

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
UNIVERSITE DE LUBUMBASHI
ECOLE DE SANTE PUBLIQUE

B.P. 1825
LUBUMBASHI



**L'ANALYSE COMPARATIVE OPERATIONNELLE
DE LA REFERENCE ET CONTRE REFERENCE
EN MILIEU URBAIN ET RURAL (cas des Zones
de Santé Kisanga et Kapolowe)**

PAR : KAFUKU MIKOMBE

*Mémoire présenté et défendu en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etudes Approfondies en Santé Publique.*

Option : Santé Développement
Management des services de santé

SEPTEMBRE 2016

I

DEDICACE

A mon époux KAFWEMBE KISASEMBE Jean-Marie et à mes enfants !

Je dédie ce travail !

EPIGRAPHE

REMERCIEMENT

Nous avons l'obligation morale d'exprimer nos sentiments de gratitude Au seuil de ce travail, de profonds remerciements à notre Dieu le tout puissant, créateur du ciel et de la terre, pour la force, la santé, la vie et l'énergie qu'il nous a donné durant cette année académique.

Nos remerciements vont aussi tout droit à nos parents FEUX ERNESTE BONDO ILUNGA et Jacqueline MIKOMBE KAFUKU et beau parents FEUX JOSEPHE MUOMBE KABESA et louise NAKWEZI MATANDIKO pour votre soutien moral, matériel, spirituel et financier.

Nous remercions grandement les Professeurs LUBOYA NUMBI OSCAR et MASHINI NGONGO GHISLAIN, pour leurs temps disposé en fin que ce travail soit réalisé.

Nous ne pouvons terminer ce travail sans aussi remercier les Eminents Professeurs qui font la fierté de notre Ecole de Santé à savoir, le Professeur Ordinaire MALONGA KAJ, professeur Ordinaire KAKOMA SAKATOLO ZAMBEZ, Professeur LUBOYA NUMBI OSCAR, Professeur MONGA BONDO BEN, Professeur KABYLA ILUNGA BENJAMIN, Professeur KASHINDI NUMBI CLEMENT, Professeur MALONGA KAJ, Professeur MWEMBO NTAMBWE, Professeur BANZA LUBABA, Professeur KAPYA LUBAMBA, Professeur KALENGA MWENZE, Professeur MONDONGO Henri, Professeur Balthazar NGOY MFYAMA, Professeur MALANGO MPOSHI, Professeur CHENGE MUKALENGE, Professeur désiré MASHINDA, Professeur Pascal LUTUMBA, Dr ILUNGA DIPATA, professeur ERIC MUKOMENA, Dr Pascal KIMBA pour votre bonne volonté de pouvoir nous transmettre vos connaissances.

A tout le corps académique de l'Ecole de Santé, Publique de Lubumbashi pour avoir disposé de tout leur temps à notre formation.

Aux familles MUKOMENA SOMPWE, ARSENE MAKOBeko, KIBOYA KETA, YVES MWAMBA, FRANCK MONGA dont nous ne saurons passer sous silence, l'amour et l'affection qu'elles ne cessent de nous faire preuve. Nous leurs sommes reconnaissante pour leur soutien et sacrifice durant cette période.

III

Aux familles Pasteur, MATEO SAULOMBO, Edmond KITANIKA MWENDA, Stanley LUBABA, Daniel KABESA WA MUOMBE, François KAPAMBA, pour votre soutien moral, matériel et financier.

A nos frères et Amis, mamie KABANGE, Jolie KAMWANYA, djo BONDO, Fabrice KAMANA, Nadine KEBE, Yanick KABUYA, Junior KAPAPA, Dr Claude KITENGE pour votre soutien moral et encouragement

A tous les apprenants de la onzième promotion ESP pour le soutien mutuel pendant ces 10 mois de dur labeur ;

Au Dr DON FELICIEN BANZA, au personnel du PNSR et à toute la population de KISANGA ET KAPOLOWE qui ont permis la réalisation de ce travail en acceptant de répondre volontiers à notre questionnaire.

A tous ceux qui n'ont pas vu leurs noms cités et qui nous ont toujours comblés de leur animation, sentiments, amour et amitiés ; qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS

A0	Infirmier licencié
A1	: Infirmier gradué.
A2	: Infirmier diplômé
A3	: Accoucheuse
AS	: Aire de Santé
BCZS	: Bureau Central de la Zone de Santé
CHD	: Centre hospitalier départemental
CS	: Centre de Santé
CSI	: Centre de Santé intégré
CSR	: Centre de Santé de référence
ESP	: Ecole de Santé Publique
F	: Féminin
HGR	: Hôpital général de référence
IT	: Infirmier titulaire
M	: Masculin
NC	: Nouveau cas
PCA	: Paquet complémentaire d'activité
PMA	: Paquet minimum d'activité
PS	: Poste de santé
SSI	: Système de santé intégré
RDC	: République Démocratique du Congo
SP	: Santé publique
ZS	: zone de santé

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure I. Répartition des malades trouvés dans les centres de santé selon le sexe par zones de santé

Tableau I. Répartition des malades trouvés dans les centres de santé selon l'âge par zones de santé

Figure II. Répartition des malades trouvés dans les HGR selon le sexe par zones de santé

Tableau II. Répartition des malades trouvés dans les HGR selon l'âge par zones de santé

Figure III. Répartition des prestataires des centres de santé selon le sexe par zones de santé

Tableau III. Répartition des prestataires des centres de santé selon l'âge par zones de santé

Figure IV. Répartition des prestataires des HGR selon le sexe par zones de santé

Tableau IV. Répartition des prestataires des HGR selon l'âge par zones de santé

Tableau V. Répartition des malades trouvés dans les centres de santé selon l'occupation par zones de santé.

Tableau VI. Répartition des malades trouvés dans les HGR selon l'occupation par zones de santé

Tableau VII. Répartition des malades trouvés dans HGR selon le moyen de transport utilisé par zones de santé

Tableau VIII. Répartition des malades hospitalisés dans les HGR selon la difficulté de s'approvisionner en nourriture par zones de santé

Tableau IX. Répartition des malades trouvés dans les HGR selon l'appréciation du coût des soins par zones de santé

Tableau X. Répartition des malades trouvés dans les centres de santé selon la première destination en cas de maladie par zones de santé

Tableau XI. Répartition des malades trouvés dans les centres de santé selon l'appréciation de l'accueil par zones de santé

Tableau XII. Répartition des malades trouvés dans les centres de santé selon l'image qu'ils ont des soins donnés par les privés par zones de santé.

Tableau XIII. Répartition des centres de santé selon l'organisation interne par zones de santé

Tableau XIV. Répartition des malades trouvés dans les HGR selon le coût de transport par zones de santé

Tableau XV. Répartition des malades trouvés dans les HGR selon l'image des structures privées par zones de santé

Tableau XVI. Répartition des malades trouvés dans les HGR selon la première destination en cas de référence par zones de santé

Tableau XVII. Répartition des malades trouvés dans les HGR selon la présence d'obstacles pour atteindre l'HGR par zones de santé

Tableau XVIII. Répartition des malades trouvés dans HGR selon la nature des obstacles par zones de santé

Tableau XIX. Répartition des HGR selon l'organisation interne par zones de santé

RESUME

INTRODUCTION

Le système de référence est l'interface entre les tendances décentralisatrices de la première ligne des soins et les tendances centralisatrices de l'hôpital général de référence, pour la continuité des soins. L'objectif de cette étude est de comparer les principaux facteurs qui interfèrent dans le fonctionnement du système de référence et contre-référence en milieu urbain (Kisanga) et rural (Kapolowe), et de proposer les pistes des solutions.

MATERIEL ET METHODE

Notre étude est descriptive transversale, étant donné qu'elle porte sur « un cliché » de la situation des références et contre-références. Notre étude consiste à décrire, à comparer pour faire l'état de lieu de la situation des références et contre-références, à travers les deux sites. L'analyse des données a été réalisée à partir des logiciels Epi-Info 7.

RESULTATS

Les résultats obtenus, semblent ne pas ressortir des associations ou des différences significatives du point de vue organisationnel entre les deux zones de santé.

Nous notons néanmoins un dysfonctionnement du système de référence dans les deux milieux, les références se font presque sans billets de référence, les hôpitaux ne contre réfèrent pas les malades, absence de la discrimination positive dans les deux ZS, manque d'ordinogrammes dans les CS, aucune ZS n'a un moyen de transport propre et adapté pour l'évacuation des malades référés, il ya une différence statistiquement significative entre les zones de santé de Kapolowe (rural) et de Kisanga(urbaine) pour ce qui concerne la difficulté de s'approvisionner en nourriture en cas de référence qui est plus marquée dans la zone de santé de Kisanga.

CONCLUSION

Nous pensons que la référence n'est pas bien organisée dans les deux milieux. Sensibiliser la population, envisager la discrimination positive, rendre disponible le transport adapté, améliorerait le système de référence dans les deux milieux.

INTRODUCTION GENERALE

I.1. ETAT DE LA QUESTION

L'accès aux soins de santé primaire est un droit pour les individus, les familles et les communautés. C'est ainsi que l'OMS et l'Unicef ont lancé un appel pour la santé pour tous en l'an 2000 (OMS/UNICEF, 1978) et la déclaration d'Alma Ata a suscité dans le monde entier un engagement politique massif à l'appui des soins de santé primaires.

Le système de référence est l'interface entre les tendances décentralisatrices de la première ligne des soins et les tendances centralisatrices de l'hôpital général de référence. La référence crée donc une harmonie et la complémentarité entre les deux échelons.

En 1987, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait organisé une réunion interrégionale à Harare (Zimbabwe) sur les stratégies pour renforcer les districts de santé. En s'appuyant sur le mouvement de La Santé pour Tous d'Alma Ata (1978), cette réunion fut une étape clé pour donner un ancrage politique au district de santé comme stratégie structurante pour les soins de santé primaires ; la réunion était clôturée par une déclaration connue comme la « Déclaration d'Harare sur le renforcement du district de santé basé sur les soins de santé primaires » (HHA, 2013).

L'harmonie qui doit exister entre la première ligne et l'hôpital général de référence stipule que les deux niveaux devraient fonctionner avec des paquets d'activités différents, l'un minimum et l'autre complémentaire. En plus, le mouvement des patients entre ces deux échelons se ferait à travers une référence et une contre référence. L'intérêt principal pour cette étude est d'analyser l'organisation de cette stratégie dans les deux contextes rural et urbain, d'apporter les nouvelles connaissances permettant de renforcer la référence et la contre référence entre les établissements des soins de santé de la première ligne et ceux de la deuxième ligne ; et proposer des pistes de renforcement de la participation communautaire dans cette stratégie.

Le Chevauchement entre les services de santé de première ligne et celles de seconde ligne interférerait dans le système de référence et contre référence. La réalisation du paquet minimum d'activités (PMA) et du paquet complémentaire d'activité(PCA) devrait être harmonisée pour renouveler la stratégie du district sanitaire afin d'avancer la Couverture Sanitaire Universelle dans les zones de santé Kisanga et Kapolowe.

