. Qualité des infrastructures	En dur	8	53,3
	En semi durable	7	46,7
	<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100</i>
3. Le niveau d'étude le plus élevé que ce personnel a atteint	Primaire	2	13,3
	Secondaire	10	66,7
	Supérieur	3	20,0
	<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100</i>
4. Personnel chargé des soins curatifs	Suffisant (≥ 2 inf. qualifiés)	3	21,4
	Moins suffisant (< 2 inf. qualifiés)	11	73,3
	<i>Total</i>	<i>14</i>	<i>100</i>
5. Personnel qualifié et formé en ordinogramme des soins	Suffisant (≥ 2 inf. formés)	1	6,7
	Moins suffisant (< 2 inf. formés)	14	93,3
	<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100</i>
6. Nombre de malade qui consulte la FOSA/Jour	Entre 5 et 9	1	6,7
	Moins de 5	12	80,0
	Rien du tout	2	13,3
	<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100,0</i>
7. Malades observés à la FOSA	Bien utilisé	1	6,7
	Faiblement utilisé	14	93,3
	<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100</i>

Il se dégage de ce tableau que :

- 66,7% des IT ont un niveau d'étude A2.
- A 53,3%, les Centres de santé ont une infrastructure en dur
- Le personnel commis à la réception a un niveau d'étude secondaire soit de 66,7%.

- Pour la plupart des Centres de santé, le nombre du personnel chargé des services curatifs est moins suffisant à 78,6% mais aussi ceux qui ne sont pas formés en ordinogramme des soins curatifs représentent 93,3%.
- La majorité des CS soit 80% consultent moins de 5 malades par jours et ces formations sanitaires ont pour la plupart un taux d'utilisation faible à 93,3%.

3.1.3. Caractéristiques des FOSA de deuxième échelon (n=6)

Tableau IV : Caractéristique des FOSA de deuxième échelon

Le nombre de personnel qualifié et formé sur la prise en charge des urgences est moins suffisant dans toutes les FOSA de deuxième échelon

Variables	Modalités	Effectifs avec n=6	Proportion
Appartenance de la FOSA	Etatique	4	4/6
	Confessionnelle	1	1/6
	Privée	1	1/6
	<i>Total</i>	6	6/6
Gestion de la FOSA	Médecin directeur	5	5/6
	Infirmier	1	1/6
	<i>Total</i>	6	6/6
Niveau d'étude du gestionnaire de la FOSA	A1	1	1/6
	Médecin	5	5/6
	<i>Total</i>	6	6/6

De ce tableau, il ressort que :

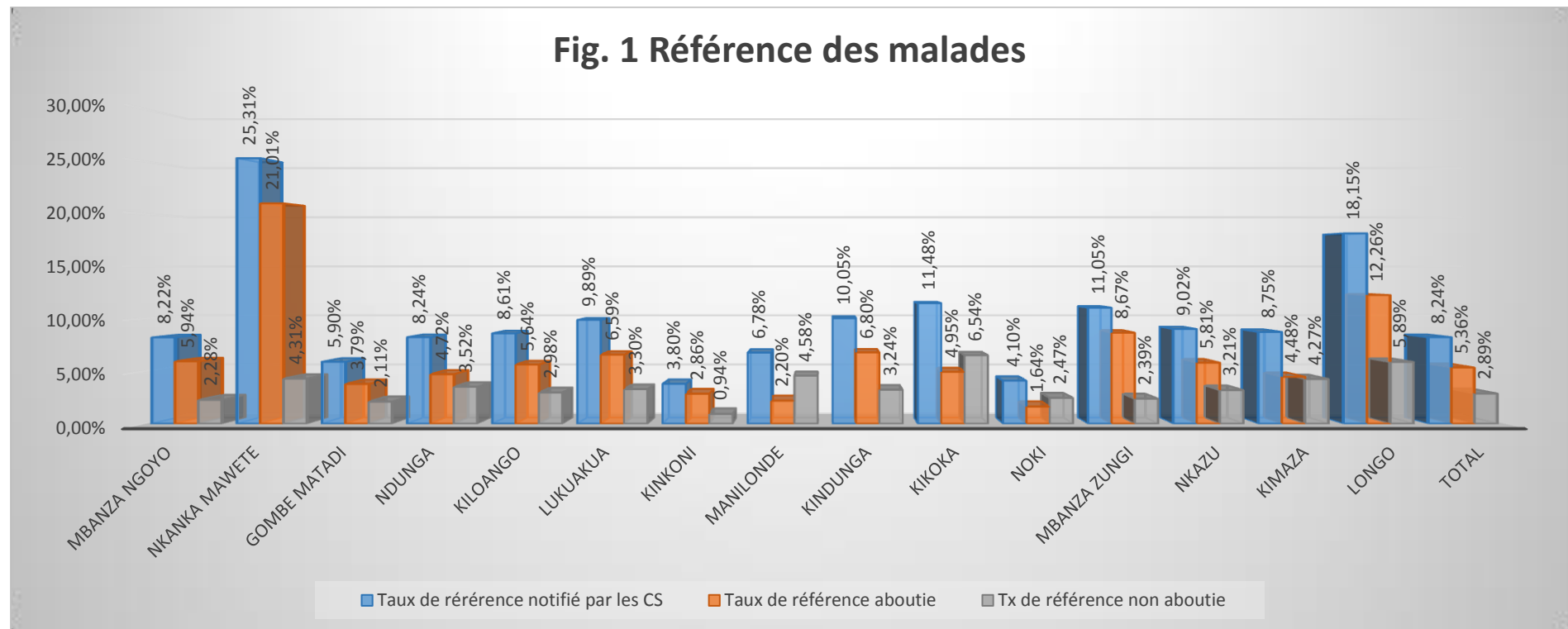
- 4/6 structures de deuxième échelon sont d'appartenance étatiques ;
- 5/6 FOSA sont gérées par un Médecin directeur.

3.2. DETERMINATION DU TAUX DE REFERENCE ET DE CONTRE REFERENCE, MOTIFS ET BARRIERES A LA REFERENCE DANS LA ZS GOMBE MATADI

3.2.1. Taux de référence

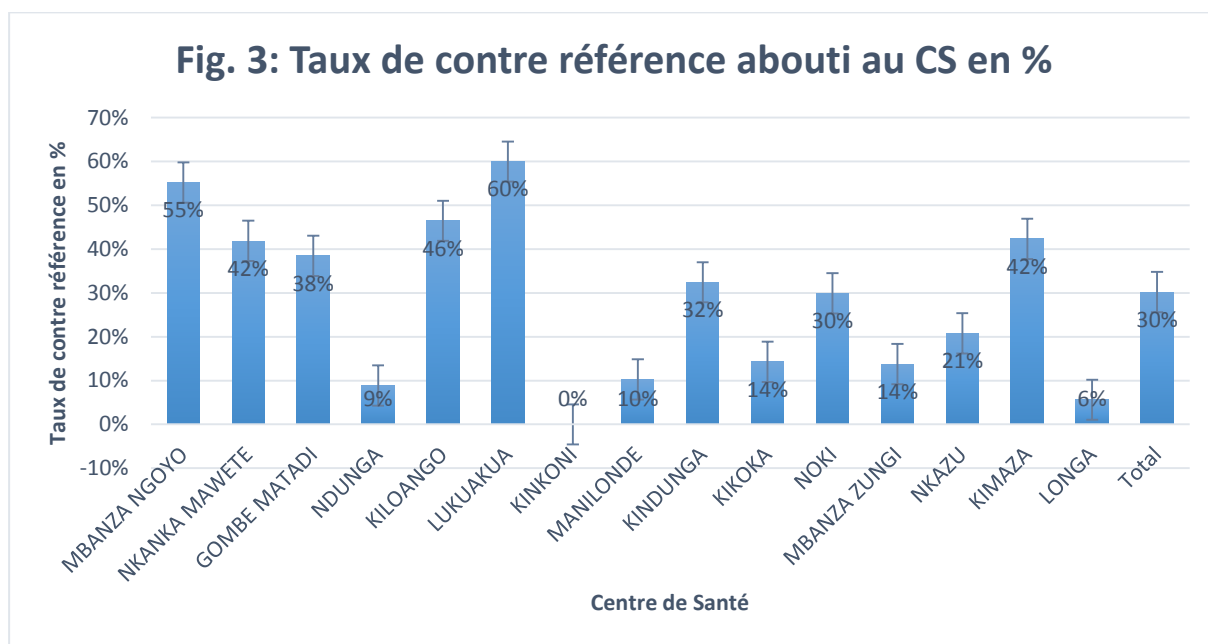
Sur 35874 malades en 2016, qui ont fréquenté les CS, 2957 référés soit 8,2% par les CS, 1922 malades sont réellement arrivés (65%) et 1035 malades ne sont pas arrivés (35%)

Figure 2 : Taux de référence (notifiée, aboutie et non aboutie)



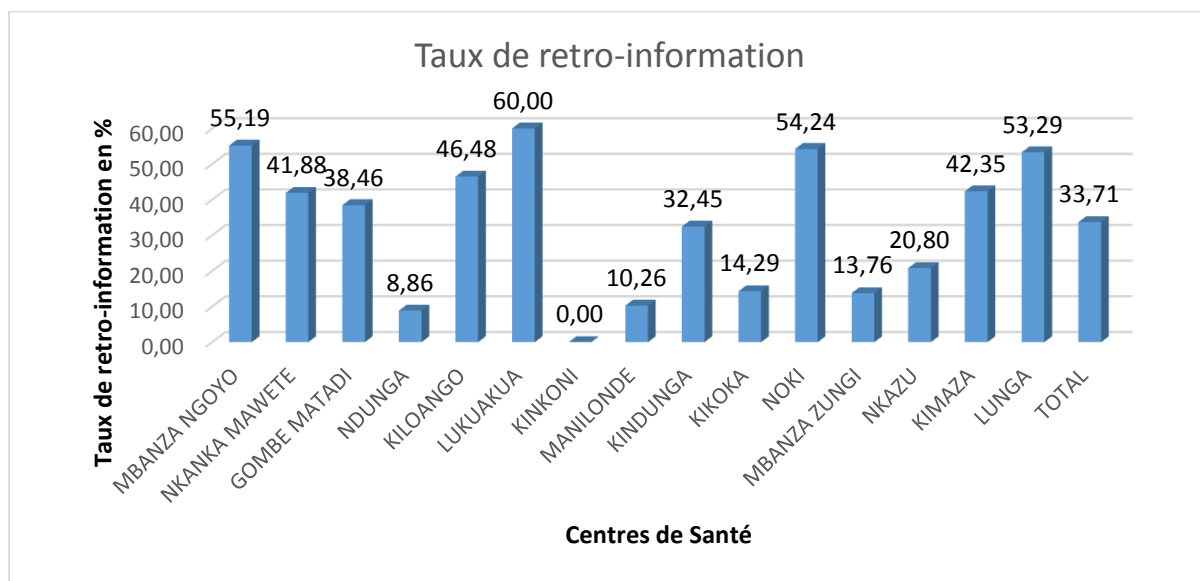
Il se dégage de ce graphique que le taux de référence au cours est de 5,38% et le Centre de Santé NKANKA MAWETE transfère plus de 20% de ses patients.

Le taux de contre référence à l'HGR est de 52,6%.



Il se dégage de cette figure que le taux de contre référence abouti en 2016 est de 30%

Figure 4 : taux de retro-information reçu



Il ressort de ce graphique que le taux de retro-information reçue aux Centres de Santé en 2016 était de 33,7%. Le centre de Santé Lukuakua recevait 60% de retro-information ses malades référés.

3.2.2. Analyse de la situation des référés

Tableau V : Analyse de la situation des référés

Variables	Modalités	Fréquences	Pourcentages %
1. Malades référés des CS	Malades arrivés aux CSR	1271	43
	Malades arrivés à HGR	651	22
	Malades qui ont refusés le transfert	1035	35
	<i>Total</i>	2957	100
2. Destination du malade référé	HGR/CSR	82	65,1
	Tradipraticien	3	2,4
	Eglises	9	7,1
	Pharmacies locales	32	25,4
	<i>Total</i>	126	100,0
3. Destination des malades ayant refusés la référence	Tradipraticien	3	6,8
	Eglises	9	20,4
	Pharmacies locale	32	72,7
	<i>Total</i>	44	100,0
4. Motifs de références des malades	Urgences obstétricales	596	31
	Urgences pédiatriques	499	26
	Urgences Chirurgicale	384	20
	Urgences médicales	231	12
	Autres causes	212	11
	<i>Total</i>	1922	100

Il ressort de ce tableau que :

- Sur 100% des malades référés des CS, 35% de malades ont refusé la référence et ceux qui ont accepté la dite référence représentent 65% dont 22% des patients référés sont arrivés à l'HGR et 43% ont été soignés aux CSR.
- Selon, les Chefs des ménages 65 % des malades vont dans l'HGR/CSR et 35% vont ailleurs en dehors des formations sanitaires.
- 72,72% des malades qui ont refusé les transferts vont dans les pharmacies locales.
- Le motif obstétrical comme cause de référence représente 31%.