La construction d'un réseau de services publics au niveau d'un pays est une entreprise de grande ampleur pour laquelle l'élaboration des règles de fonctionnement et d'organisation est nécessaire.

On observe cependant de nombreuses situations de laxisme du système de première ligne et celle de deuxième ligne; l'augmentation du nombre de médecins exerçant en première ligne, le développement d'une classe moyenne manifestant des exigences de soins plus personnalisés, la recherche de stratégies susceptibles d'améliorer la qualité des soins et l'utilisation des services, le développement de réformes qui, pour répondre aux défis de financement de la santé et d'équité dans l'accès aux soins, cherchent à limiter le recours à l'hôpital en renforçant la première ligne (Boelen et al. 2002).

Le médecin de famille réfère le malade à l'hôpital en notifiant le signe de danger ayant fait l'objet de la référence (DEBIERRE, 2007) et en RDC, le médecin est prévu comme personnel de santé du CS en milieu urbain (MINISTERE DE LA SANTE DE LA RDC, 2012).

Le transport du malade référé se fait au mieux par le transport sanitaire (SEPOU, 2000 ; CHEIFOU, 2003)

La préparation du malade à référer consiste en une préparation psychologique, le remplissage des outils de gestion et dans l'administration d'un traitement pré-référentiel (BOUROULAYE, 2007 ; TRAORE, 2010)

Les malades ont un avis favorable s'ils sont référés sauf si la préparation n'est pas bonne (RAMATOU, 2006 ; BOUROULAYE, 2007)

Un système de santé permettant une prise en charge médicale continue des patients d'un niveau à un autre (LUBOYA et ILUNGA 2014) :

- la décentralisation des systèmes de santé nationaux conduit à l'avènement de système de santé de district (IDRISSA CHEIFOU 2003)
- l'obligation d'avoir un système de référence dans un district sanitaire peut être résumé avec la platitude que (tout le monde ne peut pas disposer d'un hôpital dans son jardin Dr BOSSYNS .P(2000)

- l'OMS à estime que plus d'un million des femmes meurent chaque année suite aux complications obstétricales SIDIKI B GUINDO(2008)

Selon (R .x. PERRIN et COLL 2008) ,70% a 90% des décès maternels enregistrés dans les formations hospitalières proviennent des patients évacués des formations sanitaires périphériques.

En Zambie et au Zimbabwe, le taux de référence est d'environ 2% en milieu rural et 5% en milieu urbain (IDRISSA CHEIFOU)

Comme caractéristique de soins, ils doivent être continus, intégré, globaux et rationalisés à une population de responsabilité (LUBOYA 2014)

Au Congo, AKELLO et AL en 2008, après une étude prospective type cas-témoin ont retrouvé le facteur de risque de la mortalité périnatal liés au transport et à l'absence de réanimation (VANESSA TAKOUTSAPENE 2012)

Au Niger une étude a été menée sur la compétence, les attitudes des personnels soignants (NGONGO.K.A 2011)

L'efficacité d'un système de santé dépend de l'efficacité propre de ses différentes composantes (LUBOYA et CHENGE 2008)

La référence et contre référence est un système permettant une prise en charge médicale continue des patients d'un niveau de soins à un autre. Elle permet en outre d'améliorer la qualité de l'offre de soins (Luboya et Ilunga, 2014).

La décentralisation des systèmes de santé nationaux dans les pays en voie de développement a conduit à l'avènement du système de santé de district (Idrissa CHEIFOU, 2003). Ce dernier est généralement composé de deux niveaux opérationnels : le premier niveau comprenant les formations sanitaires à l'échelon de la communauté, (les dispensaires, les centres de santé 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.

Ainsi les malades doivent entrer dans le système de santé par le CS et ceux qui nécessitent un plateau technique élevé doivent être référés à l'hôpital général de référence.

Selon Dr Bossyns P. (2000), l'origine, voire l'obligation, d'avoir un système de référence dans un district sanitaire peut être résumée avec la platitude que « tout le monde ne peut pas disposer d'un hôpital dans son jardin ». Dès lors que le système de santé ne peut pas exécuter tous les soins proches de la population, mais seulement une partie, il est obligé de s'organiser dans ce sens. En ce moment le système doit identifier quels soins peuvent être organisés et à quel niveau. Il s'agit donc de trouver une balance entre une tendance à décentraliser le plus possible les soins, afin de les rendre accessibles à la majorité de la population et une force de centralisation pour un meilleur coût-efficacité qui veut que les soins trop coûteux ne puissent être répliqués partout.

Dans le monde L'OMS a estimé que plus d'un million de femmes meurent chaque année suite aux complications obstétricales. Au Niger, et particulièrement dans le district sanitaire de Tahoua, zone d'intervention du projet Alafia- GTZ (Promotion de la santé de la mère et de l'enfant), les responsables du dit Projet ont observé que la continuité des soins n'était pas du tout satisfaisant. En effet, en dépit de 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 d'autre part, trop peu de patients sont référés du premier vers le deuxième échelon (hôpital) : environ 0,98% des nouveaux consultants (plan annuel de développement sanitaire de Tahoua). Comparativement à d'autres régions d'Afrique (Zambie, Zimbabwe) où le taux de références sanitaires est d'environ 2% en milieu rural et 5% en milieu urbain, ce taux est assez faible (Idrissa CHEIFOU, 2003). En 1992, 7,5% des patientes référées admises à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré sont décédées, pendant que 64,4% des décès maternels enregistrés en 1993 au CHU Aristide le Dantec de Dakar intéressaient les patientes référées (Sidiki B. Guindo 2008).

Selon R.X. PERRIN et Coll. (2008), 70 à 90 % des décès maternels enregistrés dans les formations hospitalières proviennent des patientes EVACUEES des formations sanitaires périphériques. Les référées ont représenté 41,8% des urgences obstétricales admises à la maternité de l'hôpital régional de Kayes en 2000. C'est parmi les patientes référées que l'on rencontre plus de décès

- En 1993, 11,5% des parturientes admises à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako étaient des référées.

En RDC dans la ZS de la KATUBA les malades référés avec billets de référence étaient de 100% et les malades qui étaient arrivés à l'hôpital avec le billet de référence étaient de: 24.3% et les malades qui étaient contre référés avec documents étaient au nombre de : 54.3% (Chenge M.F 2002)

La ZS de Kasongo considéré comme pilote avec l'exemple le plus frappant en matière de référence et de contre référence n'avait réalisé pour l'année 1998 un taux de référence de 8%.(François, 2009)

En se référant aux données de la zone de santé de Kapolowe de 1996 à 1999, nous remarquerons que , quant le taux d'utilisation de service augmente , celui de la référence diminue mais avec une hausse légère de la contre référence dans les limites acceptables . pour le taux d'utilisation nous avons noté 14% en 1996, 13% en 1997, 18% en 1998 et 26% en 1999 alors que le taux de référence était de 22% en 1996, 20% en 1997, 13% en 1998 et 11% , en 1999. Par contre le taux de contre référence était de 55% en 1996 , 63% en 1997 , 68% en 1998 et 45% en 1999 (MASHINI N.G 2010)

Selon Chenge F. (2011), le diagnostic fait par le ministère de Santé (2010) montre que la défaillance du système de soins de santé congolais se traduit actuellement, entre autre, par :

- Une désintégration des structures opérationnelles du district sanitaire, l'hôpital dit de référence évoluant désormais à part et faisant concurrence aux centres de Santé,
- Le fait que le paquet minimum d'activités, au lieu d'être mis en œuvre de façon intégrée par une équipe polyvalente, est devenu un paquet minimum d'activités sélectif mis en œuvre par de personnel spécialisé ou monovalent.
- Une multiplication des infrastructures sanitaires qui ne répondent à aucune logique de rationalisation de la couverture sanitaire.

Le système des soins de santé est caractérisé par une désintégration qui se traduit par une désarticulation de ses éléments, un exercice anarchique des activités de santé, une production des services de santé de qualité douteuse et déshumanisante, CHENGE M.F (2011).

Selon l'OMS(1978), les politiques de coordination des soins peuvent prendre différentes formes mais elles visent avant tout à améliorer la continuité des soins pour chaque

patient et à réduire les besoins en hospitalisation (solution coûteuse) en offrant des soins plus appropriés et de meilleure qualité. Ces politiques devraient donc à la fois améliorer la qualité et réduire le coût des soins.

Comme caractéristiques de soins, ils doivent être continus, intégrés, globaux et rationalisés à une population de responsabilité (Luboya, 2014). Parlant essentiellement de la continuité des soins qui implique le bénéfice des soins sans interruption, du début jusqu'à la fin d'un épisode maladie, le système de référence est un composant essentiel des systèmes de santé de district (François, 2009).

Un système de santé de proximité devra, pour bien fonctionner, comporter au moins un et de préférence deux types de structure autres que l'hôpital. La principale condition est la mise en place d'un réseau de centres de santé avec un personnel composé principalement d'infirmières et de personnels paramédicaux qualifiés (Luboya et Ilunga, 2014)

Idrissa CHEIFOU (2003), le dysfonctionnement du système de référence est vécu dans beaucoup de pays. Ainsi au Honduras, une étude nationale faite en 1999 montre que le taux de référence entre le CSI et l'Hôpital de district n'est que de 0.8% des utilisateurs, contrastant avec un hôpital surchargé de patients qui contournent le premier niveau.

Le même constat a été fait au Burkina Faso en ce qui concerne le taux de référence. Une analyse du système de référence dans la région de Dédougou en mai 2000, a relevé un taux de référence de 0.77%, contre 1.2% en Guinée. Au Zimbabwe, selon une étude en 1998, 81 % des patients de la capitale, atteints de paludisme, utilisent directement l'hôpital national pour se faire traiter. Cette même étude mentionne que seulement 33 % des patients habitent au-delà de 10 km de l'hôpital national tandis que l'hôpital est sensé traiter les patients référés de tous les coins du pays. La sur-utilisation des hôpitaux par des patients sensés être traités au niveau des CSI, empêche l'hôpital de se concentrer sur son vrai mandat, notamment la prise en charge des cas graves par manque de moyens et le fait que le personnel soit engagé dans les consultations de premier niveau. Une étude sur les coûts et financement du système de santé de cercle au Mali révèle les conséquences financières pour certaines structures sanitaires quand l'hôpital de district se trouve en compétition avec le CSI

Une étude au Kenya sur la mortalité maternelle (Idrissa CHEIFOU, 2003) le transport dans le nord du pays est l'élément capital et même vital pour les urgences obstétricales. La même étude rapporte que dans un district rural au Zimbabwe, 50 % des décès

maternels par hémorragie sont dû à l'absence de transport en urgence. Une étude faite en Sierra Léone confirme que le manque de transport et le mauvais état des routes sont responsables du fort taux de mortalité maternelle. La distance moyenne entre CSI et HD était estimée de 56km et la durée moyenne d'évacuation de 3 heures, à condition d'abord qu'un véhicule soit disponible. En général, seulement 1 à 2 voitures passent par jour au niveau des CSI. Cette situation est comparable du Niger et de Tahoua en particulier. Selon une étude faite au Zaïre à Kasongo, parmi les femmes référées, seulement 33 % se présentent effectivement au niveau de l'hôpital, malgré la gratuité des soins à l'hôpital pour les patients référés. Ceci serait dû également aux difficultés de transport que les patients rencontrent.

En Zambie, il était estimé que la mortalité maternelle pourrait baisser d'au moins 29 % si les patients pouvaient bénéficier de transport à chaque moment pour l'évacuation (Idrissa CHEIFOU, 2033). Au Niger, et particulièrement dans le district sanitaire de Tahoua, zone d'intervention du projet Alafia- GTZ (Promotion de la santé de la mère et de l'enfant), les responsables du dit Projet ont observé que la continuité des soins n'était pas du tout satisfaisant. En effet, en dépit de 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 d'autre part, trop peu de patients sont référés du premier vers le deuxième échelon (hôpital) : environ 0,98% des nouveaux consultants (plan annuel de développement sanitaire de Tahoua). Comparativement à d'autres régions d'Afrique (Zambie, Zimbabwe) où le taux de références sanitaires est d'environ 2% en milieu rural et 5% en milieu urbain, ce taux est assez faible (Idrissa CHEIFOU, 2003) Selon NGONGO K.A.(2011) En rapport avec les attitudes des personnels soignants au Niger, une étude a été menée sur la compétence, le prestige et les contraintes à la référence par les infirmières dans les régions rurales isolées du Niger. Cette étude montre que ces dernières à Ouallam et Tahoua n'avaient référé que 0,5% des patients qu'elles avaient reçus au centre de santé et Seules (4%) semblaient comprendre la raison pour structurer le système de soins à deux niveaux. Il existe des preuves sans équivoque que ces infirmières souvent ne parviennent pas à appliquer les directives de référence par manque de compétence ou d'autres raisons. Selon elles, référer un patient est apparemment considéré comme une menace pour le prestige des infirmiers et la perte de toute crédibilité aux yeux des patients. Et les patients pour leur part disent craindre l'inconnu, ils reçoivent très peu d'informations, et à avoir peur d'être insultés par le personnel de l'hôpital, car ils ne savent pas comment se comporter et qu'ils ne comprennent pas les procédures.

Afin d'évaluer la relation fonctionnelle entre les centres de santé et l'hôpital de district dans les régions rurales du Niger, les résultats suivants ont été trouvés : les taux de référence en milieu rural ont été systématiquement inférieurs à ceux des zones urbaines et bien inférieur à l'indice de référence de 2,5%. Les services de pédiatrie ont enregistré un taux de référence de 1,4%. Le coût culturel et le coût financier ont été incriminés car même dans les milieux urbains, où les coûts de la distance et le transport ne sont pas des obstacles majeurs, les taux de référence sont souvent inférieurs à 2,5%.

Une expérience avec la mise en route d'un système de transport performant pour l'évacuation des urgences obstétricales dans ce dernier pays a eu un impact positif sur la réduction de la mortalité maternelle (Idrissa CHEIFOU, 2003)

Au Congo, Akello et al en 2008, après une étude prospective type cas-témoins ont retrouvé comme facteurs de risque de la mortalité périnatale : une distance de plus de 5 km du domicile à l'hôpital, les difficultés liés au transport, l'absence de réanimation à la naissance, et un faible score d'Apgar (Vanessa TAKOU TSAPMENE, 2012)

Le transport et les coûts de soins en général comme les frais de transport, les coûts secondaires et les tarifs de soins constituent probablement les barrières les plus importantes par rapport à la référence.

Néanmoins d'autres barrières ont pu être identifiées avec certitude, plus particulièrement l'attitude négative des infirmiers envers les références (parce qu'elles diminueraient leur prestige), le déficit de dialogue entre l'infirmier et ses patients, la corruption au niveau de l'hôpital et les visites des malades culturellement obligatoires pour la population. D'autres barrières culturelles sont la résignation et le recours aux guérisseurs traditionnels Idrissa CHEIFOU(2003).

NGONGO K.A(2011), au Pakistan, une étude révèle les résultats suivants : (41,3%) des patients ont emprunté de l'argent pour financer leur traitement ; quant à la satisfaction des soins dans les installations de référence, environ 25% des patients ont rapporté une amélioration de leurs conditions à la gestion qu'ils ont reçu dans les installations de référence. En ce qui concerne les facteurs d'insatisfaction des patients, (31,6%) patients n'étaient pas satisfaits de la gestion qu'ils ont reçu des installations de santé de référence ; lorsqu'on les interroge sur les motifs d'insatisfaction : (11,3%) ont indiqué qu'ils n'étaient pas mieux soignés, (7,3%) ont déclaré que le traitement était trop coûteux, (4,9%) se sont

plaintes de la longue période d'attente, (4,9%) ont dit qu'ils n'ont pas reçu des médicaments et (3,2%) se sont plaints de la grossièreté du personnel de l'établissement de santé. Selon CHENGE M.F. Une personne ne doit pas tomber dans la pauvreté à la suite de paiements aux services de santé relatives aux compétences et au plateau technique aient été Mentionnées notamment par des prestataires de soins quant aux contre références elles présentent d'énormes. ??????????????

I.2. PROBLEMATIQUE

Les rapports SNIS (Système National d'Information Sanitaire) des années 2013 à 2015 montrent ce qui suit pour l'année 2013 :

Indicateur	Kapolowe	Kisanga
Nouveaux cas	24 869	41 863
Référés	1286	738
Reçus à l'HGR	884	572
Contre référés	24	45
Taux de référence	5,2%	1,6%
Taux de référence reçus à l'HGR	68,7%	77,5%
Taux de contre référence	2,7%	7,9%

Au vu des différences des taux qui existent entre les deux zones de santé, nous nous sommes posé la question suivante : quels sont les facteurs socio-économiques et organisationnels qui puissent les expliquer ?

I.3. CHOIX ET INTERET DU SUJET

Dans le cadre de la continuité et de l'amélioration de la santé aucune étude connue et publiée n'a proposé un modèle explicatif des différences observées dans l'opérationnalisation du système de référence et contre référence entre le milieu urbain et rural.

L'intérêt principal pour cette étude est d'analyser et comparer l'opérationnalisation de la référence et contre référence dans les deux contextes, de déceler les facteurs socio-économiques et organisationnels qui influent sur cette opérationnalisation en milieu urbain et rural et proposer des suggestions pour l'amélioration du système des

références et contre référence entre les établissements des soins de santé de la première ligne et ceux de la deuxième ligne.

Objectifs de l'étude

➤ Objectif général :

Comparer les principaux facteurs qui interfèrent dans le fonctionnement du système de référence et contre-référence en milieu urbain (Kisanga) et rural (Kapolowe).

➤ Objectifs spécifiques :

1. Comparer les facteurs socio-économiques qui influencent le faible taux des références et contre-références dans les zones de santé de Kapolowe et Kisanga.
2. Comparer les facteurs organisationnels qui interfèrent avec le système des références et contre-références dans les zones de santé de Kapolowe et de Kisanga.
3. Déterminer des pistes de solutions pour améliorer le système des références et contre-références.

CHAPITRE I : GENERALITES SUR LE SYSTEME DE SANTE

I. Le système de santé

Le système de santé est un ensemble cohérent composé de nombreux éléments interdépendants tant sectoriels qu'intersectoriels ; ainsi que la collectivité qui produit un effet combiné sur la santé de la population .un système de santé englobe l'ensemble des organisations ; des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé. Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles à savoir :

- la prestation de service
- la création de ressource
- le financement
- la gestion administrative

Un système qui fonctionne bien répond de manière équilibrée aux besoins et aux attentes d'une population en améliorant l'état de santé des personnes, des familles et des communautés (OMS, 2010).

I.1 SYSTEME DE SANTE INTEGRE

I.1.1. Définition

Un système intégré des services de santé est un système qui est organisé comme un ensemble, un tout où tous les éléments (les formations sanitaires) sont disposés, organisés, et coordonnés en fonction d'un objectif commun, la prise en charge de la santé d'une population donnée. Un système de santé intégré est un ensemble d'éléments qui interagissent, la modification d'un élément ou d'une interaction affecte le système comme un tout. (Luboya et Ilunga, 2014).

Les interactions entre les différents éléments d'un système peuvent être organisées et régulées par :

- La supervision
- Le contrôle et inspection
- La référence et contre référence.

I.1.2. Critères d'intégration d'un système ou caractéristique fonctionnelle d'un SSI

L'organisation en système de santé intégré appelle à respecter trois(3) conditions ou les caractéristiques fonctionnelles (Luboya et ilunga 2014) ci-dessous à savoir :

- Absence de lacune dans la couverture des problèmes de santé : le système dans son ensemble apporte une réponse adéquate à tous les problèmes de santé, dans la limite de l'utilisation efficiente des ressources disponibles. C- à -d il ne faut pas qu'il y ait de trous dans les fonctions assurées par les échelons du système. Toutes les situations doivent être prévues dans le système. Il ne doit y avoir de vides ou lacunes, c'est-à-dire le système doit être capable de répondre (prendre en charge) à tous les problèmes de santé de la communauté.
- Absence de chevauchement de fonction entre les différents échelons d'un même système.

Chaque élément du système doit avoir un rôle spécifique. Les fonctions à réaliser par chacun des éléments du système sont celles que chaque élément est le plus apte à assurer en fonction de ses caractéristiques propres. C'est surtout important pour le centre de santé, qui est plus apte que l'hôpital à remplir un certain nombre des fonctions (les fonctions primaires) parce qu'il est décentralisé et polyvalent. Si ces fonctions sont réalisées à l'hôpital, elles seront réalisées dans les moins bonnes conditions et à un coût plus élevé.

Quelque soit la porte d'entrée dans le système, c'est l'élément le plus apte pour le problème qui doit être utilisé. Le système doit être organisé de manière que chaque personne, soit finalement prise en charge, et traité par l'élément du système dont les fonctions spécifiques répondent les mieux à ses besoins.

- Assurer la continuité des soins dans le système

Le malade qui commence son épisode à risque (maladie, grossesse...) est suivi jusqu'à la fin (disparition) de l'épisode de risque (guérison, stabilisation, accouchement, décès...).

La circulation de l'information entre les différents niveaux du système doit également être organisée et les barrières internes à l'accès doivent être minimisées au maximum. C'est ainsi qu'on recourt à un certain nombre de supports de l'information (documents ou outils de gestion : registres, fiches, carnet ; rapport...).