3.2.3. Perception des chefs des ménages sur les maladies qui nécessitent la référence

Tableau VI : Perception des chefs des ménages sur les maladies qui nécessitent la référence (n=127)

Variables	Modalités	Fréquences	Pourcentages%
1. Perception sur l'origine de la maladie	Surnaturelle	22	17,3
	Naturelle	63	49,6
	Inconnue	42	33,1
	<i>Total</i>	<i>127</i>	<i>100,0</i>
2. Etat du malade avant le transfert	Extrêmement grave	10	7,9
	Très grave	26	20,5
	Grave	24	18,9
	Moins grave	39	30,7
	Pas du tout grave	28	22,0
	<i>Total</i>	<i>127</i>	<i>100,0</i>
3. Issue du malade après les soins dans les structures de deuxième échelon	Guérison	86	68,8
	Stationnaire	27	21,6
	Transfert	14	9,6
	<i>Total</i>	<i>127</i>	<i>100,0</i>

De ce tableau :

- 49,6% de nos enquêtés reconnaissent que l'origine de la maladie est naturelle, acceptent le transfert quand bien même l'état de santé du malade est moins grave à 30,7%,
- La guérison représente 68,8% après les soins.

3.2.4. Raison de refus de la référence

Tableau VII : Raison de refus de la référence évoquée par les patients auprès des prestataires
(Barrières à la référence et contre-référence) n=15

Variables	Modalités	Effectifs	Pourcentages %
1. Le coût lié au transport	Oui	9	60,0
	Non	6	40,0
	<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100,0</i>
2. Le coût direct de soins	Oui	14	93,3
	Non	1	6,7
	<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100,0</i>
3. Les coûts indirects des soins	Oui	12	80,0
	Non	3	20,0
	<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100,0</i>
4. La qualité d'accueil des patients	Oui	2	13,3
	Non	13	86,7
	<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100,0</i>
5. Les conditions d'hébergement	Oui	2	13,3
	Non	13	86,7
	<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100,0</i>
6. La distance entre le CS et HGR	Oui	10	66,7
	Non	5	33,3
	<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100,0</i>
7. Le manque de moyen de transport	Oui	10	66,7
	Non	5	33,3
	<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100,0</i>
8. La culture ou coutume ou religion	Oui	10	66,7
	Non	5	33,3
	<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>100,0</i>

Le tableau 7 montre que selon les prestataires des Centres de santé, les barrières identifiées pour le système de référence et contre-référence sont entre autres : le coût direct aux soins (93,3%), **les coûts indirects des soins (80%), la distance entre le CS et HGR**

(66,7%), le manque de moyen de transport (66,7%), le respect de la culture ou coutume ou religion (66,7%) et le cout lié au transport (60%).

3.3. DETERMINATION DE L'ACCESSIBILITE DE L'HGR PAR LA POPULATION DE LA ZS DE GOMBE MATADI

Tableau VIII : Accessibilité de l'HGR

Variables	Modalités	Effectifs	Pourcentages (%)
1. Distance	0 à 15 Km	2	13,3
	16 à 30 Km	3	20,0
	>= 31 Km	10	66,6
	Total	15	100,0
	Médiane : 51 Km		
	Min : 1 Km		
	Max : 80 Km		
2. Temps d'attente par le malade pour être soigné	Temps d'attente long	36	28,6
	Temps d'attente court	90	71,4
	Total	126	100,0
3. Appréciation du coût de soins par le chef du ménage	Coût de soins abordable	15	11,9
	Coût de soins non abordable	111	88,1
	Total	126	100,0
4. Le niveau de recouvrement des recettes auprès des malades	Bon de 70 à 80%	2	13,3
	Faible <70%	13	86,7
	Total	15	100,0

Il sort de ce tableau que :

- 66,67% de la population est éloigné de son HGR c'est-à-dire qu'elle se trouve au-delà de 31 Km.
- En 71,4%, les enquêtés disent que le temps d'attente est court.
- En 88,1%, les soins de santé en Zone de santé de Gombe Matadi ont un coût non abordable (très cher).

- le recouvrement des recettes auprès des malades reste faible pour 86,7% des répondants dans les 15 FOSA.

Tableau IX : Disponibilité des Médicaments, des matériels, moyen de transport des malades et type de tarification n= 6

Variables	Réponses	Effectifs	Proportion
1. Facilité de paiement de tarif	Non	6	6/6
2. Tarification forfaitaire	Oui	6	6/6
3. Disponibilité des matériels à l'HGR	Oui	6	6/6
4. Disponibilité des médicaments	Oui	6	6/6
5. Disponibilité des moyens de transport des malades	Non	6	6/6

De ce tableau 9, il ressort que :

- 6/6 responsables des FOSA de deuxième échelon disent que les malades ne paient pas avec facilité malgré la tarification forfaitaire observée dans les 6/6 structures de deuxième.
- 6/6 enquêtés des structures de deuxième échelon disent que l'HGR dispose des matériels et équipements mais aussi des médicaments. Par ailleurs tous les enquêtés révèlent que la seule contrainte pour évacuer les malades reste l'absence d'une ambulance.

3.4. FACTEURS ASSOCIES AU REFUS DE LA REFERENCE

3.4.1. Facteurs propres aux patients

Tableau X : Facteurs associés au refus de la référence par le patient

N°	Facteurs	Destination du patient après la référence		ODD RATIO	IC à 95%	p-value du X ²	p-value Régression Logistique Binaire
		Malade référé et arrivé à HGR	Malade qui a refusé à aller à HGR				
1.	Faible niveau d'instruction	20(66,7%)	10(33,3%)	1,122	[0,367 ;3,427]	0,825	0,840
2.	Origine de la maladie est surnaturelle	37(57,8%)	27(42,2%)	1,831	[0,722 ;4,641]	0,082	0,202
3.	Distance longue entre le ménage et HGR (plus de 15 Km)	14(42,4%)	19(57,6%)	0,315	[0,110 ;0,902]	0,002*	0,031*
4.	Statut matrimonial (sans union)	19(48,7%)	20(51,3%)	2,317	[0,762 ;7,046]	0,013*	0,139
5.	Faible compétence des prestataires de HGR	13(36,1%)	23(63,9%)	0,363	[0,140 ;0,944]	0,000*	0,038*
6.	Mauvaise qualité de l'accueil réservé aux malades	9(40,9%)	13(59,1%)	1,691	[0,416 ; 6,883]	0,009*	0,460
7.	Mauvaise Condition d'Hygiène observée à l'HGR (la saleté au sein de HGR)	57(63,3%)	33(36,7%)	0,860	[0,328 ; 2,253]	0,582	0,750
8.	Non disponibilité des Médicaments à l'HGR	25(55,6%)	20(44,4%)	0,732	[0,310 ; 1,729]	0,095	0,470
9.	Non gravité de la maladie	52(77,6%)	15(22,4%)	3,064	[1,292 ; 7,263]	0,002*	0,01*
10.	Coût des soins élevés	72(65,5%)	38(35,5%)	2,369	[0,673 ; 8,334]	0,678	0,170
11.	Le temps d'attente long	13(36,1%)	23(63,9%)	7,693	[2,245 ; 26,366]	0,000*	0,001*

*= $p \leq 0,05$

Au regard de ce tableau 10, les facteurs de refus de référence sont associés à une fois à la distance longue entre le ménage et HGR (plus de 15 Km), à une fois encore à une mauvaise perception des patients sur la compétence des prestataires de HGR, 3 fois à la perception de la non gravité de la maladie par le chef des ménages et 7 fois aux longs temps d'attente pour recevoir les premiers soins.

3.4.2. Facteurs propres aux FOSA de premier échelon

Tableau XI : Facteurs associés au refus de la référence propre aux FOSA de premier échelon

N°	Facteurs	Référence du malade vers l'HGR		ODD RATIO	IC à 95%	p-value du X ²	p-value Régression Logistique Binaire
		Evacuer et accompagner le malade à l'HGR	Malade qui a refusé à aller à HGR				
1.	Nombre du personnel chargé du curatif insuffisant	3(27,3%)	8(72,7%)	1,375	[0,958 ;1,975]	0,308	0,400
2.	Nombre du personnel utilisant l'ordinogramme insuffisant	4(28,6%)	10(71,4%)	1,400	[1,00 ;1,950]	0,533	0,657
3.	Faible utilisation des services des CS	2(16,7%)	10(83,3%)	1,200	[0,932 ;1,546]	0,657	0,657
4.	Coût de soins non abordable	2(40,0%)	3(60,0%)	0,375	[0,035 ;3,999]	0,409	0,400
5.	Coût de transport élevé du CS-HGR(Oui)	0 (0%)	9(100%)	3	[0,968 ; 9,302]	0,004*	0,004*
6.	Coût direct des soins élevé	4(28,6%)	10(71,4%)	0,714	[0,513 ;0,995]	0,533	0,533
7.	Coût indirect aux soins élevé	4(33,3%)	8(66,7%)	0,667	[0,447; 0,995]	0,243	0,243
8.	Mauvais accueil des patient	2(15,4%)	11(84,6%)	6,500	[1,817;23,258]	0,012*	0,012*
9.	Absence du moyen de transport(Oui)	1(10%)	9(90%)	0,074	[0,005 ; 1,139]	0,039*	0,039*

*= $p \leq 0,05$

L'observation de ce tableau montre que les facteurs de refus de référence au niveau des structures de premier échelon sont associés à 3 fois coût de transport élevé du Centre de santé à l'HGR, à 6 fois plus au mauvais accueil réservé aux malades dans les HGR et à une fois à l'absence du moyen de transport évacuant les malades du CS vers les structures de deuxième échelon.

3.4.3. Facteurs propres aux FOSA de deuxième échelon

Tableau XII : Facteurs associés au refus de la référence propre aux FOSA de deuxième échelon

N°	Facteurs	Faible taux de Référence du malade vers l'HGR (n=6)		ODD RATIO	IC à 95%	p-value du X ²	p-value Régression Logistique Binaire
		Bonne utilisation des services	Faible utilisation des services				
1.	Le temps d'attente des patients pour recevoir les premiers soins	Non acceptable : 0 %	4(100%)	0,6	[0,293 ;1,227]	0,439	0,439
2.	Nombre du personnel qualifié chargé des urgences	Acceptable : 2(100%)					
		Insuffisant : 0(0%)	4(100%)	0,067	[0,00 ;0,393]	0,006*	0,014*
		Suffisant : 2(100%)	0(0%)				
3.	Nombre du personnel qualifié utilisant les protocoles de soins	Insuffisant : 0(0%)	4(100%)	0,067	[0,00 ;0,393]	0,006*	0,014*
		Suffisant : 2(100%)	0(0%)				
4.	Coût direct élevé de soins	Oui : 2(40%)	3(60%)	0,60	[0,293 ;1,227]	0,480	0,439
		Non: 0(0%)	1(100%)				
5.	Coût indirect élevé de soins	Oui : 1(25%)	3(75%)	0,333	[0,009 ;11,939]	0,576	0,540
		Non: 1(50%)	1(50%)				
6.	Mauvais accueil des patient	Oui : 1(50%)	1(50%)	3,33	[0,084 ;107,44]	0,540	0,540
		Non: 1(25%)	3(75%)				
7.	Mauvaise condition d'hébergement des malades	Oui : 0(0%)	4(100%)	0,33	[0,00 ;0,711]	0,014*	0,014*
		Non: 2(100%)	0(0%)				
8.	Disponibilité des Médicaments	Oui : 1(100%)	0(0%)	5	[0,866 ;28,861]	0,121	0,121
		Non: 1(20%)	4(80%)				

*= $p \leq 0,05$

D'après ce tableau 12, les facteurs de refus de référence au niveau des structures de deuxième échelon sont associés au nombre insuffisant du personnel qualifié chargé des urgences, au nombre insuffisant du personnel qualifié utilisant les protocoles de soins mais aussi à la mauvaise condition d'hébergement des malades dans les hôpitaux.

3.5. FOCUS GROUPS SUR LE SYSTEME DE REFERENCE

Nous avons organisé deux focus groups dont l'un a regroupé les mères avec un enfant de moins de 5 ans mais ayant déjà connu un cas de maladie et qui par la suite était référé dans une structure de deuxième échelon (6 participants) et l'autre constituait de quelques leaders communautaires et les chefs des ménages (6 participants).

Nos focus groups ont démarré avec quelques questions introductives, telle que la description des problèmes de santé auxquels la population est confrontée. L'environnement sanitaire des populations de la Zone de santé de Gombe Matadi interviewées est caractérisé par les pathologies suivantes : la fièvre, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées et les vomissements, la dysenterie, la conjonctivite, les maux de tête, des cas de méningite, de tuberculose et d'autres problèmes comme ceux de l'eau potable, d'accouchement et de médicament que nous avons regroupé à :

- Urgences chirurgicales ;
- Urgences médicales chez les adultes ;
- Urgences pédiatriques
- Urgences Obstétricales

3.5.1. Compréhension du système de référence et d'échelonnement du système sanitaire par la population

Les questions suivantes ont été posées dans les focus groups qui faisaient allusion à la compréhension de la population par rapport au système de référence :

Question 1 : Que pensez-vous de la référence ?

Question 2 : Pourquoi l'infirmier réfère-t-il quelquefois un patient ?

Question 3: Est-ce que l'infirmier de votre CS hospitalise des patients à son niveau ?

Questions 4 : Si oui, est ce que vous trouvez qu'il y a une différence avec une hospitalisation au niveau de l'hôpital ? Comment est-ce que vous appréciez ces hospitalisations ?