Cela implique notamment qu'il y ait :

- Pas de paiement par les individus lorsqu'ils ont été référés d'un élément du système à un autre ;

- des normes de travail et critères communs pour les éléments du système. Les éléments du système ne se distinguent pas par un niveau de soins différent, mais par des fonctions différentes ;
- des méthodes de contrôle de transferts, soit opérationnelles et continues (ex le transfert des fiches opérationnelles), soit par évaluations périodiques à posteriori (ex consultation à l'hôpital des malades référés par les CS)

Il est défini comme le plus petit et le plus périphérique unité du système de santé national. Pour être un système, il doit avoir au moins deux échelons, la zone de santé est considérée comme l'unité la plus opérationnelle pour fournir les SSP. Les

I.1.3. Caractéristiques de la Zone de Santé :

La Zone de Santé Opérationnelle doit comprendre au moins deux niveaux :

- Le premier échelon ou 1er contact : c'est le niveau le plus périphérique de contact entre la communauté et le service de santé structuré. On y trouve les CS, le poste de santé et dans d'autres lieux, le dispensaire, clinique, sous centre de santé, cabinet de généraliste, etc.
- Le 2^{ème} échelon ou 2^{ème} recours (HGR)

La zone de santé comprend toutes les structures et personnes impliquées dans les soins de santé incluant les praticiens privés, les organisations non gouvernementales. En d'autres termes, la ZS englobe toutes les activités des soins de santé pertinentes publiques ou non qui sont sur son territoire de responsabilité. Elle est gérée par une équipe cadre (ECZS) coordonnée par un Médecin Chef de Zone de Santé.

(SELON MASHINE N. 2013) chaque échelon fait des choses différentes des autres et non les mêmes sinon il aura chevauchement et chaque échelon fait des choses complémentaires aux autres échelons du système et que globalement tout est réalisé au sein du système sans faille sinon le système sera lacunaire et intégré,

I.1.4. Les structures de la zone de santé

La zone de santé compte les structures de santé obligatoire (HGR et CS)

Dans certaines zones de santé comme c'est souvent le cas des zones rurales en RD Congo.

On admet la création des structures facultative pour résoudre le problème d'accessibilité géographique. (MUKALENGE C 2010)

Certaines zones de santé sont considérées comme spéciales, notamment les zones militaires et de la police peuvent être caractérisées par le fait que leurs structures de santé sont géographiquement localisées dans d' autre zone de santé (MINISTEREE DE SANTE RDC 2012)

I.1.5 Les organes de gestion de la zone de santé

- **L'Equipe cadre de la zone de santé** : C'est une structure d'encadrement, un groupe de personnes de compétences différentes qui travaillent ensemble pour l'encadrement de la zone de santé, peut être officielle ou non (LUBOYA ET ILUNGA 2016)
- **Comité de gestion de la zone de santé (COGE)**
- S'assure de la gestion des ressources de la zone de santé, et prépare des dossiers et documents à soumettre au conseil d'administrations de la zone de Santé.
- **Conseil d'administration de la zone de santé** : ayant comme rôle principal la gérance, en d'autres mots le conseil d'administration doit surveiller la zone de santé et veiller à ce que les activités de l'organisation permettent la réalisation de ses objectifs. A cet effet la direction de la zone de santé devra produire l'information requise complète à temps opportun.

I.1.6. Le centre de santé

I.1.6.1. Définition

La formation sanitaire de premier niveau, appelée ici centre de santé intégré (CSI), est le lieu du système de santé de district, où se fait le premier contact de la population avec les services de santé.

Sa spécificité est d'être le point d'interaction entre le service et la communauté définie, à qui il offre des soins curatifs, préventifs et promotionnels de façon intégrée, selon les soins de santé primaires et le paquet minimum d'activités.

I.1.6.2. Rôles

Le CSI offre donc des services qui sont complémentaires aux services offerts par l'hôpital de référence du district, où sont référés les malades et où sont offerts des services de compétence et de plateau technique différents du CSI.

1.1.7 Les Organes de gestion du centre de santé

L'équipe du centre de santé et le comité de l'aire de santé constituent les organes de gestion du centre de santé qui jouent les rôles suivants :

- **L'Equipe du centre de santé**, c'est équipe polyvalente chargée par délégation de L' ECZ de la gestion quotidienne des activités et des prestations des soins au centre de santé dont le nombre varie selon qu'on est en rural ou urbain (soit 8 à10 et 15 à16) (MINISTERE DE LA SANTE RDC 2012)
- **Le Comité de développement de l'Aire de santé (CODESA)**
- Il est le partenaire de l'équipe du centre de Santé et des intervenants dans l'aire de santé jouant le rôle dans la planification, dans la cogestion et de mobilisation des ressources locales et de la population pour la revitalisation des services de santé dans le renforcement des capacités, apporter appui et conseils au directeur du centre de santé informer les populations et représenter l' associations extérieures
- **Relation du centre de santé avec les éléments système de santé de l'Aire de santé**

Les relations entre le centre de santé et les autres structures médicaux-sanitaires (étatiques ou privés) sont les relations de collaboration dans le cadre d'échange d'informations sanitaire ; la supervision, et du monitoring des activités de l' aire de santé (MINISTERE DE LA SANTE RDC 2012)

- **Relation entre le centre de santé et les autres structures de santé de la ZS**

Nous décrivons ici les relations entre le CS et HGR qui est d'ordre opérationnel notamment dans le cadre de la référence, de la contre référence, de la formation de la supervision et du contrôle de qualité. Et avec L' ECZ il s'agit de relations administratives et fonctionnelles car les centre de santé reçoivent, des directives instructions techniques ainsi que la retro-information par l' Equipe Cadre de la zone de santé et vis versa le centre remonte l' information sanitaire du centre vers l' ECZ (MINSTEREDE SANTE RDC 2012)

- **Relation avec les partenaires**

Ces relations sont formalisées et sont d'ordre contractuel sous la responsabilité de L' ECZ portant sur le développement du système dans sa globalité et non sur quelque indicateur. Le partenaire peut être propriétaire d' un centre de santé gestionnaire d' un centre de santé ; soit Apporter un appui technique ; matériel et financier au CS (MINISTERE DE LA SANTE RDC2012) :

➤ **Le fonctionnement du service de santé de Premier Échelon**

Le PMA prévu couvre :

- Les soins curatifs, organisés de façon rationalisée (utilisation des ordinogrammes, des médicaments essentiels, référence systématique à l'hôpital dès qu'un niveau technique plus élevé est nécessaire...);
- Les soins et suivi actif, dans la communauté des malades chroniques (tuberculeux, hypertendus, diabétiques, lépreux, séropositifs, ...);
- Les soins préventifs avec suivi actif des groupes à haut risque (femmes en âge de reproduction, jeunes enfants, ...)
- Les activités promotionnelles (eau, assainissement)
- Le dialogue et la participation à tous les niveaux de contact avec les gens (information, éducation et communication pour la santé, COGES);
- La gestion du centre de santé (système d'information, financement, logistique, ...)

I.1.8. Hôpital Général de Référence

Définition

C'est la structure de référence. Les institutions de deuxième échelon remplissent une fonction de premier recours afin de prendre en charge les cas référés par les institutions du premier échelon ou les médecins de ville. Elles sont appelées Hôpitaux Généraux de Référence.

Rôles

Ses missions consistent à assurer des consultations et des soins de référence à la population (activités surtout curatives) et à participer à l'appui à fournir aux

Structures de premier échelon (supervision, formation, appui logistique et administratif). Il dispose d'une capacité d'hospitalisation. Il prend en charge les urgences, réalise des soins médicaux élaborés de l'adulte et de l'enfant ainsi qu'un certain nombre d'interventions chirurgicales (prise en charge des urgences obstétricales). Il s'implique dans la référence des patients. Il est aussi en mesure d'organiser, dans de bonnes conditions de transport médicalisé, l'évacuation de malades vers l'hôpital départemental. Il a enfin pour mission d'organiser une contre référence efficace du patient vers l'institution de premier échelon de son choix L'hôpital général de référence doit :

- Assurer la continuité des soins curatifs aux malades qui ne peuvent être traités en ambulatoire ou qui requièrent des techniques non disponibles au 1^e niveau
- Etre complémentaire à la capacité résolutive du 1^e niveau en fournissant un paquet complémentaire d'activités (PCA) composé de:
 - Urgences médicales et chirurgicales
 - Consultations de référence
 - Services d'hospitalisation et des soins intensifs
 - Transfusion sanguine et perfusion intraveineuse
 - Prise en charge des accouchements dystociques
 - Services de laboratoire
 - Imagerie médicale (radiographie et/ou Echographie)
 - Centre de réhabilitation nutritionnelle
- L'HGR doit soutenir (c.à.d. s'intégrer dans le système de soins de la ZS en complétant le réseau de CS) les soins de santé primaires (SSP) dans les CS mais ne doit pas les dispenser,

Comment ?

- En s'abstenant de concurrencer les CS sur un terrain où ils sont potentiellement plus efficaces et plus efficients que lui (Compétition inégale avec le CS et surcharge de travail à l'HGR) en appliquant:
 1. la discrimination positive à l'HGR ou des mesures de rationalisation du fonctionnement de l'HGR (Priorité aux malades référés, les malades non référés payent plus cher, consultation de triage assurée par un personnel de même niveau que celui du CS, ...)
 2. les soins de qualité au CS.
- En jouant le rôle que lui seul peut jouer (orientation-recours), notamment en cas de besoin de: une technique sophistiquée, un avis d'expert, une intervention spécialisée ou une hospitalisation.

I.1.9. RESSOURCES DE L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE

Trois types de ressources nécessaires à l'HGR:

- Personnel ayant des compétences diagnostiques et/ou thérapeutiques autres que celles du SSPE et disposant du temps voulu pour les utiliser en faveur des patients qui lui sont envoyés

- Possibilité d'hospitaliser les patients
- Ressources techniques permettant d'utiliser totalement le personnel hospitalier

Organisation

1. Dans ses quatre services de base, les activités de soins sont supervisées par des médecins. L'HGR utilise les médicaments génériques essentiels prévus pour ce niveau d'institution par la liste nationale du médicament. Il dispose du personnel et des équipements prévus à cet échelon ainsi que d'un budget de fonctionnement. Soins ambulatoires : Nous distinguons:

- Les Consultations de référence
- Des Consultations de 1^{er} contact: triage

NB. Les patients référés doivent être dans une file d'attente distincte et vus en priorité pour éviter de longues heures d'attente.

2. Hospitalisation : C'est la fonction de l'hôpital qui le distingue du CS

On distingue:

- Unités opérationnelles: salles d'hospitalisation réparties en 4 services classiques.
- Unités semi-opérationnelles: service de garde + unité ou lits des soins intensifs ou soins permanents + services d'admissions urgentes
- Unités d'appui: bloc opératoire, imagerie, laboratoire.