Question 1 : Que pensez-vous de la référence ?

En général, la majorité des participants (3/4 c'est-à-dire 8/12 personnes) acceptait la différence entre un centre de santé et un hôpital ou Centre de santé de référence et la nécessité de référer parfois un patient d'un niveau à l'autre, même si elle exprimait en même temps les nombreuses difficultés liées à une référence.

Question 2 : Pourquoi l'infirmier réfère-t-il quelquefois un patient ?

Il était clair que pour une bonne partie des participants aux focus groups (7/12), les infirmiers étaient considérés comme aussi compétents que les médecins ou le personnel en général au niveau d'un hôpital. Néanmoins les infirmiers aux CS ne disposaient pas de tous les moyens nécessaires pour aider les patients. Le gradient intellectuel ou technique entre les infirmiers au CS et les médecins au niveau de l'hôpital n'était pas ou peu reconnu surtout pour les maladies à caractère non chirurgical (Urgence pédiatrique et médicale).

« L'infirmier doit toujours tenter quelque chose avant de référer un patient. L'infirmier du CS est compétent, mais manque des médicaments » : (FG A 6)

Deux parmi les participant Chef de ménage (FG B 3 et FG A 5) disent ceci : « L'infirmier du CS envoie les patients à l'hôpital quand le cas est plus compliqué pour lui, de cette manière certains patients sont orientés à l'hôpital, pour qu'ils retrouvent leur santé ».

Question 3: Est-ce que l'infirmier de votre CS hospitalise des patients à son niveau ?

Pour cette question, la quasi-totalité des participants ont dit oui qu'ils ne voient pas l'importance d'aller à l'hôpital où les tarifs de soins de santé ne sont pas abordables.

Pour les 3/4 des participants, ils s'expriment en ces termes :« N'y était le problème de manque du matériel ou des produits nécessaires qui pousse l'infirmier à envoyer certains patients à l'hôpital, nous sommes toujours satisfait des prestations de nos infirmiers dans nos CS»(FGB1)

Questions 4 : Si oui, est ce que vous trouvez qu'il y a une différence avec une hospitalisation au niveau de l'hôpital ? Comment est-ce que vous appréciez ces hospitalisations ?

En rapport avec la question 4, la majorité reconnaît, qu'il existe une différence entre une hospitalisation au niveau de l'hôpital qu'au niveau du Centre de santé.

3.5. 2. Acceptabilité d'une référence

La population indique unanimement que chaque proposition de référence par l'infirmier en principe est acceptée. L'infirmier a pleinement le droit et il n'y a que peu de personnes qui mentionnent que l'infirmier pourrait être de mauvaise volonté. Cette acceptabilité est étroitement liée avec un sens de relation hiérarchique entre le patient et l'agent de santé. Refuser serait vu comme un manque de respect pour « l'autorité dans la matière » qu'est l'infirmier du CS.

Toutefois, à la sortie du CS, la moitié des participants au focus disent que c'est là le moment de réfléchir.

« Faut-il partir ou pas. Ici c'est le bon sens qui permet soit d'aller jusqu'à l'hôpital ou soit prendre d'autres alternatives pour trouver des soins » (FG B 2)

Accepter la référence ne signifie pas que la référence soit respectée. Dès que l'infirmier propose une référence, la personne en question se réalise les conséquences liées à cette référence. Ceci explique les raisons pour lesquelles « la référence n'est jamais refusée », le patient peut facilement argumenter avec l'infirmier pour insister qu'il tente d'abord encore un autre traitement. Dans la plupart des focus groups, une discussion avec l'agent de santé sur l'option de rester au niveau du CS est considérée comme toute naturelle.

Accepter une référence n'est pas contraire non plus à consulter d'abord le guérisseur traditionnel ou à se rendre dans les pharmacies locales avant de consulter à l'hôpital de référence. Puisqu'une référence est la conséquence d'un échec et n'a rien à voir avec la continuité des soins ou la notion d'une hiérarchie, il n'existe pas de raison dans l'esprit du patient pour qu'il favorise un système de santé sur l'autre. Il a donc tendance à `consommer les services de santé' selon ses croyances mais aussi en suivant la voie avec la moindre résistance et au moindre coût. Si le guérisseur se trouve à côté, il tentera sa chance d'abord avec lui,

avant de se jeter dans une grande aventure, telle qu'un voyage de plus 20 km dans un endroit souvent peu ou pas connu.

3.5.3. Obstacles liés à une référence

Les deux focus groups ont spontanément mentionné les coûts de soins de santé et les difficultés de transport comme les raisons principales qui font qu'une référence n'est pas facile et pas toujours acceptée directement.

Quand la population parle des frais liés à la référence, elle ne parle pas d'abord des frais de traitement, mais elle intègre aussi beaucoup d'autres dépenses supplémentaires souvent plus importantes que le coût de traitement en soi, comme par exemple les frais de transport.

La majorité des participants 10 d'entre eux, évoquent que : « le gros problème pour nous en cas de référence, c'est l'argent. Le participant FG A 1 ajoute que ce problème fait qu'on ne veut même pas entendre parler d'aller à l'HGR Gombe Matadi »

Les ordonnances, la discrimination, le recours aux guérisseurs traditionnels et ou aux pharmacies locales, le problème d'hébergement et de l'hygiène au sein de l'HGR sont également d'autres obstacles qui justifient les perceptions négatives par la population de la référence.

3.5.4. Croyances sur certaines maladies comme obstacle à la référence

Tous les groupes de discussion ont énuméré des maladies `traditionnelles' pour lesquelles ils ne consultent pas le système de santé moderne. La population a mentionné : l'épilepsie, les conditions psychiatriques, les jaunisses, les maladies des yeux, les maux de ventre, les « hémorroïdes » internes et externes, les dysenteries, les maladies des « côtes », etc.

Les hémorroïdes traditionnelles couvrent certains cas d'hémorroïdes modernes, mais sûrement aussi des cas d'amibiases et d'autres maux de ventre comme par exemple des grossesses extra-utérines. La population faisait aussi allusion à l'utilisation de « décoctions » utilisées comme remède de maison.

« Ici, si un membre de la collectivité tombe malade, nous nous adressons d'abord au Chefs spirituels de l'Eglise (Surtout Eglise de réveil ou Eglise Kimbanguiste) ou toute personne censée avoir une qualification dans le traitement traditionnel car, vous-même, vous savez que

certaines maladies sont liées aux forces surnaturelles, la médecine moderne ne peut rien » : (FG A 2).

« L'infirmier a l'habitude de référer des malades à l'hôpital, mais on revient à la maison pour faire le traitement traditionnel ; chose que nous avons héritée de nos ancêtres et ça marche très bien » : (FG A 5).

3.5.5. Facteurs liés à l'hôpital de référence et la qualité des soins

En dehors des freins financiers déjà mentionnés, le mauvais accueil à l'hôpital était le plus fréquemment mentionné comme frein pour utiliser l'hôpital et donc pour accepter la référence.

La grande partie des participants estiment qu' « A l'hôpital l'accueil n'est pas comme au CS ; ici les infirmiers et les manœuvres n'ont aucun respect à l'égard des malades. Au CS, les infirmiers se montrent très ouverts envers nous » :(FG B 2)

« A l'hôpital, pour être bien vu il faut connaître quelqu'un et disposer de l'argent, sinon même s'occuper de votre malade sera très difficile. » : (FG A 3)

CHAPITRE IV : DISCUSSION

La présente étude a été menée dans l'optique de contribuer à l'amélioration des services de deuxième échelon par l'analyse de la référence et contre référence dans la Zone de santé de Gombe Matadi.

Dans ce chapitre, nous allons discuter les aspects liés aux caractéristiques sociodémographiques des enquêtés des ménages et des FOSA, du taux de référence et de contre référence, les motifs et les barrières à la référence, à l'accessibilité géographique de l'HGR par rapport à la population de la ZS de Gombe Matadi et afin aux facteurs associés à la référence.

4.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés des ménages et des FOSA

4.1.1. Ménage

Au regard des résultats de notre étude, l'âge médian des chefs de ménage est de 47 ans avec un espace interquartile de 37 à 60 ans. Aussi, 54,3% des chefs de ménage ont un âge supérieur à 46 ans. Nous avons donc finalement deux profils de ménages d'une part, les ménages avec de chefs de ménage plus âgés (âge supérieur à 46 ans) en opposition d'autre part aux ménages constitués de ménages avec de chefs de ménage plus jeunes (âge inférieur à 46 ans) qui pour la plupart sont concerné par l'exode rural et vont probablement résider en milieu urbain. Nos résultats sont les même avec ceux de Parfait OWOUNDI au Camérroun en 2013 qui a montré que la population en milieu rural est en grande partie constituée par les chefs de ménage dont l'âge est supérieur à 45 ans. [38].

Dans la ZS de Gombe Matadi, 74% des chefs de ménage sont de sexe masculin. Ce résultat est similaire à celui trouvé pendant l'Enquête Démographique Sanitaire réalisé en RDC (EDS 2013-2014) où en RDC, 75% des ménages sont dirigés par les hommes [14].

La grande partie des chefs de ménage soit 64% prient à l'Eglise Kimbanguiste et ont un statut matrimonial marié à 68,8% alors que résultats de l'EDS pour l'ensemble du pays a trouvé 2,7% chefs de ménage Kimbanguiste et 46,5% chefs de ménage mariés. Ceci signifie que l'Eglise Kimbanguiste n'est pas encore intégrée sur l'ensemble de l'étendue de la nation Congolaise.

La majorité des ménages soit 70,7% sont sans profession et ont un niveau économique faible soit 96,6%. Ce résultat est comparable à celui observé dans la publication du Bureau International du travail et de protection sociale sur le profil des ménages de la RDC de 2016 qui est de 94% [26].

4.1.2. Caractéristiques des FOSA

Selon notre étude, 100% CS sont gérés par les infirmiers titulaires. Ce résultat ne diffère à rien aux normes se trouvant dans le Recueil des Normes d'une Zone de santé en République Démocratique du Congo [8].

Les prestataires qui ne sont pas formés en ordinogramme des soins curatifs représentent 93,3%. Au niveau des structures de deuxième échelon, le nombre du personnel chargé des soins curatifs et du personnel qualifié, formé à la prise en charge des urgences reste respectivement moins suffisant à 66,7% et 100%. Cette contreperformance influence négativement le système de référence et contre référence. La même observation a été faite par DOGBA J dans son étude menée au Mali [42].

4.2. Taux de référence et de contre référence, les motifs et les barrières à la référence dans la ZS Gombe Matadi

Partant des résultats issus de notre étude, le taux de référence en 2016 était 5,4% dans l'ensemble de la Zone de Santé de Gombe Matadi. Ce résultat est de loin inférieur à la norme de 10 à 15% fixée par la RDC [8]. Toutefois, ce taux est supérieur à celui observé dans la ZS de Kayamba en Province du Katanga en 2015 où ce taux de patients référés était de 1,3 % mais aussi dans le district sanitaire de Tahoua au Niger où on note 2% en milieu rural et 5% en milieu urbain dans une étude menée par Idrissa CHEIFOU 2003.

D'après notre étude, le taux de contre référence est à l'HGR est de 52, 6%. Cependant, le taux de contre référence et retro-information abouties au Centre de Santé est de 33,7% résultat comparable à celui de Thiam au Sénégal dans son étude sur la référence et contre référence des urgences obstétricale où la contre-référence était effectuée dans 97,3% des cas [11]. Cependant, ce résultat est de loin inférieur à la norme fixée dans le Recueil des normes en RDC à 100% [8].

Signalons par ailleurs que la notion de contre référence et retro-information n'est pas assez clair dans la compréhension des prestataires des soins. Pour les uns, la contre référence et la retro-information sont deux vocabulaires synonymes tandis que pour les autres la contre référence est la réorientation des et/ou le retour du patient au niveau inférieur de la pyramide

sanitaire et la retro-information est l'information sur l'évolution de la maladie, les examens du patient, les actes médicaux ou non médicaux qui ont été faits sur le patient et les avis pour le suivi [8].

Les prestataires des Formations Sanitaires affirment que 31% de cas de références ont une cause obstétricale et constitue le principal motif des urgences dans la Zone de santé Gombe Matadi. Ce résultat est similaire aux résultats trouvés par Thiam au Sénégal et Blaise Addin Tchaou au Bénin (lors de son étude sur les urgences obstétricales à l'Hôpital Universitaire de Pakarou au Bénin) et cela respectivement à 31,2% et 31,8% malades référés pour motif obstétricale, lors de son étude sur les urgences obstétricales à l'Hôpital Universitaire de Pakarou au Bénin [11] [37].

4.3. Accessibilité géographique, temporelle et financière de la population vis à vis de l'HGR

D'après notre étude, 66,67% de la population est éloigné de son HGR c'est-à-dire qu'elle se trouve au-delà de 31 Km. Cette distance ne serait pas un obstacle si les routes qui relient la population à leur HGR étaient bonne car dans les normes d'une ZS, la distance acceptable doit être inférieure à 40 Km [41]. La même situation géographique a été observée dans une étude réalisée dans le District de Bamako par Théra T. Traoré où la majorité des patientes étaient issues du milieu rural soit 87,4% dont 66% et parcouraient une distance de plus 30 km [34]. Dans une étude menée par Belgo MAIGA, 43,06% des populations référées ont parcouru une distance comprise entre 51 à 100 Km [44].

A l'instar de notre étude, 88,1% des enquêtés disent que les soins de santé en ZS de Gombe Matadi ont un coût non abordable. Cela s'explique par le fait que les coûts directs liés aux soins de santé sont en 93,3% chers et la majorité de la population a un niveau de vie faible à 96,9% c'est-à-dire que 96,9% de la population vit en dessous de 1,25\$/jour/individu. Ajoutons, par ailleurs, que ce refus se justifie aussi par un manque à gagner dans les FOSA référant. De ce résultat, Joseph Parfait OWOUNDI a démontré dans son article publié en 2013 au Cameroun, que dans la plupart de pays Africains, 51% de la population vit avec moins de deux dollars par jour [38].

Signalons par la suite que seulement 1,6% des ménages dépensent plus de 200 \$ par mois pendant que la grande partie des ménages soit 54,8% dépensent moins de 50 \$ par mois. Alors que, le tarif forfaitaire est d'application à l'HGR, un cas de paludisme grave soigné à

l'HGR coute 45000 francs congolais équivalent à 30\$(Coût direct) et lorsque on ajoute les coûts indirects pendant toute la période d'hospitalisation (Coût de restauration et de transport estimé 30000 Franc Congolais= 20\$), nous notons que plus 54,8% des ménages dépensent plus de la totalité de son revenu. Ce résultat est pratiquement le même avec celui trouvé par Joseph Parfait OWOUNDI où 52 % dans la plupart de pays Africain et à l'occurrence le Cameroun dépense plus de la totalité du revenu. Ceci correspond à un poids en dépenses de santé pour les ménages [38].

4.4. Facteurs associés à la référence

4.4.1. Facteurs associés au refus de la référence évoqués par le patient

D'après notre étude, les facteurs de refus de référence par le patient sont associés à une fois à la distance longue entre le ménage et HGR (plus de 15 Km) avec un **p de 0,031**, à une fois encore à la mauvaise perception des patients sur compétence des prestataires de HGR (**p=0,038**), 3 fois à la perception de la non gravité de la maladie par le chef des ménages (**p=0,01**) et 7 fois aux longs temps d'attente pour recevoir les premiers soins (**p=0,001**). Ces facteurs ont été aussi observés des études menées tour à tour par Idrissa CHEIFOU en 2003 au Niger, Dogba J. en 2010 et Théra T. Traoré en 2011 à Bamako au Mali [12] [42] [43].

4.4.2. Facteurs associés au refus de référence évoqués par les patients auprès des prestataires du niveau des CS

Selon notre étude, les facteurs de refus de référence au niveau des structures de premier échelon sont associés à 3 fois coût de transport élevé du Centre de santé à l'HGR avec un **p de 0,004**, à 6 fois plus au mauvais accueil réservé aux malades dans les HGR avec un **p de 0,012** et à une fois à l'absence du moyen de transport évacuant les malades du CS vers les structures de deuxième échelon aussi avec un **p de 0,039**. Ce résultat est appuyé par celui d'une étude menée par Ibrahim Moussa KEITa et Coll. en 2010, dans une étude menée à Mauritanie trouvent que les facteurs organisationnels (manque de moyen de transport pour évacuer les malades vers les structures de deuxième échelon) exercent une influence non négligeable sur les décisions et choix concernant les itinéraires thérapeutiques. L'attitude du personnel de santé perçue comme antipathique et visiblement peu accueillant vis-à-vis des patients, sont considérés comme autant d'obstacles qui limitent l'utilisation des structures soignantes [22]

4.4.3. Facteurs associés au refus de référence évoqués par les patients auprès des prestataires du niveau de HGR

Les principales raisons invoquées par les enquêtés des structures de deuxième échelon sont associées au nombre insuffisant du personnel qualifié chargé des urgences avec un **p de 0,014**, au nombre insuffisant du personnel qualifié utilisant les protocoles de soins avec un **p de 0,014**. La même observation a été faite par DOGBA J dans son étude sur le rôle des ressources humaines dans la performance du système de référence – évacuation de Kayes au Mali [42].

Mais aussi à la mauvaise condition d'hébergement des malades dans les hôpitaux avec aussi un **p de 0,014**. Observation également faite dans les études menées par les auteurs Kayamba au Katanga en Lubumbashi et par Idrissa CHEIFOU qui estiment qu'avant que le malade prenne la décision d'aller vers la FOSA de référence, il réfléchit sur les conditions de son hébergement [36] [43].

4.4.4. Destination des malades ayant refusé la référence selon les Chefs des ménages enquêtés

Au regard des résultats de notre étude, les malades après avoir refusés la référence se dirigent chez les tradipraticiens dans 6,8 % de cas, dans les églises pour la prière dans 20,45% et la majorité va dans une pharmacie locale à la recherche des médicaments dans 72,72% de cas. Il est évident que dans la plupart des Aires de Santé, il existe des tenanciers des pharmacies qui font le contre marketing des structures de référence. Ce résultat est comparable à celui trouvé au Madagascar où les auteurs affirment que les femmes enceintes croient au pouvoir divin des accoucheuses traditionnelles et ainsi résistent à la référence. Même observation au Bourkina fasso où les malades ont une conception que les maladies sont des conséquences de mauvais sort jeté par une personne par jalousie ou bien par vengeance, ou soit par la punition de Dieu contre les péchés. C'est ainsi que les malades se détournent de la référence pour se réfugier dans les églises et chez les tradipraticiens [44] [45].

4.4.5. Suggestions (résultat des Focus groups)

En nous basant aux résultats de notre étude, les suggestions ci-après ont été formulées pour améliorer le système de référence et contre référence :

1. La réduction de tarif en tenant compte du niveau économique de la population (tenir compte du pouvoir d'achat de la population),
2. L'amélioration des conditions d'accueil aux structures de deuxième échelon contribueront efficacement à leurs utilisations

3. Une dotation d'une ambulance médicalisée renforcerait la confiance entre la population et la qualité des soins offerte par les structures de deuxième échelon. Le paiement des frais d'évacuation par l'ambulance doit se faire après tous les soins administrés au malade.

Ce résultat est appuyé par celui de Idrissa Cheifou dans son étude qualitative mené au Niger et par Ibrahim Moussa KEITA et Coll. en 2010, dans une étude menée à Mauritanie.

CHAPITRE V : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5.1. CONCLUSION

Notre étude a été menée dans la Zone de Santé de Gombe Matadi en Province du Kongo Centrale. Nous avons enquêté 127 chefs des ménages qui ont connu un cas de malade dans le ménage et que ce dernier a été transféré dans une structure de deuxième échelon. En plus de cela, nous avons aussi enquêté 21 prestataires des soins de santé dans 21 formations sanitaires dont 15 formations sanitaires de premier échelon et dans 6 formations sanitaires de deuxième échelon.

Notre étude a consisté à l'analyse du système de référence et de contre référence dans la ZS Gombe Matadi.

La présente étude a pu démontrer que le système de référence est très complexe, avec un nombre important de déterminants qui interfèrent les uns avec les autres.

L'âge médian des chefs ménages est de 47 ans avec un espace interquartile de 37 à 60 ans. Parmi les chefs de ménages 54,3% ont un âge supérieur à 46 ans avec un niveau d'étude secondaire à 66,1% et 74% d'entre eux sont de sexe masculin. La grande partie des chefs des ménages soit 64% prient à l'Eglise Kimbanguiste et ont un statut matrimonial marié à 68,8%. La majorité des chefs de ménages soit 70,7% sont sans profession et ont un niveau économique faible à 96,6% c'est-à-dire avec une dépense journalière et par individu de moins de 1,25 \$ et mensuellement, les ménages qui dépensent moins de 50\$ représentent 54,8%.

Pour la plupart des Centres de santé, le nombre du personnel chargé des services curatifs est moins suffisant (inférieur à 2 infirmier/structure) à 78,6% mais aussi ceux qui ne sont pas aussi formés en ordinogramme des soins curatifs représentent 93,3%.

Au niveau des structures de référence, 66,7% personnels ne sont pas formés à la prise en charge des malades en urgence(TETU) et à l'utilisation des protocoles thérapeutiques.

Dans la ZS Gombe Matadi, le taux de référence au cours de l'année 2016 était de 5,4%, le taux de contre référence notifié à l'HGR est de 52,6% tandis que l'abouti représente 30%. Le taux de retro-information reçue aux Centres de Santé au cours de cette même année (2016) était de 33,7%.

Les motifs principaux de référence des malades du centre de santé vers l'HGR sont des urgences obstétricales (31%), les urgences pédiatriques (26%), les urgences médicales chez les personnes adultes (12%) et les autres motifs (11%).

Les facteurs de refus de référence par le patient sont entre autre : longue distance entre le ménage et HGR, à la mauvaise perception par la population sur la compétence des prestataires de HGR, à la perception de la non gravité de la maladie par le chef des ménages, aux longs temps d'attente pour recevoir les premiers soins, au coût de transport élevé du Centre de santé à l'HGR, au mauvais accueil réservé aux malades dans les HGR, à l'absence du moyen de transport évacuant les malades du CS vers les structures de deuxième échelon, au nombre insuffisant du personnel qualifié chargé des urgences et au nombre insuffisant du personnel qualifié utilisant les protocoles de soins.

Les interventions possibles pour faciliter l'utilisation des services de santé doivent viser à une meilleure qualité des soins et à l'établissement d'un rapport de confiance entre le malade et le thérapeute. Il s'agira de rapprocher les soignants des structures de deuxième échelon des malades, et les services de santé de leur environnement humain, social, culturel et économique.

5.2.RECOMMANDATIONS

5.2.1. Au Gouvernement National, Provincial et Local ainsi que les partenaires d'appui au secteur de la santé

1. Doter une ambulance médicalisée à l'HGR ;
2. Améliorer les conditions sociales des prestataires de soins en leurs accordants des salaires ;

5.2.2. A la Division Provinciale de la Santé et aux partenaires d'appui

1. Faire une étude sur la tarification forfaitaire appliquée dans la ZS (étude de coût) et revoir le prix et valider-fixer un tarif accessible à la population ;

2. Faire une étude de faisabilité pour la mise en place des mutuelles de santé dans la ZS ;
3. Contrôler le réseau des tenanciers des pharmacies et les tradipraticiens ;
4. Former les prestataires sur le système de référence et contre référence, en Ordinogramme des soins et au protocole thérapeutique de soins ainsi qu'en TETU, en PCIME Cliniques ;

5.2.3. Equipes de la ZS Gombe Matadi

5.2.3.1. Equipe Cadre de la Zone de Santé

1. Renforcer la supervision cadrée sur le système de référence et contre référence dans les Centres de santé et dans les structures de deuxième échelon,
2. Introduire des bulletins standardisés et obligatoires de 'mise en observation' au niveau des CS pour tous les patients qui restent plus de deux jours sous observation.
3. Organiser mensuellement le monitoring quantitatif et qualitatif du système de référence et des patients 'mis en observation'.

5.2.3.2. Equipes de l'HGR et des CSR

1. Assurer le contrôle interne de comportement des prestataires pour éviter le caractère d'antipathie à l'endroit des malades ;
2. Améliorer les conditions d'accueil à l'HGR ;
3. Réduire le délai d'attente avant la consultation et les soins ;
4. Proposer au malade hospitalisé amélioré la contre référence pour la continuité des soins aux centres de santé ;
5. Faire le marketing des services offerts par l'HGR à la communauté
6. Utiliser les protocoles thérapeutiques pour les soins aux malades.

5.2.3.3. Equipes des Centres de santé

1. Expliquer correctement à la famille du malade à référer les motifs de référence ;
2. Sensibiliser la population sur la référence et contre référence et discuter ce sujet dans les réunions du Comité de santé ;
3. Suivre les directives contenues dans les ordinogrammes des soins pour la référence des malades

5.2.4. A la communauté

1. Adhérer à la référence et contre référence
2. Se constituer en Association Villageoise d'Epargne et de crédit (AVEC) pour appuyer les malades référés,

3. Contribuer davantage pour le fonctionnement de la moto existante en attendant l'ambulance médicalisée.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] World Health organization, Tracking universal health coverage. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/188014>, 2015.
- [2] Ndongo Awomo Jean Colbert., Impact des mutuelles de santé sur les comportements de demande de santé des ménages au Caméroun, Caméroun, 2017: Research paper N°20, pp 2.
- [3] Bitran, R., Escobar, L., and Gassibe, P. 2010. "After Chile's Health Reform: Increase In Coverage And Access, Decline In Hospitalization And Death Rates," Health Affairs, vol. 29, No. 12, pp. 2161-2170.
- [4] OMS, Cybersanté et Innovation pour la santé de la mère et de l'enfant: Une étude de référence, Genève 2013, www.who.int/goe/publications/ehealth_ex_summary-fr.pdf.
- [5] Yolaine G., Ahanhanzo, Performance d'un Hôpital de la Zone Sanitaire au Benin, Benin, 2015.
- [6] Olafsdottir AE, Health systems performance in sub-Saharan Africa: Governance outcome and equity, BMC Public, 2011.
- [7] Kirinjia, JM, Assessment Method for Hospitals: The case of Municipal Hospitals in Angola, Angola: PubMed/Google Scholar, 2008.
- [8] Ministère de la Santé publique , Recueil des Normes de Zone de santé, RDC, Kinshasa , 2006.
- [9] Ministère de la Santé Publique, Plan National de Developpement Sanitaire en République Démocratique du Congo PNDS RDC 2016-2020, Kinshasa, 2016.
- [10] Kolo N.U.E, Bwana K.I, Ngoy L.J. Kabamba N.M, Mwembo T. , la mortalité maternelle dans la Zone de santé Rurale de BUMBA en RDC, 2014 *Vol. XIV, n°1, juin 2015.*
- [11] Thiam O., Problématique du système de référence et contre référence des urgences obstétricales et l'implication des communautés de Senégal, Ndioum, 2011.
- [12] Théra et Coll, Problématique du Système de référence et contre référence des urgences Obstétricales à Bamako, Bamako, 2011.
- [13] Bart Criel, Pière Blaise et Danuel Ferette, Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services : une interaction dynamique Mutuelles de santé en Afrique

et qualité des soins dans les services : Une interaction dynamique, 2017.