CHAPITRE II. LE SYSTEME DE REFERENCE ENTRE PREMIERE ECHELON ET DEUXIEME ECHELON DANS LA ZONE

1. La référence

C'est l'interface entre les tendances décentralisations de la première ligne des soins et tendances centralisatrices de l'hôpital général de référence, la référence crée donc une harmonie et la complémentarité entre les deux échelons .les facteurs influençant la référence sont :

- La distance : l'utilisation des services diminue quand la distance augmente,
- La disponibilité de transport et le coût,
- La performance d'hôpital
- L'Attitude de l'infirmier du centre
- La performance du centre
- L'interaction infirmier – malade,
- Le besoin ressenti,
- La barrière financière des soins
- La barrière culturelle
- La gamme des soins incomplets
- La faible qualité des soins, accueil, aiguillage
- L'inexistence de la contre référence

Quelques principes spécifiques de référence :

a. Les soins de santé

La prestation des soins de santé à finalité publique promeut certains principes bioéthiques spécifiques, qui rassemblent l'intérêt individuels du patient et l'intérêt collectif de communauté ;

b. Les principes liés à l'intérêt individuel du patient lors de la prestation des soins :

- Efficacité opérationnelle, globalité, continuité et efficience
- Promouvoir l'autonomie du patient ;
- Equilibre entre l'efficacité et l'efficience, la globalité et l'autonomie du patient, la rationalisation des soins de patient, sécurité et liberté
- Médecine scientifique (basé sur évidences)
- Utilisation des connaissances au bénéfice du patient.

c. Les principes liés à l'intérêt collectif de la communauté lors de la prestation des soins

- Bien-être, satisfaction des besoins élémentaires, équité au sein et en dehors du secteur de la santé, plus solidarité entre les membres de la communauté, mais aussi les riches et pauvres.
- L'efficacité du secteur de la santé et l'équité de la santé conditionnent l'accès universels aux soins
- Culturellement sensible, renforçant l'autonomie et la participation communautaire en santé.

2. LA CONTRE REFERENCE

Définition

La contre référence est la réorganisation et /ou le retour du patient au niveau inférieur de la pyramide sanitaire, accompagné de l'information sur l'examen du patient, l'intervention faite et les avis pour le suivi correct.

Critères

- Etre référé par la structure de premier contact quelque soit son appartenance.
- Avoir une fiche de référence
- Etre vu à la structure de référence.

Organisation

- Pas de paiement par les individus lorsqu'ils ont été référés d'un élément du système à un autre ;
- Des normes de travail et critères communs pour les éléments du système.

Des méthodes de contrôle de transferts, soit opérationnelles et donc continues (transfert des fiches opérationnelles), soit par évaluations périodiques à posteriori (ex consultation à l'hôpital des malades référés par le CS).

CHAPITRE III. MILIEU D'ETUDE, MATERIEL ET METHODES

III.1 MILIEU D'ETUDE DE LA ZONE DE SANTE DE KISANGA ET KAPOLOWE

III.1.1 ZONE DE SANTE DE KAPOLOWE :

La Zone de santé rurale KAPOLOWE est l'une de Zones de la division provinciale de santé du Haut KATANGA. Sa population totale est de 154816 habitants, elle a une superficie de 7000 Km² et sa densité est de 22 habitants/Km².

Elle a trois hôpitaux, un hôpital général de référence (professionnel), deux hôpitaux secondaire dont un hôpital de la société nationale d'électricités (SNEL), Et 1 hôpital de KAPOLOWE gare (Etatique).

Cette zone a comme partenaires : PROVIC/USAID ; WV/FM ; ACTION DAMIEN.

Elle a 13 Aires de Santé fonctionnelles, avec comme limites :

- Au Nord : ZS KAMBOVE
- Au Sud : ZS KILELA BALANDA
- A L'EST : ZS LUKAFU ET KIPUSHI
- A L'OUEST : ZS PANDA ET KAMBOVE

Tableau I : Répartition de la population de la ZS de KAPOLOWE par AS en fonction de leur distance par rapport à l'HGR.

N°	Aires de Santé	Population couverte	Distance par rapport à l'HGR
1	LUPIDI : I et II	15838	1 km
2	LUPIDI : II	10665	1km
3	KAPOGARE	15600	17km
4	KONI	23845	105km
5	MULANDI	11704	62km
6	KAPULWA	5098	14km
7	KIDIMUDILO	5378	34km
8	KIBANGU	10460	5km
9	NDAKATA	9489	65km
10	KATANGA	18307	42km
11	KYEMBE	13785	68km
12	LWISHA	8900	42km
13	KATOBYO	5748	80km
	TOTAL	154816	

III.1.2 ZONE DE SANTE KISANGA

Cadre d'étude

Notre étude aura pour cadre la zone de santé de KISANGA qui est l'une de 27 zones de santé que comprend la division sanitaire de la province du Haut Katanga. Elle est une Zone de santé urbaine située dans la ville de Lubumbashi.

Situation géographique :

La Zone de santé est délimitée au :

- Au Nord par la zone Santé de MUMBUNDA
- A l'Est par la zone de santé de la KATUBA et de MUMBUNDA
- Au sud par la zone de santé de KIPUSHI
- A l'Ouest par la zone santé de KATUBA

La zone de santé baigne dans un climat tropical humide et sa végétation est une savane boisée. Le relief dominant est la plaine et le sol est de type argileux.

Situation démographique :

La population de responsabilité en 2016 est estimée à 239.290 habitants. Cette population est répartie de la manière ci-dessous dans Onze aires de santé.

Tableau II: Répartition de la population de la ZS KISANGA par AS en fonction de leur distance par rapport à l'HGR.

N°	Aires de Santé	Population couverte	Distance par rapport à l'HGR
1	MUTUALE	24960	0 Km
2	JAMAA YETU	26564	4Km
3	MAMA WA HURUMA	23493	3Km
4	MIMBULU	20450	2Km
5	MAENDELEO	13303	1,5Km
6	TRIANGLE	17922	1Km
7	KILIMASIMBA	25257	5Km
8	SOMIKA	20536	6Km
9	KIMILOLO	25616	3Km
10	KIBOKO	20647	4Km
11	KASUNGAMI	20543	10Km
	TOTAL	239290	

3.6 METHODOLOGIE

3.6.1 Type d'étude

Notre étude est descriptive transversale, étant donné qu'elle porte sur « un cliché » de la situation des références et contre-références.

PERIODE D'ETUDE

Sur le plan temporel, notre étude se rapporte à la période s'étalant entre le 20 juillet 2016 et le 20 août 2016.

3.6.2 Population d'étude

Pour bien cerner les différences qui existent entre le milieu urbain et rural ainsi que les facteurs organisationnels et socioéconomiques qui influent sur le système de référence et contre référence dans les zones de santé de Kapolowe et de Kisanga, notre population d'étude comprend :

- Les malades fréquentant les centres de santé dans les deux zones de santé
- Les malades se faisant hospitalisés dans les HGR de ces deux zones de santé
- Les prestataires des centres de santé
- Les prestataires des HGR

3.6.3. Méthode d'échantillonnage et Critères d'inclusion

Dans notre étude, nous avons intégré au sein de l'échantillon tous les malades trouvés en consultation dans les CS, les prestataires des CS, les prestataires des HGR et les malades hospitalisés dans les HGR de Kisanga et de Kapolowe. Par conséquent, nous avons recouru à un échantillonnage exhaustif.

3.6.4 Taille de l'échantillon :

Notre échantillon était composé de :

- 220 malades fréquentant les centres de santé dans les deux zones de santé dont 96 dans la zone de santé de Kapolowe et 124 dans la zone de santé de Kisanga
- 175 malades hospitalisés dans les HGR de ces deux zones de santé dont 93 à Kapolowe et 82 à Kisanga
- 44 prestataires des centres de santé dont 13 à Kapolowe et 31 à Kisanga
- 27 prestataires des HGR dont 12 à Kapolowe et 15 à Kisanga

3.6.5. Méthode de collecte des données

La collecte des données a été réalisée en recourant à la technique des relevés administratifs, en administrant un questionnaire ou en recourant à l'interview des malades en consultation aux CS, des malades hospitalisés et des prestataires aux premier et deuxième échelons. Ces données ont été, par la suite, encodées en recourant au tableur Excel, en vue de faciliter leur exportation vers d'autres logiciels pour les différentes analyses Statistiques.

3.6.6. Gestion des données et analyses statistiques (types de logiciel, types de tests et plan d'analyse)

Notre étude est descriptive. Elle consiste à décrire, à faire l'état de lieu de la situation des références et contre-références, à travers les deux sites (urbain et rural). L'analyse des données sera réalisée à partir des logiciels Epi-Info 7.

La Détermination des facteurs organisationnels liés aux processus des références et contre-références sera réalisée en analysant les variables qualitatives et quantitatives (l'âge des prestataires, des malades, , les sexes, l'occupation ,les moyens de transport, coût des soins, l'approvisionnement en nourriture , etc.) par l'analyse des tableaux des effectifs et des graphiques. Les variables seront analysées, en univariée, bivariées par la production des graphiques, des paramètres de position et de tendance centrale (moyenne, médiane, mode, quantiles) et des paramètres de dispersion (Variance, écart-type, de variation etc.).

Pour déterminer les facteurs socio-économiques *coûts des soins* , *perception des malades sur la référence, prestataires-malades au niveau du deuxième échelon, etc.*] qui influencent le faible taux des références et contre- références dans les zones de santé de kisanga et Kapolowe, et pour Comparer le système des références et contre références dans ces deux zones de santé, nous allons réaliser des analyses bivariées en croisant, deux à deux, les variables qualitatives à travers des tableaux de contingence et en recourant au test d'indépendance pour calculer le Chi-deux et la p-value.

Les variables quantitatives, quant à elles, seront analysées par le test de comparaison de leurs moyennes à travers les différentes strates des variables qualitatives.

3.6.7. Variables à étudier :

- l'âge
- le sexe

- l'occupation
- le moyen de transport
- l'approvisionnement en nourriture
- le coût des soins
- l'accueil
- l'image des soins
- la présence des obstacles

3.6.8. Limite de l'étude

Notre étude s'est proposé de mettre en exergue les facteurs influençant, de manière négative, le fonctionnement des structures sanitaires, en matière des références et contre-références. Elle a réalisé ainsi une analyse comparative de la variabilité de ces facteurs à travers les milieux urbain (Kisanga) et rural (Kapolowe). Cette étude a présenté un certain nombre de limites concernant particulièrement :

- L'échantillonnage dans les deux zones de santé

Comme il s'agit d'un échantillonnage exhaustive, d'aucun peut soulever le problème de la représentativité des échantillons et de ce fait, les résultats ne sauraient être rapporté aux populations des zones de santé sous étude. Compte tenu du temps à notre disposition, nous avons fait un échantillonnage simultané dans les deux zones pendant une même période de temps pour nous permettre une comparaison.

- La comparabilité des échantillons des deux zones de santé

Avant de comparer les échantillons quant à ce qui concerne les facteurs socioéconomiques et organisationnels, nous avons cherché à savoir si les échantillons pour chaque groupe sont comparables pour ce qui concerne l'âge et le sexe.

- L'utilisation des tests statistiques

Nous avons utilisé des tests statistiques pour comparer les échantillons et pouvoir tiré des conclusions bien que cela ne soit pas souvent utilisé dans les études des cas.