- [14] Ministère de la Santé Publique: Deuxième Enquete Demographique de santé en RDC 2013-2014, Kinshasa, 2013.
- [15] Motazé, Prise en charge des patients n'est elle que très partielle, le droit universelle à la santé, 2008.
- [16] Ministère de plan, Plan National de développement, Rapport 2015, 2015.
- [17] Zone de Santé de Gombe MATADI, Plan d'Action Opérationnel 2016, Gombe Matadi, 2016.
- [18] Punga D, Rapport de la mission d ' analyse de la situation initiale de la Zone de santé de Gombe Matadi effectuée du 03 au 09 octobre 2015 par RIPSEC, Gombe Matadi, 2015.
- [19] Soeung S.C et Coll, "The social determinants of health and health service access : an in depth study in four poor communities in Phnom Penh Cambodia," Int. J. Equity Health, vol. 11, no. 1, p. 1, 2012., Cambodia, 2012.
- [20] Mady Denande et. Coll., Accès aux soins et inégalités Sociales de santé en médecine générale, France 2009.
- [21] OMS, Les barrières aux soins de santé dans les pays arabes, 2012.
- [22] Ibrahima Moussa Keita et. Coll., Recours aux soins et utilisation des services de santé à Nouachott(Moritanie), Inégalités spaciales ou pesenteurs sociale Moritanie, 2010.
- [23] Sanon, De Allegri et Coll, Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa". Health Policy, n°76, PP.58-71., West Africa, 2006.
- [24] Stéphanie Stasse, Dany Vita, Jacques Kimfuta,Improving financial acces to health care in DRC: Actiing upon complexity, DRC 2015.
- [25] Kaddar M, Accessibilité aux soins de santé en Afrique Subsaharienne, 2015.
- [26] Ministère de la Santé Publique -RDC, Programme National des Comptes Nationaux de la Santé, Rapport sur les comptes de la santé en RDC, 2016 pp 26.
- [27] Bureau International Travail, social protection, country profile DRC, Geneve, 2016.
- [28] Franc Perronnin. Geoffard, La mutuelle de santé pour sauver des indigents, 2007.
- [29] Fouakeng et Schroeder, Un système formel de protection sociale universelle, 2009.
- [30] Ndongo et Coll., Mutuelles de santé aux ménages de Caméroun , Revue internationale de l'économie sociale Cameroun 2015, Numéro 336, Avril 2015.

- [31] Fitzpatrick A., Magnoni B., Thornton R. L., 2011, « Microinsurance utilization in Nicaragua : A report on effects on children, retention, and health claims », *Research Paper*, n° 5, ILO's, Microinsurance Innovation Facility.
- [32] Binagwaho et Coll., Mutuelle de santé aux soins curatifs et préventifs aux enfants, Kigali-Rwanda, 2012.
- [33] Gustafsson-Wright et Coll. , Hygeia Community Health care au Nigeria, Nigeria, 2013.
- [34] Théra T Traoré, Problématique du Système de référence et contre référence des urgences obstétricales et l'implication des communautés dans le district de Bamako, Bamako, 2011.
- [35] OMS, Obstacles soins de santé dans les pays arabes, 2012.
- [36] Ngongo K.A. , Kabamba N.M., Chenge M.F., Luboya N.O., Analyse du système de référence dans la zone de santé de Kayamba, province du Katanga (rd.Congo), Vol.XIV. Lubumbashi : s.n., 2015.
- [37] Blaise Adelin: les urgences obstétricales à l'Hopital Général Universitaire de Parakou au BENIN; 2015
- [38] Joseph Parfait OWOUNDI, Poids des dépenses de santé sur le revenu des ménages au Cameroun, 2013
- [39] OMS, Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires 12 Septembre 1978, (www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr.)
- [40] Ministère de Santé Publique, Stratégie de Renforcement de Système de Santé, RDC, Kinshasa, 2006.
- [41] OMS, Stratégie de Renforcement du système de santé au Benin, Benin, 2016.
- [42] DOGBA J., Rôle des ressources humaines dans la performance du système de référence – évacuation de Kayes au Mali, Université de Nantes, 2010
- [43] Idrissa CHEIFOU, les déterminants du faible taux de référence des CSI (centre de santé intégré) ruraux vers le CHD (centre hospitalier départemental), dans le district sanitaire de Tahoua, zone d'intervention du projet ALAFIA/GTZ au Niger. 2003
- [44] Ibrahima Berthé, Facteurs associés à la faible contribution des communautés dans le système de référence-évacuation dans le district sanitaire de Bourem, mémoire de maîtrise, Ouidah, 2011.
- [45] LOMPO Amélie Brigitte, Faible recours aux soins de santé au Burkinafaso, le cas de femmes Yadse dans la région du Nord, Université de Nantes, Thèse de doctorat en sociologie, 2013.
- [46] Banque Mondiale, Une couverture sanitaire universelle pour un développement

durable inclusif, 2013

[47] Bondin B, Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise, Economie publique 2012, Sénégal, 2012.

ANNEXES

QUESTIONNAIRES

1. QUESTIONNAIRE POUR LES MENAGES

RECHERCHE SUR LA CONTRIBUTION A L'UTILISATION DES SERVICES DE L'HGR PAR L'ANALYSE DE LA REFERENCE ET CONTRE REFERENCE

CAS DE LA ZONE DE SANTE DE GOMBE MATADI

001	NUMERO DU QUESTIONNAIRE	[__ __ __]
002	AIRE DE SANTE	_____
003	AVENUE	_____
004	NUMERO DU MENAGE	[__ __ __]
005	ENQUETEUR : NOM :	_____CODE [__ __]
006	DATE DE L'ENQUETE :	[__ __] [__ __] [__ __] [__ __]
007	Contrôlé par le superviseur.....Signature	_____

Date [][] [][] [][] [][]

RESULTAT DE L'ENTRETIEN

ENTRETIEN :	1. Achevé	2. Non-achevé	3. Refus de participer
-------------	-----------	---------------	------------------------

SECTION 1 : CARACTERISQUES DU REpondANT

	Questionnaire et filtre	Réponses et codes	Passer à :
Q 100	Sexe du répondant (e)	Masculin 1 Féminin 2	/__/_/
Q 101	Age du répondant (e)	[][] Age en années révolues	
Q 102	Lien du répondant (e) avec le chef du ménage	Chef du ménage 1 Epouse 2 Fils/fille 3 Autre (à préciser) _____ 4	/__/_/

SECTION 2 : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES,
ECONOMIQUES ET CULTURELLES DES MENAGES

	Questions et filtres	Réponses et codes	Passer à :
Q 200	Sexe du chef de ménage	Masculin 1 Féminin 2	/__/_/
Q 201	Age du chef du ménage	[][] Age en années révolues	
Q 202	En quelle année êtes-vous né ? Comparez e corrigez si besoin en fonction 201	Année [][] [][]	
Q 203	Avez-vous été à l'école ?	Oui 1 Non 2	

			2→205
Q 204	Quel est le niveau d'étude le plus élevé que vous avez atteint ?	Aucun 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur 4	
Q 205	Actuellement, quelle est votre religion ?	Catholique 1 Protestante 2 Kimbanguiste 3 Musulmane 4 Eglise de réveil 5 Autre religion _____ 6	
Q 206	Quel votre statut matrimonial actuel ? Lisez les choix de réponses	Célibataire 1 Marié 2 Union de fait 3 Veuf 4 Divorcé/Séparé 5	
Q 207	Quelle est votre principale occupation	Aucun 1 Ménager 2 Etudiante/Elève 3 Commerçant 4 Cultivateur 5 Fonctionnaire 6 Autre, spécifiez _____ 7	
Q 208	De combien de personne est composé votre ménage ?	[] []	
Q 209	Combien d'argent dépensez-vous habituellement par jour pour le ménage ?	_ _ _ _ _ FC	/___/

SECTION 3 : DEMANDE ET PROCESSUS DES SOINS DE SANTE

Q 300	Lors du dernier épisode de la maladie enregistré dans le ménage et pendant que vous avez été transféré dans une FOSA, où étiez-vous allé ou qu'avez-vous fait pour chercher les soins ?	Dans une formation sanitaire moderne 1 Chez un tradipraticien 2 A l'église 3 Dans une pharmacie 4 Automédication moderne 5 Automédication traditionnelle 6 Autres à préciser	/___/ Si la réponse est 1 passez à question 302
-------	---	--	--

		_____7	
Q 301	Pourquoi n'avez-vous pas recouru à une structure de deuxième échelon lors du dernier épisode maladie ?	Manque d'argent 1 Coût des soins élevé 2 Pour conserver notre coutume ou religion 3 La formation sanitaire est éloignée 4 Autre à préciser _____ 5	
Q 302	La dernière fois que vous avez recouru à une formation sanitaire de deuxième échelon, comment avez-vous trouvé l'accueil ?	Excellent 1 Très bon 2 Bon 3 Assez bien 4 Mauvais 5	/__/ Si la réponse est 1 et 2 passez à la question 304
Q 303	Pourquoi d'après vous n'avez-vous pas été bien reçu dans cette structure ?	Nous n'avons pas d'argent pour payer 1 Nous sommes inconnus 2 Les personnels soignant étaient trop pris 3 Autre (à préciser) _____ 4	
Q 304	Il y avait-t-il un prestataire disponible lors du dernier recours ?	Oui 1 Non 2	
Q 305	La dernière fois que vous avez recouru à la formation sanitaire de deuxième échelon, combien de temps avez attendu avant d'être reçu par le prestataire ?minutes	
Q 306	Comment avez-vous apprécié ce temps d'attente ?	Très long 1 Long 2 Cours 3 Très court 4 Ne sait pas 5	
Q 307	Après cette consultation, le prestataire vous avait-il expliqué votre problème de santé ?	Oui 1 Non 2	Si 2, passez à 309
Q 308	Comment avez-vous apprécié les explications que vous avez reçu au sujet de votre problème	Extrêmement suffisante 1 Très suffisante 2 Suffisante 3	

	de santé ?	Peu suffisante 4 Pas du tout suffisante 5	
Q 309	Comment avez-vous apprécié la compétence du prestataire qui vous avez reçu lors du dernier recours ?	Excellent 1 Très bon 2 Bon 3 Moins bon 4 Mauvais 5	
Q 310	Comment avez-vous apprécié le respect de votre intimité par rapport à d'autres personnes qui vous voient être examiné ou qui écoutent votre discussion relative à la consultation ?	Extrêmement satisfait 1 Très satisfait 2 Satisfait 3 Peu satisfait 4 Pas satisfait 5	
Q 311	Comment avez-vous apprécié propreté de l'institution sanitaire y compris les installations sanitaires ?	Très propre 1 Propre 2 Assez propre 3 Sale 4 Très sale 5	
Q 312	Comment avez-vous apprécié la disponibilité en médicaments prescrits dans le formation sanitaire	Extrêmement disponible 1 Très disponible 2 Disponibles 3 Peu disponible 4 Indisponible 5	

SECTION 4 : PERCEPTION DES CAUSES ET DE LA GRAVITE DE LA MALADIE ET LE RESULTAT DU TRAITEMENT

Q 400	La dernière fois qu'un membre de votre ménage est tombé malade et que sa maladie a nécessité la référence ; d'après vous, quelle était l'origine ou la cause de cette maladie ?	Surnaturelle 1 Naturelle 2 Inconnue 3	
Q 401	Lors de cet épisode, pensez-vous que la maladie de membre de votre famille était :	Extrêmement grave 1 Très grave 2 Grave 3 Moins grave 4 Pas du tout grave 5	
Q 402	Après le traitement dans la FOSA de référence, quelle était	Guérison 1 Stationnaire 2	

	l'issue de la maladie ?	Transfert 3 Autres à préciser _____4	
--	-------------------------	--	--

SECTION 5 : SENSIBILISATION

Q 500	Les quatre dernières semaines, avez-vous reçu des informations sur les services offerts par les formations sanitaires de référence dans votre communauté ?	Oui 1 Non 2	
Q 501	Avez-vous déjà reçu la visite à domicile d'un RECO ou d'un prestataire	Oui 1 Non 2	

SECTION 6 : ACCESSIBILITE

Q 600	A combien de kilomètre se trouve la formation sanitaire de référence que vous avez visitée lors du dernier recours (estimation)	[] [] Km	
Q 601	Et comment appréciez-vous cette distance ?	Très longue 1 Longue 2 Assez longue 3 Courte 4 Très courte 5	
Q 602	La dernière fois que vous avez recouru à une formation sanitaire, étiez-vous capable de payer le frais des soins ?	Oui 1 Non 2	/___/ Si la réponse est 2, passez à la question 604
Q 603	Si oui, combien avez-vous payé pour les soins ? FC	/___/

Q 604	Comment avez-vous apprécié le coût des soins ?	Extrêmement abordable 1 Très abordable 2 Abordable 3 Peu abordable 4 Pas abordable 5	
Q 605	Etes-vous affilié à une assurance maladie ou une mutuelle de santé	Non 0 Oui 1	
Q 606	Lors du dernier recours à une formation sanitaire, vous avez payé les soins par :		
Q 606a	Acte (Chaque acte posé sur le malade est facturé et le coût total, c'est la somme des différents actes)	Oui 1 Non 2	
Q 606b	Forfaitaire (le tarif est fixé en avance et communiqué à la communauté et le coût est le même pour tous les malades)	Oui 1 Non 2	
Q 606c	Activité (le tarif est fixé sur base de la maladie pour tous les patients)	Oui 1 Non 2	
Q 606d	Autre à préciser	_____	

2. QUESTIONNAIRE POUR LES FORMATIONS SANITAIRES

NIVEAU CENTRE DE SANTE

RECHERCHE SUR LA CONTRIBUTION A L'UTILISATION DES SERVICES DE L'HGR PAR L'ANALYSE DE LA REFERENCE ET CONTRE REFERENCE

CAS DE LA ZONE DE SANTE DE GOMBE MATADI

001	NUMERO DU QUESTIONNAIRE	[_ _ _]
002	AIRE DE SANTE	_____

003 FORMATION SANITAIRE _____

004 POPULATION COUVERTE PAR LA FOSA

004 NUMERO DU CS(Code) [][] || [][] || [][] || [][] || [][]

005 ENQUETEUR : NOM : _____ CODE [][]

006 DATE DE L'ENQUETE : [][] [][] [][] [][]

007 Contrôlé par le superviseur.....Signature _____
Date [][] [][] [][] [][]

RESULTAT DE L'ENTRETIEN

ENTRETIEN :	1. Achevé	2. Non-achevé	3. Refus de participer

SECTION 1 : CARACTERISQUES DU REpondant DE LA FOSA

	Questionnaire et filtre	Réponses et codes	Passer à :
Q 100	Sexe du répondant (e)	Masculin 1 Féminin 2	/___/
Q 101	Age du répondant (e)	[][] Age en années révolues	
Q 102	Lien du répondant (e) avec le Centre de Santé	Infirmier Titulaire 1 Infirmier traitant 2 Autre (à préciser) _____ 3	/___/

SECTION 2 : CARACTERISTIQUES DE LA FOSA

	Questions et filtres	Réponses et codes	Passer à :
Q 200	Appartenance du CS	Etatique 1 Confessionnelle 2 Privé 3	/___/
Q 201	A qui la gestion de la fosa est confiée	IT 1 Médecin 2 Autre personne à spécifiée _____ 3	/___/
Q 202	Quel niveau d'étude a le gestionnaire de la FOSA	A3 1 A2 2 A1 3 A0 4 Médecin 5 Autre personne à spécifiée _____ 6	
Q 203	Combien d'année d'expérience dans la gestion de la FOSA	Nouveau recruté 0 < 2 ans 1 > 2 ans 2	
Q 204	Qualité des infrastructures	En dur 1 En semi durable 2 En pisé 3	

SECTION 3 : OFFRE DES SERVICES CURATIFS

Q 300	Il y a-t-il un personnel commis à la réception chargé d'orienter les malades.	Oui 1 Non 2	
Q 301	Quel est le niveau d'étude le plus élevé que ce personnel a atteint ?	Aucun 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur 4	
Q 302	Combien de temps fait le malade pour voir le consultantminutes	
Q 303	Disponibilité des intrants (Proportion des jours sans rupture de stock des Médicaments essentiels traceurs (parmi les 13 Médicaments qui sauvent)	Oui 1 Non 2	Si 2, passez

			304
Q 303a	1) Oxytocine	Oui 1 Non 2	
Q 303b	2) Misoprostol	Oui 1 Non 2	
Q 303c	3) Sulfate de-Magnesium	Oui 1 Non 2	
Q 303d	4) Amoxy	Oui 1 Non 2	
Q 303e	5) Ceftriaxone	Oui 1 Non 2	
Q 303f	6) Dexamethasone	Oui 1 Non 2	
Q 303g	7) Chlorexidine	Oui 1 Non 2	
Q 303h	8) Amoxicilline dispersible	Oui 1 Non 2	
Q 303i	9) SRO	Oui 1 Non 2	
Q 303j	10) ZINC	Oui 1 Non 2	
Q 303k	11) Préservatifs féminin latex et lubrifiant	Oui 1 Non 2	
Q 303l	12) Implant	Oui 1 Non 2	
Q 303m	13) Contraceptifs d'urgence	Oui 1 Non 2	
	RESSOURCES HUMAINES		
Q 304	Comment jugez-vous le nombre total de personnel chargé des Soins curatifs dans la FOSA	Très suffisant 1 Suffisant 2 Moins suffisant 3	
Q 305	Comment jugez-vous le nombre de personnel QUALIFIE et formé /briefé/accompagné en Ordinogrammes des soins	Très suffisant 1 Suffisant 2 Moins suffisant 3	

	curatifs		
UTILISATION			
Q 306	Combien de malades avez-vous reçu aujourd'hui ?	Plus de 10 1 Entre 5 et 9 2 Moins de 5 3 Rien du tout 4	
Q 307	Combien de malades sont consultés, observés/hospitalisés en moyenne pour 1 mois (<i>Registre de consultation et d'hospitalisation</i>)	Très bien utilisé > 60% 1 Bien utilisé 50 et 60% 2 Faiblement utilisé < 50% 3	Diviser le nombre total des nouveaux cas du mois par la population mensuelle x 100

SECTION 4 : ACCESSIBILITE FINANCIERE

Q 600	Les malades payent-ils avec facilité ?	Oui 1 Non 2	/___/
Q 601	Comment appréciez-vous le coût des soins que vous proposez aux malades ?	Extrêmement abordable 1 Très abordable 2 Abordable 3 Peu abordable 4 Pas abordable 5	
Q 602	Il y a-t-il des malades affiliés aux mutuelles des santé qui bénéficient des soins dans votre FOSA	Non 0 Oui 1	
Q 603	Quel est le niveau de recouvrement des dettes auprès des malades	Très bon > 80% 1 Bon de 70 à 80% 2 Faible < 70% 3	/___/
Q 603	Tarification utilisée dans la FOSA		
Q 603a	Acte (Chaque acte posé sur le malade est facturé et le coût total, c'est la somme des différents actes)	Oui 1 Non 2	
Q 603b	Forfaitaire (le tarif est fixé en avance et communiqué à la communauté et le coût est le même pour tous les malades)	Oui 1 Non 2	

Q 603c	Activité (le tarif est fixé sur base de la maladie pour tous les patients)	Oui 1 Non 2	
Q 603d	Autre à préciser	_____	

SECTION 5 : REFERENCE ET CONTREREFERENCE

Q 700	Existe-t-il des fiches de référence dans votre structure ?	Oui 1 Non 2	
Q 701	Combien des malades avez-vous référés au courant de l'année passée	-----	
Q 702	Combien des malades avez reçu comme contre référé de l'HGR	-----	
Q 703	Que faites-vous pour évacuer le malade dans une structure secondaire	Remplir la fiche de référence puis appeler l'ambulance 1 Remplir la fiche de référence puis laisser le malade se débrouiller 2 Ne rien faire 3 Autre moyen à spécifier _____ 4	/___/
Q 704	Dans quelle structure, référez-vous vos malades	HGR 1 CSR 2 Clinique privée 3 Autre à spécifier _____ 4	
Q 705	Obtenez-vous des contre-références de vos malades	Oui 1 Non 2	
Q 706	Coût de transport	Selon vous, estimez-vous	Oui 1

		que le coût lié au transport coute cher ?	Non 2
Q 707	Coût direct des soins	Selon vous, estimez-vous que le Coût direct des soins constitue une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 708	Coût indirect des soins	Selon vous, estimez-vous que le Coût indirect des soins constitue une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 709	Coût intangible au soins	Selon vous, estimez-vous que le Coût intangible constitue une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 710	Les à-côtés des prestataires	Selon vous, estimez-vous que les à-côtés des prestataires constituent une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 711	Mauvais accueil des patients	Selon vous, estimez-vous que l'accueil des patients constitue une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 712	Condition d'hébergement des patients	Selon vous, estimez-vous que les conditions d'hébergement des patients constituent une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 713	Disponibilité des MEG	Selon vous, estimez-vous que la disponibilité des MEG constitue une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 714	Discrimination des malades	Selon vous, estimez-vous que la discrimination des malades constitue une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 715	Mauvais comportement des prestataires en divulguant le secret professionnel des patients	Selon vous, estimez-vous que le fait que les prestataires divulguent le secret des patients constituent une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 716	Distance	Selon vous, estimez-vous que le fait que la distance	Oui 1 Non 2

		est une barrière à la référence ?	
Q 717	Le moyen de transport	Selon vous, estimez-vous que le manque de moyen de transport est une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 718	Barrière culturelle	Pensez-vous que culturelle constitue la barrière pour la référence des malades ?	Oui 1 Non 2
Q 719	Crédibilité des prestataires de l'HGR	Pensez-vous que à la crédibilité à l'endroit des prestataires de l'HGR constitue la barrière pour la référence des malades ?	Oui 1 Non 2

REVUE DOCUMENTAIRE

La sélection de 15 fiches des malades par la technique d'échantillonnage simple

SECTION 8 : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, ECONOMIQUES ET CULTURELLES DES MENAGES

	Questions et filtres	Réponses et codes	Passer à :
Q 800	Sexe du chef de ménage	Masculin 1 Féminin 2	/__/_/
Q 801	Age du chef du ménage	[__ __] Age en années révolues	
Q 802	Année du chef de ménage Comparez e corrigez si besoin en fonction 801	Année [__ __] [__ __]	
Q 803	Le chef de ménage a-t-il été à l'école ?	Oui 1 Non 2	2→805
Q 804	Quel est le niveau d'étude le plus élevé qu'il a atteint ?	Aucun 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur 4	
Q 805	La religion du chef de ménage	Catholique 1 Protestante 2 Kimbanguiste 3 Musulmane 4 Eglise de réveil 5	

		Autre religion _____ 6	
Q 806	le statut matrimonial actuel du chef de ménage	Célibataire 1 Marié 2 Union de fait 3 Veuf 4 Divorcé/Séparé 5	
Q 807	L'occupation du chef de ménage	Aucun 1 Ménager 2 Etudiante/Elève 3 Commerçant 4 Cultivateur 5 Fonctionnaire 6 Autre, spécifiez _____ 7	
Q 808	Modalité de paiement de la facture des soins	Totalité des frais 1. La moitié des frais 2. En dessous de la moitié 3	/___/
Q 909	<i>Capacité du ménage à supporter la charge des soins</i> Pour un cas de la paludisme grave, combien avez-vous payer ?	≤ 15000FC 1. Entre 15000 et 30000FC 2. ≥30000FC 3.	