CHAP.IV. PRESENTATION DES RESULTATS

INTRODUCTION

1. Les caractéristiques démographiques des enquêtés

1.1. Des malades trouvés dans les centres de santé

1.1.1. Le sexe

La figure I montre les sexes ratio de 0,62 et de 0,48 respectivement pour les zones de santé de Kapolowe et de Kisanga et ces sexes ratio n'ont pas de différence statistiquement significative. On note dans les deux zones une prédominance du sexe féminin.

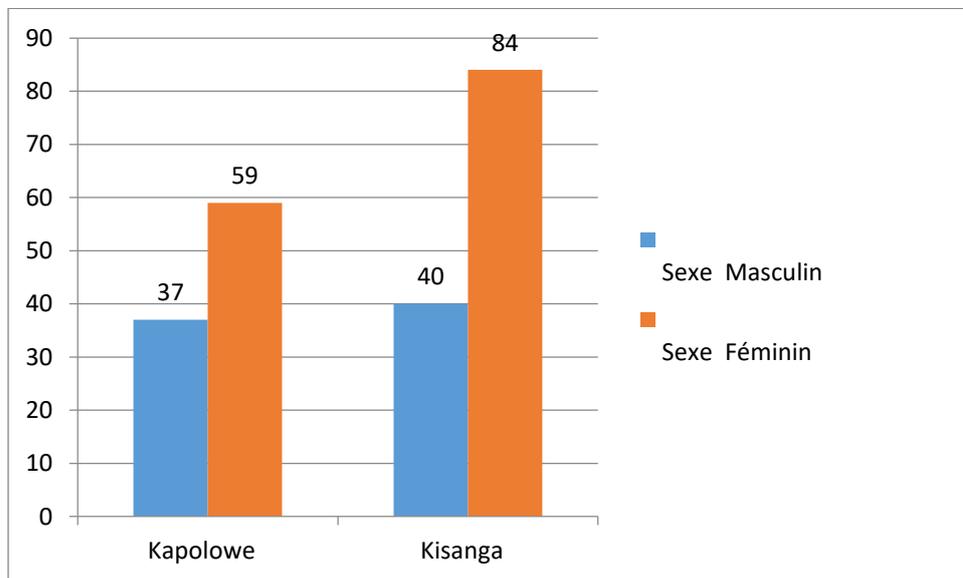


Figure I. Répartition des malades trouvés dans les centres de santé selon le sexe par zones de santé

OR : 1,31 IC95% : 0,75-2,29

1.1.2. L'âge

Tableau I. Répartition des malades trouvés dans les centres de santé selon l'âge par zones de santé

Age (ans)	Kapolowe	Kisanga
18-23	12	18
24-29	18	36
30-35	36	32
36-41	14	19
42-47	13	5
Plus de 48	3	14
Total	96	124

ZS

	Kapolowe (n=96)	Kisanga (n=124)
Minimum	18	18
Médiane	31	29
Moyenne ± Ecart-Type	31,70±7,95	31,77± 9,83
Maximum	54	60
Mode	32	30

ANOVA : P-VALUE=0,9

Les deux échantillons n'ont pas de différence statistiquement significative

1.2. Des malades trouvés dans les HGR

1.2.1. Le sexe

La figure II montre les sexes ratio de 0,52 et de 0,86 respectivement pour les zones de santé de Kapolowe et de Kisanga et ces sexes ratio n'ont pas de différence statistiquement significative. On note dans les deux zones une prédominance du sexe féminin.

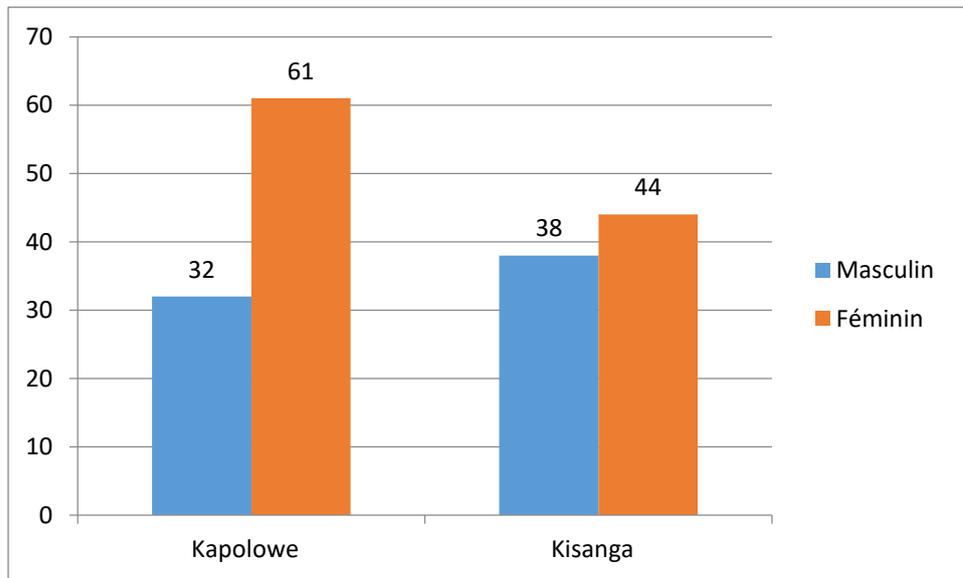


Figure II. Répartition des malades trouvés dans les HGR selon le sexe par zones de santé

OR : 0,60 IC95% : 0,33-1,11

1.2.2. L'âge

Tableau II. Répartition des malades trouvés dans les HGR selon l'âge par zones de santé

Age (ans)	Kapolowe	Kisanga
18-23	13	11
24-29	14	24
30-35	19	15
36-41	18	19
42-47	8	5
Plus de 48	21	8
Total	93	82

ZS

	Kapolowe (n= 93)	Kisanga (n= 82)
Minimum	16	18
Q1	28,5	27,5
Médiane	36	31,5
Q3	44	39,5
Moyenne ± Ecart-Type	36,3± 11	33,3± 9
Maximum	61	56
Mode	31	28
ANOVA : p-value=0 ,04		

L'échantillon prélevé dans la zone de santé de Kapolowe est plus âgé que celui de Kisanga

1.3. Des prestataires des centres de santé

1.3.1. Le sexe

La figure III montre les sexes ratio de 0,86 et de 0,94 respectivement pour les zones de santé de Kapolowe et de Kisanga et ces sexes ratio n'ont pas de différence statistiquement significative. On note dans les deux zones une prédominance du sexe féminin.

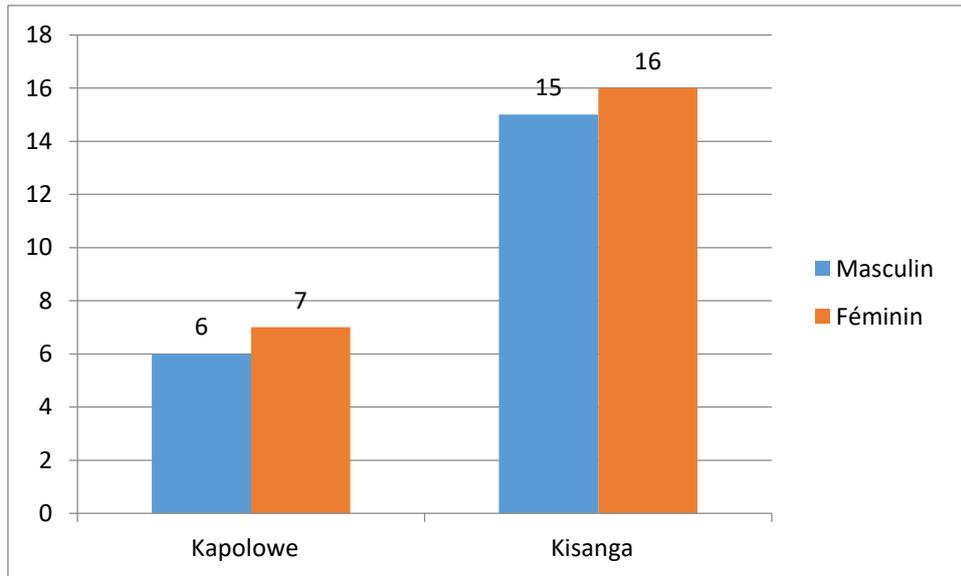


Figure III. Répartition des prestataires des centres de santé selon le sexe par zones de santé
OR :0,91 IC95% : 0,24-3,34

1.3.2. L'âge

Tableau III. Répartition des prestataires des centres de santé selon l'âge par zones de santé

Age (ans)	Kapolowe	Kisanga
20-30	3	15
31-40	7	7
41 et plus	3	9
Total	13	31

	ZS	
	Kapolowe (n= 13)	Kisanga (n= 31)
Minimum	23	24
Q1	34,5	28,5
Médiane	39	32
Q3	41	44
Moyenne ± Ecart-Type	36,5± 7,5	34,8± 8,9
Maximum	50	52
Mode	39	28

ANOVA : p-value=0,5

L'échantillon prélevé dans la zone de santé de Kapolowe est plus âgé que celui de Kisanga.

1.4. Des prestataires des HGR

1.4.1. Le sexe

La figure IV montre les sexes ratio de 1 et de 0,88 respectivement pour les zones de santé de Kapolowe et de Kisanga et ces sexes ratio n'ont pas de différence statistiquement significative. On note néanmoins dans les deux zones une prédominance du sexe féminin.

OR : 1,14 IC95% : 0,25-5,22

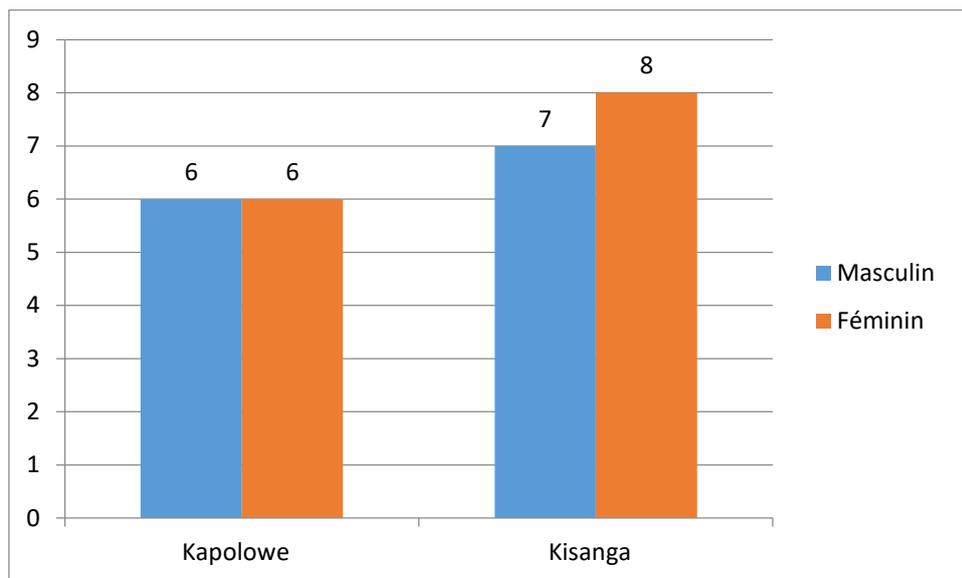


Figure IV. : Répartition des prestataires des HGR selon le sexe par zones de santé.