3. QUESTIONNAIRE DE RECOLTE DES DONNES DE HGR

**RECHERCHE SUR LA CONTRIBUTION A L'UTILISATION DES
SERVICES DE L'HGR PAR L'ANALYSE DE LA REFERENCE ET
CONTRE REFERENCE
CAS DE LA ZONE DE SANTE DE GOMBE MATADI**

001	NUMERO DU QUESTIONNAIRE	[_ _ _]
002	AIRE DE SANTE _____	
003	FORMATION SANITAIRE _____	
004	POPULATION COUVERTE PAR LA FOSA	

004	NUMERO DU CS(Code)	[__ __ __ __ __ __ __]
005	ENQUETEUR : NOM :	_____ CODE [__ __]
006	DATE DE L'ENQUETE :	[__ __] [__ __] [__ __][__ __]
007	Contrôlé par le superviseur.....Signature	_____
	Date	[__ __] [__ __] [__ __][__ __]

RESULTAT DE L'ENTRETIEN

ENTRETIEN	1. Achevé	2. Non- achevé	3. Refus de participer
N :			

SECTION 1 : CARACTERISQUES DU REpondANT DE LA FOSA

	Questionnaire et filtre	Réponses et codes	Passer à :
Q 100	Sexe du répondant (e)	Masculin 1 Féminin 2	/__/_/
Q 101	Age du répondant (e)	[__ __] Age en années révolues	
Q 102	Lien du répondant (e) avec le Centre de Santé	MD 1 Autre Médecin 2 Autre (à préciser) _____ 3	/

SECTION 2 : CARACTERISTIQUES DE LA FOSA

	Questions et filtres	Réponses et codes	Passer à :
Q 200	Appartenance de HGR ou CSR	Etatique 1 Confessionnelle 2 Privé 3	/__/_/
	A qui la gestion de la fosa est confiée	MD 1 Autre Médecin 2 Autre personne à spécifiée _____ 3	/__/_/
Q 202	Quel niveau d'étude a le gestionnaire de la FOSA	A3 1 A2 2 A1 3 A0 4	

		Médecin 5 Autre personne à spécifiée _____ 6	
Q 203	Combien d'année d'expérience dans la gestion de la FOSA	Nouveau recruté 0 < 2 ans 1 > 2 ans 2	
Q 204	Qualité des infrastructures	En dur 1 En semi durable 2 En pisé 3	
Q 205	Quel est le partenaire qui a financé la construction de la FOSA	Population 1 Gouvernement 2 PTF 3 Autre à spécier _____ 4	

SECTION 3 : OFFRE DES SERVICES CURATIFS

Q 300	Il y a-t-il un personnel commis à la réception chargé d'orienter les malades.	Oui 1 Non 2	
Q 301	Quel est le niveau d'étude le plus élevé que ce personnel a atteint ?	Aucun 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur 4	
Q 302	Combien de temps fait le malade pour voir le consultantminutes	
RESSOURCES HUMAINES			
Q 304	Comment jugez-vous le nombre total de personnel chargé des Soins curatifs dans la FOSA	Très suffisant 1 Suffisant 2 Moins suffisant 3	
Q 305	Comment jugez-vous le nombre de personnel QUALIFIE et formé /briefé/accompagné en Protocole thérapeutique et	Très suffisant 1 Suffisant 2 Moins suffisant 3	

	TETU		
	UTILISATION		
Q 306	Combien de malades avez-vous reçu aujourd'hui ?	Plus de 10 1 Entre 5 et 9 2 Moins de 5 3 Rien du tout 4	
Q 307	Combien de malades sont consultés, observés/hospitalisés en moyenne pour 1 mois (<i>Registre de consultation et d'hospitalisation</i>)	Très bien utilisé > 60% 1 Bien utilisé 50 et 60% 2 Faiblement utilisé < 50% 3	Diviser le nombre total des nouveaux cas du mois par la population mensuelle x 100
Q 308	DISPONIBILITE DES MEG		
Q 308 1	Disponibilité médicaments et intrants traceurs au HGR	Disponible (1 ou 0)	0%
Q 308 2	Dichloroisocyanurate de sodium (Na DCC), 167mg, Tab, 1000, Vrac	Boîte / 1. Oui 0. Non	
Q 308 3	Dextrose (Glucose), 5%, 500ml, Perfusion, Unité	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 4	Dextrose (Glucose) + NaCl, 5%+0,9%, 500ml, Perfusion, Unité	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 5	Ringer lactate (Solution de Hartmann), 500ml, Perfusion, Unité	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 6	Amoxicilline 1g, Vial, Unité	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 7	Ciprofloxacine, 2mg/ml, 100ml Flaçon, Unité	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 8	Diazepam, 5mg/ml, 2ml, Amp, Unité	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 9	Ketamine, 50mg/ml, 10ml, Vial, Unité	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 10	Methylergometrinemaleate, 0,2mg/ml, 1ml, Amp, Unité	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 11	Métronidazole, 5mg/ml, 100ml, Flaçon, Unité	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 12	Oxytocine, 10 UI/ml, 1ml, Amp, Unité	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 13	PenicillineProcaine+Benzyl, 3+1MUI, Vial, Unité	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 14	Quinine bichlorhydrate, 500mg/2ml, 2ml, Amp, Unité	Unité / 1. Oui 0. Non	

Q 308 15	Cotrimoxazole, 480mg, Tab, 1000, Vrac	Boîte / 1. Oui 0. Non	
Q 308 16	Quinine HCl/Sulf, 250mg base, Tab, 1000, Vrac	Boîte / 1. Oui 0. Non	
Q 308 17	Quinine HCl/Sulf, 500mg base, Tab, 1000,	Boîte / 1. Oui 0. Non	
Q 308 18	Kit groupage sanguin	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 19	Kit test sécurité transfusionnelle	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 20	Poche de transfusion, u.u., 250ml, Unité	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 21	Poche de transfusion, u.u., 450ml, Unité	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 22	Sut., PGA, tressé, 75cm, déc.2 (3/0), aig.3/8c, R, eff., 18mm, Un.	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 23	Sut., PGA, tressé, 75cm, déc.3 (2/0), aig.1/2c, R, eff., 30mm, Un.	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 24	Sut., PGA, tressé, 75cm, déc.4 (1), aig.3/8c, R, eff., 50mm, Un.	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 25	Sut., PGA, tressé, 75cm, déc.4 (1), aig.1/2c, R, eff., 50mm, Un.	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 26	Sut., PGA, tressé, 75cm, déc.4 (1), aig.1/2c, R, eff., 30mm, Un.	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 27	Sulfate de magnésie	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 28	Gluconate de calcium	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 29	Contraceptifs d'urgence	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 30	Implant	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 31	Préservatifs Masculin et Féminin	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 32	Resonal	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 33	F 100	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 34	F 75	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 35	Misoprostol	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 36	Poche de sang	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 37	Test Determine HIV	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 38	Test DetermineHepatite HBS	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 39	Test Determine Syphilis RPR	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 40	CAT Test	Unité / 1. Oui 0. Non	
Q 308 41	TDR	Unité / 1. Oui 0. Non	

SECTION 4 : ACCESSIBILITE FINANCIERE

Q 400	Les malades payent-ils avec facilité ?	Oui 1 / ___ / Non 2
--------------	--	------------------------

Q 401	Comment appréciez-vous le coût des soins que vous proposez aux malades ?	Extrêmement abordable 1 Très abordable 2 Abordable 3 Peu abordable 4 Pas abordable 5	
Q 402	Il y a-t-il des malades affiliés aux mutuelles des santé qui bénéficient des soins dans votre FOSA	Non 0 Oui 1	
Q 403	Quel est le niveau de recouvrement des dettes auprès des malades	Très bon > 80% 1 Bon de 70 à 80% 2 Faible < 70% 3	/ ___ /
Q 404	Tarifification utilisée dans la FOSA		
Q 404a	Acte (Chaque acte posé sur le malade est facturé et le coût total, c'est la somme des différents actes)	Oui 1 Non 2	
Q 404b	Forfaitaire (le tarif est fixé en avance et communiqué à la communauté et le coût est le même pour tous les malades)	Oui 1 Non 2	
Q 404c	Activité (le tarif est fixé sur base de la maladie pour tous les patients)	Oui 1 Non 2	
Q 404d	Autre à préciser	_____	

SECTION 5 : REFERENCE ET CONTREREFERENCE

Q 500	Existe-t-il des fiches de contre référence dans votre structure ?	Oui 1 Non 2	
Q 501	Combien des malades avez-vous reçu comme référés des cs au courant de l'année passée	-----	
Q 502	Combien des malades avez		

	reçu comme contre référé de l'HGR	-----	
Q 503	Que faites-vous pour évacuer le malade dans une structure secondaire	Remplir la fiche de référence puis appeler l'ambulance 1 Remplir la fiche de référence puis laisser le malade se débrouiller 2 Ne rien faire 3 Autre moyen à spécifier _____4	/___/
Q 504	Envoyez-vous des contre-références de vos malades	Oui 1 Non 2	
Q 506	Coût de transport	Selon vous, estimez-vous que le coût lié au transport coute cher ?	Oui 1 Non 2
Q 507	Coût direct des soins	Selon vous, estimez-vous que le Coût direct des soins constitue une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 508	Coût indirect des soins	Selon vous, estimez-vous que le Coût indirect des soins constitue une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 509	Coût intangible au soins	Selon vous, estimez-vous que le Coût intangible constitue une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 510	Les à-côtés des prestataires	Selon vous, estimez-vous que les à-côtés des prestataires constituent une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 511	Mauvais accueil des patients	Selon vous, estimez-vous que l'accueil des patients constitue une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 512	Condition d'hébergement des	Selon vous, estimez-vous	Oui 1

	patients	que les conditions d'hébergement des patients constituent une barrière à la référence ?	Non 2
Q 513	Disponibilité des MEG	Selon vous, estimez-vous que la disponibilité des MEG constitue une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 514	Discrimination des malades	Selon vous, estimez-vous que la discrimination des malades constitue une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 515	Mauvais comportement des prestataires en divulguant le secret professionnel des patients	Selon vous, estimez-vous que le fait que les prestataires divulguent le secret des patients constitue une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 516	Distance	Selon vous, estimez-vous que le fait que la distance est une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 517	Le moyen de transport	Selon vous, estimez-vous que le manque de moyen de transport est une barrière à la référence ?	Oui 1 Non 2
Q 518	Barrière culturelle	Pensez-vous que culturelle constitue la barrière pour la référence des malades ?	Oui 1 Non 2
Q 519	Crédibilité des prestataires de l'HGR	Pensez-vous que à la crédibilité à l'endroit des prestataires de l'HGR constitue la barrière pour la référence des malades ?	Oui 1 Non 2

SECTION 6 : L'ANALYSE MANAGERIALE HGR/CS DE LA ZS GOMBE MATADI

6.1. PLANIFICATION STRATEGIQUE :

Q 600	Existe-t-il un plan stratégique ou plan de développement pour votre institution ? 1. Oui 2. Non
-------	---

	Si Oui, demandez ce plan et cherchez à savoir la période couverte par ce plan
Q 601	Si non pourquoi vous n'avez pas un plan stratégique ou un plan de développement ? 1. Manque de temps 2. Manque d'accompagnement 3. Manque de financement
Q 602	Y a-t-il des politiques formulées par votre institution pour lui permettre de résoudre les principaux défis et problèmes et de réaliser sa mission ? Ou i/___ / Non /___ /

8.2. PLANIFICATION OPERATIONNELLE

Q 603	Existe-t-il un plan opérationnel pour votre institution ou plan d'action ? 1. Oui, (veuillez demandez de voir ce plan) 2. Non
Q 604	Si non, pourquoi votre institution n'a pas un plan opérationnel ou plan d'action? 1. Manque de temps 2. Manque d'accompagnement 3. Manque de financement
Q 605	Est-ce que ce plan opérationnel, découle du plan stratégique ? 1. Oui, 2. Non

6.3. COORDINATION DES ACTIVITES

SUPERVISION	
Q 606	Existe-t-il un plan de supervision pour votre institution ?(Analysez ce plan) 1. Oui, (voir ce plan de supervision) 2. Non
Q 607	A quand remonte la dernière supervision ? 1. Un mois 2. Deux mois 3. Plus de deux mois
	Peut-on voir les rapports de supervision ? et les outils de supervision ?
Q 608	Existe-t-il un plan de mise en œuvre des recommandations ? 1. OUI, (voir ce plan) 2. NON, pourquoi ?
SUIVI ou MONITORING	
Q 609	Existe-t-il un plan de suivi des activités pour votre institution ? (Analysez ce plan) 1. Oui, (voir ce plan de suivi) 2. Non
Q 610	A quand remonte la dernière visite de suivi des activités ? 1. Un mois 2. Deux mois 3. Plus de deux mois
	Peut-on voir les rapports de suivi des activités ? et les outils de suivi utilisés ?
EVALUATION	

Q 611	Existe-t-il un plan d'évaluation ? (Analysez ce plan) Si OUI, (voir ce plan) Si NON pourquoi ?
Q 612	22. A quand remonte la dernière évaluation de votre institution ? 1. Un mois 2. Deux mois 3. Plus de deux mois
	Peut-on voir les rapports d'évaluation réalisées ?

8.4 : GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Q 617	Avez-vous combien d'agent ? /_____/
Q 617	29. Est-ce que chaque agent dispose d'un dossier ? 1 Oui (voir les dossiers des agents) 2 Non (pourquoi ?)
Q 618	Est-ce que chaque agent dispose de son job description ? 1 Oui (voir ces jobs description et voir si c'est affiché) 2 Non (pourquoi ?)
Q 619	Combien d'agents sont-ils formés en 1. En PCME : /_____/ 2. En PCIMA : /_____/ 3. En PEC du Palu:/_____/ 4. En PEV : /_____/ 5. En MMA : /_____/ 6. SONU : /_____/ 7. PF : /_____/ 8. Violence sexuelle:/_____/
Q 620	Est-ce que le personnel est- il satisfait de sa prime 1. Oui 2. Non
Q 621	Le PBF Existe-t –il dans votre institution ? 1. Oui 2. Non

REVUE DOCUMENTAIRE

La sélection de 15 fiches des malades par la technique d'échantillonnage simple

SECTION 7 : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, ECONOMIQUES ET CULTURELLES DES MENAGES QUI ONT UTILISES L'HGR

	Questions et filtres	Réponses et codes	Passer à :
Q 700	Sexe du chef de ménage	Masculin 1 Féminin 2	/___/
Q 701	Age du chef du ménage	[__ __] Age en années révolues	
Q 702	Année du chef de ménage Comparez e corrigez si besoin en fonction 801	Année [__ __] [__ __]	
Q 703	Le chef de ménage a-t-il été à l'école ?	Oui 1 Non 2	2→805
Q 704	Quel est le niveau d'étude le plus élevé qu'il a atteint ?	Aucun 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur 4	
Q 705	La religion du chef de ménage	Catholique 1 Protestante 2 Kimbanguiste 3 Musulmane 4 Eglise de réveil 5 Autre religion _____ 6	
Q 706	le statut matrimonial actuel du chef de ménage	Célibataire 1 Marié 2 Union de fait 3 Veuf 4 Divorcé/Séparé 5	
Q 707	L'occupation du chef de ménage	Aucun 1 Ménager 2 Etudiante/Elève 3 Commerçant 4 Cultivateur 5 Fonctionnaire 6 Autre, spécifiez _____ 7	
Q 708	Modalité de paiement de la facture des soins	Totalité des frais 1. La moitié des frais 2. En dessous de la moitié 3	/___/
Q 709	<i>Capacité du ménage à supporter la charge des soins</i> Pour un cas de la paludisme grave, combien avez-vous	≤ 15000FC 1. Entre 15000 et 30000FC 2. ≥30000FC 3.	

	payer ?		
--	---------	--	--

4. OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES QUALITATIVE

1. Guide d'entretien de FG-MERES DES ENFANTS DE 0 A 59 MOIS SOINS DES ENFANTS DE 0-59 MOIS

PROVINCE.....