1.4.2. L'âge

Tableau IV. Répartition des prestataires des HGR selon l'âge par zones de santé

Age (ans)	Kapolowe	Kisanga
20-30	2	0
31-40	7	4
41 et plus	3	11
Total	12	15

	ZS	
	Kapolowe (n= 12)	Kisanga (n= 15)
Minimum	30	35
Q1	34	41
Médiane	38	45
Q3	40	55
Moyenne ± Ecart-Type	40,4± 9,4	47,7± 8,3
Maximum	56	67
Mode	40	40

2. Les facteurs socio-économiques

2.1. Des malades trouvés dans les centres de santé

2.1.1. L'occupation

Tableau V. Répartition des malades trouvés dans les centres de santé selon l'occupation par zones de santé.

Occupation	Kapolowe	%	IC95 %	Kisanga	%	IC95%)
Libérale	58	60,4	42,6 - 80,7	56	45,2	36,2-54,4
Salariée	1	1,04	0,03-5,71	15	12,1	6,9-19,2)
Sans occupation	37	38,5	28,8-49	53	42,7	33,9-51,9
Total	96	100%		124	100%	

Le tableau V montre une différence statistiquement significative entre les zones de santé de Kapolowe et de Kisanga pour ce qui concerne la proportion des salariés qui est plus élevée dans la zone de santé de Kisanga.

2.2. Des malades trouvés dans les HGR

2.2.1. L'occupation des malades

Tableau VI. Répartition des malades trouvés dans les HGR selon l'occupation par zones de santé

Occupation	Kapolowe	%	IC à 95%	Kisanga	%	ICà95%
Libérale	78	83,8	74,8-90,7	36	43,9	33-55,3
Salariée	1	1,08	0,03-5,86	10	12,2	4-27,3
Sans occupation	14	15,05	8 ,5-30,0	36	43,9	33-55,3
Total	93	100%		82	100%	

Le tableau VI montre une différence statistiquement significative entre les zones de santé de Kapolowe et de Kisanga pour ce qui concerne la proportion des libéraux qui est plus élevée dans la zone de santé de Kapolowe et celle des chômeurs à Kisanga.

2.2.2. Le moyen de transport utilisé

Tableau VII. Répartition des malades trouvés dans HGR selon le moyen de transport utilisé par zones de santé

Moyen de transport	Kapolowe	%	IC à 95%	Kisanga	%	IC à 95%
A pieds	14	15,05	8,5-24	3	3,7	0,76-10, 32
Moto	71	76, 3	66,4-84,5	41	50	38,8-61,3
Transport en commun	3	3,23	1,77-12,2	31	37,8	27,3-49,2
Moyen personnel	5	5,38	0,67-9,14	7	8,5	3,5-16,8
Total	93	100%		82	100%	

Le tableau VII montre une différence statistiquement significative entre les zones de santé de Kapolowe et de Kisanga pour ce qui concerne la proportion des utilisateurs des motos qui est plus élevée dans la zone de santé de Kapolowe et celle des utilisateurs du transport en commun à Kisanga.

2.2.3. L'approvisionnement en nourriture à l'HGR

Tableau VIII. Répartition des malades hospitalisés dans les HGR selon la difficulté de s'approvisionner en nourriture par zones de santé

		Approvisionnement		
		Difficile	Facile	Total
Zone de santé	Kapolowe	37	56	93
	Kisanga	57	25	82
	Total	94	81	175

OR : 0,28 IC à95% 0,15-0 ,54

Le tableau VIII montre une différence statistiquement significative entre les zones de santé de Kapolowe et de Kisanga pour ce qui concerne la difficulté de s'approvisionner en nourriture qui est plus marquée dans la zone de santé de Kisanga.

2.2.4. Le coût des soins à l'HGR

Tableau IX. Répartition des malades selon l'appréciation du coût des soins dans les HGR de deux zones de santé

		Coût des soins		
		Abordable	Elevé	Total
Zone de santé	Kapolowe	65	28	93
	Kisanga	65	27	82
	Total	130	45	175

OR : 0,96 IC à 95% 0,51-1,81

Le tableau IX montre que les zones de santé de Kapolowe et de Kisanga n'ont pas de différence statistiquement significative pour ce qui concerne l'appréciation du coût des soins.

3. Les facteurs organisationnels

3.1. Liés aux centres de santé

3.1.1. La première destination en cas de maladie pour les malades trouvés au CS

Tableau X. Répartition des malades trouvés dans les centres de santé selon la première destination en cas de maladie et la zone de santé

		Première destination		Total
		CS	Autres	
Zone de santé	Kapolowe	66	30	96
	Kisanga	99	25	124
	Total	195	55	220

OR : 0,55 IC : 0, 30-1,02

Le tableau X montre que les zones de santé de Kapolowe et de Kisanga n'ont pas de différence statistiquement significative pour ce qui concerne la première destination en cas de maladie.

3.1.2. L'accueil des malades trouvés au CS

Tableau XI. Répartition des malades trouvés dans les centres de santé selon l'appréciation de l'accueil aux CS de deux zones.

		Accueil au CS		
		Acceptable	Non acceptable	Total
Zone de santé	Kapolowe	96	0	96
	Kisanga	123	1	124
	Total	219	1	220

OR : 0,01 IC à 95% 0,99-1,02

Le tableau XI montre que les zones de santé de Kapolowe et de Kisanga n'ont pas de différence statistiquement significative pour ce qui concerne l'appréciation de l'accueil au CS.

3.1.3. L'image des soins des privés pour les malades trouvés au CS

Tableau XII. Répartition des malades trouvés dans les centres de santé selon l'image qu'ils ont des soins donnés par les privés et la zone de santé.

		Image des soins des privés		
		Appréciable	Non appréciable	Total
Zone de santé	Kapolowe	96	0	96
	Kisanga	123	1	124
	Total	219	1	220

OR : 1,00 IC à 95% 0,99-1,02

Le tableau XII montre que les zones de santé de Kapolowe et de Kisanga n'ont pas de différence statistiquement significative pour ce qui concerne l'image des soins des privés.

3.1.4. L'organisation interne des CS

Tableau XIII. Répartition des centres de santé selon l'organisation interne par zones de santé

		ZS	ZS	Total	OR	IC à 95%	
		Kapolowe	Kisanga			Défini	NS
Transfusion dans les CS	Non	7	0	7	0	Non	
	Oui	6	31	37		Défini	NS
Formation sur les ordino					0,72	0,14 - 3,73	NS
	Non	3	4	7			
	Oui	13	24	37			
Utilisation des ordino	Non	6	9	15	0,48	0,13 - 1,82	NS
	Oui	7	22	29			
Présence des ordino	Absents	6	8	14	0,41	0,10 - 1,57	NS
	Présents	7	23	30			
Existence des billets de référence	Non	4	3	7	0,24	0,05 - 1,29	NS
	Oui	9	28	37			
Présence des CS privés mieux équipés dans l' AS	Non	8	7	15	0,18	0,05 - 0,74	S
	Oui	5	24	29			

De manière générale, l'organisation interne des CS ne montre pas de différence statistiquement significative hormis une présence des privés mieux équipés que le CS dans l'aire de santé plus marquée à Kisanga.

3.2. Liés aux HGR

3.2.1. Le coût du transport pour les malades trouvés à l'HGR

Tableau XIV. Répartition des malades trouvés dans les HGR selon le coût de transport par zones de santé

ZS			
COUT(FC)	Kapolowe	Kisanga	Total
<=0	18	10	28
>0 - 1000	40	37	77
>1000 - 2000	17	6	23
>2000 - 3000	1	15	16
>3000 - 4000	4	5	9
>4000 - 5000	4	8	12
>5000 - 6000	6	1	7
>7000 - 8000	2	0	2
>9000	1	0	1
TOTAL	93	82	175

Kapolowe (: n=93) Kisanga (: n=82)

Minimum : 0 0

Q 1 :500 500

Médiane : 1000 1000

Q3 :2000 3250

Moyenne : 1731 ,1 1829,2

Maximum : 10000 6000

Mode : 1000 1000

ANOVA : p-value 0,73

Nous avons trouvé une différence non significative entre les deux zones par rapport aux coûts

3.2.2. L'image des structures privées pour les malades trouvés à l'HGR

Tableau XV. Répartition des malades trouvés dans les HGR selon l'image des structures privées par zones de santé

		Image des structures privées		
		Appréciable	Non appréciable	Total
Zone de santé	Kapolowe	20	73	93
	Kisanga	18	64	82
	Total	38	137	175

OR : 0,97 IC à 95% 0,47-2,00

Le tableau XV montre que les zones de santé de Kapolowe et de Kisanga n'ont pas de différence statistiquement significative pour ce qui concerne l'image des structures privées.

3.2.3. La première destination en cas de référence pour les malades trouvés à l'HGR

Tableau XVI. Répartition des malades trouvés dans les HGR selon la première destination en cas de référence par zones de santé

		Première destination		Total
		HGR	Autres	
Zone de santé	Kapolowe	78	15	93
	Kisanga	75	7	82
	Total	153	22	175

OR : 0,48 IC à 95% 0,18-1,25

Le tableau XVI montre que les zones de santé de Kapolowe et de Kisanga n'ont pas de différence statistiquement significative pour ce qui concerne la première destination en cas de référence.

3.2.4. La présence des obstacles pour atteindre l'HGR pour les malades hospitalisés

Tableau XVII. Répartition des malades trouvés dans les HGR selon la présence d'obstacles pour atteindre l'HGR par zones de santé

		Obstacles		Total
		Présents	Absents	
Zone de santé	Kapolowe	82	11	93
	Kisanga	46	36	82
	Total	128	47	175

OR : 5,82 IC à 95% 2,71-12,54

Le tableau XVII montre une présence d'obstacles plus marquée à Kapolowe.

3.2.5. La nature des obstacles pour les malades trouvés à l'HGR

Tableau XVIII. Répartition des malades trouvés dans HGR selon la nature des obstacles par zones de santé

Nature	Kapolowe	ICà95%	Kisanga	ICà95%
Distance CS-HGR grande	19(20%)	12-28	10(12%)	5-19
Manque des moyens financiers	59(63%)	53-73	32(39%)	28-50
Préférence des soins du CS	4(4,3%)	0-8	4(4,8%)	0-9

Le tableau XVIII montre la nature des obstacles le plus élevée à Kapolowe qu'à Kisanga.