AIRE DE SANTE.....

ZONE DE SANTE.....

DATE DE L'ENQUETE.....

NOMBRE DE PARTICIPANTS.....

INTRODUCTION :

Bienvenu et merci de prendre votre temps pour participer à cette discussion ce jour. Mon nom estx... (Modérateur) et c'estx.... (Preneur des notes). Nous travaillons pour le compte du Ministère de la Publique.

Nous sommes là pour comprendre les différentes barrières que les mères des enfants de moins de 5 ans rencontrent dans l'utilisation des services de santé.

Votre façon de voir va nous donner beaucoup d'éclaircissements pour mieux comprendre si vous êtes contents des services de santé dans votre Aire de santé, quelles sont vos difficultés, et quels sont vos souhaits pour améliorer vos services.

REGLES DE CONDUITE :

Nous nous intéressons à chacune de vos opinions et vos sentiments. Il n'y a ni des bonnes ni des fausses réponses. Nous avons besoins de vos idées. Ainsi, aucune critique ne vous sera adressée. Nous vous encourageons à donner des commentaires francs qui peuvent améliorer notre étude.

Certaines d'entre vous peuvent approuver ou ne pas approuver les réponses des autres ; Ce qui est normal. Mais chacun est libre de dire ce qu'il pense.

Je vais vous donner la parole à tour de rôle. S'il vous plaît, n'interrompez pas les autres pendant qu'elles parlent. Chacune aura le temps de s'exprimer. Cette session va durer approximativement ...1.....heures

CONFIDENTIALITÉ ET UTILISATION DES DICTAPHONES : Tout ce qui se dit dans cette réunion est confidentiel. Nous ne dirons à personne que vous avez participé à cette discussion. Un enregistreur va enregistrer ce qui est dit pour que nous puissions prendre correctement note de vos points de vue afin de nous aider à améliorer les Services de santé. Mon assistant va également prendre des notes pour ne rien oublier.

Est-ce que vous acceptez que nous puissions prendre des notes et/ou enregistrer la discussion ?

PRESENTATION DES PARTICIPANTS :

Nous voulons que chacune de vous puisse se présenter et nous allons noter pour chaque personne :

Son âge,

Son Etat civil,.....

Nombre d'enfants.....

L'âge du dernier enfant,.....

Niveau d'étude.....

Profession.....

Religion.....

Tribu.....

Revenu du ménage :Fc/jours

INDICATEUR	QUESTIONS
(1) SOINS DES ENFANTS DE 0-59 MOIS	
Cibles : Mères des enfants de 0-59 mois	
Connaissances	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourriez-vous nous dire de quelles maladies souffrent souvent vos enfants de 0-5 ans et qui nécessitent un transfert vers du CS vers l'HGR ? ▪ Pourriez-vous nous parler sur les services offerts par l'HGR ▪ Que pensez-vous de la référence ? ▪ Pourquoi l'infirmier réfère-t-il quelquefois un patient ? ▪ Est-ce que l'infirmier de votre CS hospitalise des patients à son niveau ? ▪ Si oui, est ce que vous trouvez qu'il y a une différence avec une hospitalisation au niveau de l'hôpital ? Comment est-ce que vous appréciez ces hospitalisations ?

INDICATEUR	QUESTIONS
Pratiques - Attitudes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que faites-vous pour soigner vos enfants de 0-5 ans quand ils tombent malades ? ▪ QUI ou quel SERVICE avez-vous l'habitude de contacter/consulter pour soigner vos Enfants de 0-5 ans malades ?
Adhésion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ QUI ou QUEL SERVICE préférez-vous souvent utiliser (par rapport aux autres) lorsque votre enfant de 0-5 ans tombe malade ? (Hôpital, CS, PS, privés, Croix-Rouge, Sites des soins, tradipraticien, etc...) ▪ ET, pourquoi préférez-vous cette PERSONNE ou son SERVICE ? Quels sont les motifs qui vous poussent à utiliser les services de cette personne ou de sa structure de soins ? ▪ S'il vous arrive d'être référé du CS vers l'HGR que fêtes vous ?
NON-adhésion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ QUI ou QUEL SERVICE ne préférez-vous PAS utiliser (par rapport aux autres) lorsque votre enfant de 0-5 ans tombe malade ? (Hôpital, CS, PS, privés, Croix-Rouge, Sites des soins, etc...) ▪ ET, pourquoi NE préférez-vous PAS cette PERSONNE ou son SERVICE ? Quels sont les motifs qui vous empêchent d'utiliser les services de cette personne ou de sa structure de soins ?
Obstacles aux références	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont selon vous les obstacles à la référence et contre référence ▪ Comment pensez-vous y remédier
Implication des parents et mobilisation sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans votre communauté, quelles sont les personnes qui vous conseillent SOUVENT sur les Pratiques des soins ou les messages de la santé ? Est-ce vos voisins, est-ce les Relais communautaires, est-ce la Radio-TV, Est-ce les Services de santé ou qui d'autres ? c-à-d, quel est SOUVENT le canal qui vous conseille ou vous apporte des messages sur la santé de vos enfants de 0-5 ans ? ▪ Qu'est-ce que ces Personnes vous disent-elles par rapport aux SERVICES de santé qui existent dans votre HGR ? <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans votre communauté, y-a-t'il des personnes qui vous EMPECHENT ou donnent des Conseils contraires sur la Santé ou les Soins de vos enfants de 0-5 ans ? ▪ Qu'est-ce que ces Personnes vous disent-elles par rapport aux SERVICES de santé qui existent dans votre communauté ? <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Y-a-t'il des CROYANCES particulières, des coutumes, des croyances religieuses sur les Symptômes des maladies des enfants de 0-5 ans ou certains soins ? (par ex : convulsions, diarrhée, respiration difficile, etc...) ▪ Pouvez-vous nous les décrire ?
Souhait/solutions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Par rapport à votre CENTRE DE SANTE ou HGR (citez X), qu'est-ce que vous lui reprochez maintenant et qui vous empêcherait de l'utiliser ? ▪ Par rapport à votre CENTRE DE SANTE ou HGR (citez X), que souhaiteriez-vous y voir pour améliorer votre adhésion à utiliser ses services de santé ?
	MERCİ

(2) UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES MEMBRES DE LA COMMUNAUTE

2. Guide d'entretien de FG-PERES DES ENFANTS DE 0 A 5 ANS(Chefs des ménages)

UTILISATION DES SOINS CURATIFS

PROVINCE.....

AIRE DE SANTE.....

ZONE DE SANTE.....

DATE DE L'ENQUETE.....

NOMBRE DE PARTICIPANTS.....

INTRODUCTION :

Bienvenu et merci de prendre votre temps pour participer à cette discussion ce jour. Mon nom estx... (Modérateur) et c'estx.... (Preneur des notes). Nous travaillons pour le compte du Ministère de la Publique.

Nous sommes là pour comprendre les différentes barrières que Vous et vos familles rencontrez dans l'utilisation des services de santé.

Votre façon de voir va nous donner beaucoup d'éclaircissements pour mieux comprendre si vous êtes contents des services de santé dans votre Aire de santé, quelles sont vos difficultés, et quels sont vos souhaits pour améliorer vos services.

REGLES DE CONDUITE :

Nous nous intéressons à chacune de vos opinions et vos sentiments. Il n'y a ni des bonnes ni des fausses réponses. Nous avons besoins de vos idées. Ainsi, aucune critique ne vous sera adressée. Nous vous encourageons à donner des commentaires francs qui peuvent améliorer notre étude.

Certaines d'entre vous peuvent approuver ou ne pas approuver les réponses des autres ; Ce qui est normal. Mais chacun est libre de dire ce qu'il pense.

Je vais vous donner la parole à tour de rôle. S'il vous plaît, n'interrompez pas les autres pendant qu'elles parlent. Chacune aura le temps de s'exprimer. Cette session va durer approximativement ...1.....heures

CONFIDENTIALITÉ ET UTILISATION DES DICTAPHONES : Tout ce qui se dit dans cette réunion est confidentiel. Nous ne dirons à personne que vous avez participé à cette discussion. Un enregistreur va enregistrer ce qui est dit pour que nous puissions prendre correctement note de vos points de vue afin de nous aider à améliorer les Services de santé. Mon assistant va également prendre des notes pour ne rien oublier.

Est-ce que vous acceptez que nous puissions prendre des notes et/ou enregistrer la discussion ?

PRESENTATION DES PARTICIPANTS :

Nous voulons que chacune de vous puisse se présenter et nous allons noter pour chaque personne :

Son âge,

Son Etat civil,

Nombre d'enfants.....

L'âge du dernier enfant,.....

Niveau d'étude.....

Profession.....

Religion.....

Tribu.....

Revenu du ménage.....Fc/Jour

INDICATEUR	QUESTIONS
(3) UTILISATION DES SOINS CURATIFS	
Cibles : Pères des enfants de 0-5 ans	
Connaissances	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourriez-vous nous dire de QUELS services de Maternité (public, privé ou de maisons) avez-vous dans votre communauté là où les Femmes accouchent ? ▪ Si possible, donnez-nous leurs Noms pour mieux les situer ▪ Que pensez-vous de la référence ? ▪ Pourquoi l'infirmier réfère-t-il quelquefois un patient ? ▪ Est-ce que l'infirmier de votre CS hospitalise des patients à son niveau ? ▪ Si oui, est ce que vous trouvez qu'il y a une différence avec une hospitalisation au niveau de l'hôpital ? Comment est-ce que vous appréciez ces hospitalisations ?
Pratiques - Attitudes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que faites-vous souvent dans votre Communauté avant d'aller accoucher et lorsque vous Accouchez ? ▪ QUI ou quel SERVICE les Femmes enceintes ont l'habitude de contacter/ utiliser pour accoucher (Si possible, donnez-nous leurs Noms pour mieux les situer) ? ▪
Adhésion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vous-même, QUI ou QUEL SERVICE préférez-vous souvent utiliser (par rapport aux autres) pour l'Accouchement ? Est-ce là que vous avez accouché de votre dernier Bébé ? (Hôpital, CS, PS, privés, Croix-Rouge, etc...) ▪ ET, pourquoi préférez-vous cette PERSONNE ou son SERVICE ? Quels sont les motifs qui vous poussent à utiliser les services de cette personne ou de sa structure de soins plutôt que d'autres ? ▪ S'il arrivait qu'on vous réfère du CS vers l'HGR, que faites-vous ?
NON-adhésion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ QUI ou QUEL SERVICE ne préférez-vous PAS utiliser (par rapport aux autres) pour accoucher ? (Hôpital, CS, PS, privés, Croix-Rouge, etc...) ▪ ET, pourquoi NE préférez-vous PAS cette PERSONNE ou son SERVICE ? Quels sont les motifs qui vous empêchent d'utiliser les services de cette personne ou de sa structure de soins ?
Obstacles aux références	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont selon vous les obstacles à la référence et contre référence ▪ Comment pensez-vous y remédier
Implication des parents et mobilisation sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans votre communauté, quelles sont les personnes qui vous conseillent SOUVENT sur les Pratiques ou les Conseils sur l'Accouchement ? Est-ce vos voisins, est-ce les Relais communautaires, est-ce la Radio-TV, Est-ce les Services de santé ou qui d'autres ? c-à-d, quel canal vous conseille ou vous apporte des messages sur la santé de Femmes enceintes et l'Accouchement ? ▪ Qu'est-ce que ces Personnes vous disent-elles par rapport aux SERVICES d'accouchement qui existent dans votre communauté ?
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans votre communauté, y-a-t'il des personnes qui vous EMPECHENT ou donnent des Conseils contraires sur l'accouchement à la Maternité ? ▪ Qu'est-ce que ces Personnes vous disent-elles par rapport aux SERVICES de santé qui existent dans votre communauté ?

INDICATEUR	QUESTIONS
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Y-a-t'il des CROYANCES particulières, des coutumes, des croyances religieuses sur l'Accouchement ou les Symptômes des maladies qui apparaissent pendant la Grossesse ? (par ex : convulsions, saignement, Accouchement difficile, etc...) ▪ Pouvez-vous nous décrire ces conseils ?
Souhait/solutions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Par rapport à votre MATERNIE/ CENTRE DE SANTE/HGR (citez X), qu'est-ce que vous lui reprochez maintenant et qui vous empêcherait d'y accoucher ? ▪ Par rapport à votre CENTRE DE SANTE/HGR (citez X), que souhaiteriez-vous y voir pour améliorer votre adhésion à l'utiliser ses services d'Accouchement ?
	MERCİ