3.2.6. L'organisation interne des HGR

Tableau XIXS. Répartition des HGR selon l'organisation interne par zones de santé

	HGR		p-value
	Kapolowe	Kisanga	
Personnel au service des références			0,711
A2	4	4	
Autres	8	11	
Réception des référés en priorité			0,224
Non	4	8	
Oui	8	6	
Vos malades arrivent avec des billets de référence?			0,26
Non	5	2	
Oui	7	12	
Qui vs réfèrent les malades ?			0,393
CS	10	12	
Dispens. privés	2	3	
Tarif préférentiel aux référés ?			0,15
Non	9	15	
Oui	3	0	
Existe-t-il une autre struct. offrant le PCA proche de HGR?			0,610
Non	6	9	
Oui	6	6	

De manière générale, l'organisation interne des HGR ne montre pas de différence statistiquement significative.

DISCUSSIONS

La présente étude a porté sur l'**analyse comparative opérationnelle de la référence et contre référence en milieu urbain et rural, respectivement dans la zone de santé de Kisanga et de Kapolowe**, partant d'une enquête effectuée dans les dites Zones de Santé.

La présente étude a porté au total 220 malades fréquentant les centres de santé dans les deux zones dont 96 dans la zone de santé de Kapolowe et 124 dans la zone de santé de Kisanga, 175 malades hospitalisés dans les HGR de ces deux zones de santé dont 93 à Kapolowe et 82 à Kisanga, 44 prestataires des centres de santé dont 13 à Kapolowe et 31 à Kisanga et 27 prestataires des HGR dont 12 à Kapolowe et 15 à Kisanga.

Ont été recensés. Nous avons articulé cette discussion au regard des points ci-dessous :

1. Les caractéristiques démographiques des enquêtés

- En rapport avec les caractéristiques des malades rencontrés aux CS de deux zones de santé, nos résultats n'ont relevé aucune différence significative entre les zones quelque soit le milieu, et dans les deux cas nous avons noté la prédominance du sexe féminin. Ceci s'expliquerait comme l'indique plusieurs auteurs à la prédisposition de la femme à exprimer une plus grande demande des soins que les hommes du fait de son anatomie (**Danielle P., 1998.**)

L'âge des malades trouvés aux **CS** pour les deux milieux n'a pas été significatif, la moyenne d'âge est de $31 \pm 7,95$ et de $31,77 \pm 9,83$ respectivement pour Kapolowe et Kisanga.

La situation reste identique par rapport à la variable Sexe des malades trouvés aux deux **HGR** mais quant à l'âge, nous avons noté une différence significative : l'échantillon prélevé dans la zone de santé de Kapolowe est plus âgé que celui de Kisanga.

La comparaison des caractéristiques démographiques des prestataires œuvrant dans les hôpitaux et dans les **CS** des deux zones n'a révélé aucune association significative.

2. *Les facteurs socio-économiques des enquêtés*

- Nos résultats en rapport avec l'occupation des malades trouvés dans les centres de santé indiquent que la ZS de Kisanga regorge plus des salariés que celle de Kapolowe avec une IC à 95% [6,9-19,2], ceci s'expliquerait par le fait que la ZS de KISANGA est située en milieu urbain ,au sein de la ville de LUBUMBASHI , lieu d'implantation de plusieurs Sociétés et Entreprises , et même des institutions scolaires. Mais Bouma Fernand Bationo et al. a trouvé des résultats contraires à Ouagadougou, où le profil socioprofessionnel des enquêtés était constitué dans plus des deux tiers des cas des femmes au foyer ou ménagères soit 76,47%.
- Le transport ou le moyen d'évacuation est l'élément capital et même vital pour les urgences obstétricales, pédiatriques et autres car il permet de réduire la mortalité des référés s'il est disponible. Pour les deux ZS, les référés sont évacués par le transport en commun (motos, Taxi bus, à pied). Aucune ZS n'a une ambulance médicalisée pour le transport des malades. Notre étude comme tant d'autres a trouvé que le mode d'évacuation d'un malade référé d'un système de santé de première ligne vers une structure de référence (CSR ou HGR) peut constituer un obstacle non négligeable au système de référence et contre référence (**Idrissa CHEIFOU, Traoré et al., Mwamba Y.**). Dans notre étude, en comparant les deux zones, l'une urbaine(Kisanga) et l'autre rural(Kapolowe), le problème du transport et son coût se pose avec acuité mais il reste plus prononcé en milieu rural où les moyens d'évacuation les plus utilisés sont l'évacuation **à pieds** (15%) et à **moto** (85%). Idrissa CHEIFOU, va plus loin dans son étude en évoquant les conséquences liées à l'absence d'un moyen de transport, il rapporte que dans un district rural au Zimbabwe, 50 % des décès maternels par hémorragie sont dû à l'absence de transport en urgence.

Dans les deux zones sous notre étude, il n'existe aucun système d'évacuation institutionnel et structuré pour les malades référés par exemple la disponibilité d'une ambulance. Les référés quelque soit le cas ou l'urgence, cherchent eux même un moyen pour atteindre l'hôpital.

Thera T, Traore Y, Kouma A et al. Ont trouvés des résultats différents des nôtres, dans leur étude menée en milieu urbain dans le District de Bamako 50,6% des patientes référées ou évacuées au CS de référence de la commune V ont utilisé l'ambulance. Par contre, près de la moitié (48,9%) des patientes ont été référées ou évacuées par taxi. Ceci prouve que les Référence se font dans des mauvaises conditions dans notre milieu.

Dans notre étude, nous avons trouvé que la référence se fait presque sans billets et que la contre référence ne se fait presque pas. Ceci peut s'expliquer du fait que ce système n'est pas bien organisé dans les deux ZS.

Ainsi, Selon une étude menée par la CTB au Bénin, il existe des conditions d'évacuations d'un référé : Normalement chaque Référence et contre référence devrait être accompagné d'un document qui décrit brièvement le cas, résume les gestes thérapeutiques posés, les résultats des bilans faits et les hypothèses diagnostiques. Chaque référence à chaud devrait également être accompagnée par un agent qualifié. Chaque évacuation devrait être faite avec des moyens de transport assurant le confort du patient mais surtout permettant de poser des gestes d'urgence, une perfusion de maintien de la voie veineuse ou d'administration de substances de réanimation. (*René PARE, Jean Pierre Kashala et al 2012*).

Par rapport au cout de transport, nous avons trouvé que le cout maximal à Kapolowe reste exorbitant (10000FC) par rapport à celui de Kisanga (6000 FC). Néanmoins nous avons trouvé une différence non significative entre les deux coûts .Qu'à cela ne tienne, certains malades refusent la référence ou consultent les privés par manque des moyens financiers pour le transport vers l'HGR.

- Par rapport à l'approvisionnement en nourriture des malades référés à l' HGR Kisanga, notre étude a révélé que c'est plus difficile qu'en milieu rural(Kapolowe). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les habitants des villages, à cause de l'agriculture et l'élevage, effectuent facilement des provisions en nourriture et en cas d'hospitalisation d'un de leur membre, ils se déplacent avec la nourriture.
- En milieu urbain tout comme en milieu rural, le coût des soins est différemment ressenti car en plus du prix de transport, souvent plus élevé que les frais de l'hospitalisation, il faut combiner aussi les dépenses secondaires (nourriture, surtout des accompagnants, leur logement, la corruption, le retour au village), ce qui constitue une véritable barrière financière, au-delà des frais de l'hospitalisation. (Idrissa CHEIFOU). Les mêmes constats ont été faits au Burkina Faso et Sierra Leone par Coulybali et al. 2000; Samai and Sengeh, 1997 cités par **Idrissa CHEIFOU**.

3. *Les facteurs organisationnels*)

Bien que nos résultats semblent ne pas ressortir des associations ou des différences significatives du point de vue organisationnel entre les deux zones, nous notons néanmoins un dysfonctionnement du système de référence et de contre référence dans les deux milieux. Ceci s'explique par le fait que :

- **La mauvaise organisation de l'offre de soins et services de santé aux CS et à l'Hôpital quel que soit le milieu , rural ou urbain** est due à la non définition et à la non description des missions de services, à la non disponibilité des outils et documents de travail et autres supports de collecte, à la non formulation des obligations du service public, au manque de coordination et de complémentarité horizontale et verticale entre les hôpitaux et autres formations sanitaires notamment publiques, à l'absence de permanence dans les soins à tous les niveaux, aux coûts trop élevés des soins par rapport au revenu moyen des congolais, à l'absence de continuité dans la prise en charge des urgences due elle-même à la non organisation du système de référence/contre référence, à l'inexistence des procédures internes (le circuit du malade entre autres) .
- **La corruption rampante dans nos formations sanitaires du à** l'absence d'harmonisation de la tarification des soins, l'absence de revalorisation des actes médicaux et l'insuffisance de motivation du personnel
- **L'inefficacité et l'inefficience des ressources dans les formations sanitaires :** L'absence d'application de la réglementation dans le recrutement du personnel local (temporaire des hôpitaux et communautaires des centres de santé), l'absence de recyclage et de formation continue et l'inadéquation entre la description du poste et le profil du titulaire.

Pour ce qui est des ressources financières : l'absence presque totale des subsides de l'Etat et les créances pour les ayants droit ne sont guère recouvrées. Notons que les recettes obtenues par la tarification des actes ne peuvent pas couvrir les charges de l'hôpital.

Quant aux ressources informationnelles, l'insuffisance dans la collecte des informations sanitaires et la non exploitation des données sur le site de collecte (des Protocoles de soins incomplets et la non utilisation de ceux qui existent).

En ce qui concerne les ressources matérielles, Le déficit en plateaux techniques, l'insuffisance et la mauvaise organisation de la maintenance à cause de la non prise en compte des coûts récurrents des amortissements, des infrastructures et des équipements, la dégradation accrue des conditions d'hygiène et absence des mesures d'assainissement du milieu.

Pour ce qui est des médicaments, réactifs de laboratoire, consommables et dispositifs médicaux, la non disponibilité des médicaments et consommables médicaux d'urgence et à usage hospitalier dans les formations sanitaires, la disparité des outils de gestion, les fréquentes ruptures de stock, les ventes parallèles dans les formations sanitaires, la dispensation des médicaments par les non-professionnels du médicament. (Mini *santé de la RDC 2010*).

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Notre travail a porté sur l'analyse comparative opérationnelle de la référence et contre référence dans la ZS rurale de Kapolowe et dans la ZS urbaine de Kisanga. Nous avons fixé, comme objectif général, de comparer les principaux facteurs qui interfèrent dans le fonctionnement du système de référence et contre-référence en milieu urbain (Kisanga) et rural (Kapolowe), et comme objectifs spécifiques de Comparer les facteurs socio-économiques qui influencent le faible taux des références et contre-références dans les zones de santé de Kapolowe et Kisanga, de Comparer les facteurs organisationnels qui interfèrent avec le système des références et contre-références dans les zones de santé de Kapolowe et de Kisanga et de Proposer des suggestions pour l'amélioration du système des références et contre-références dans les deux milieux.

Une enquête a été réalisée, au près des malades des CS, des prestataires et des malades hospitalisés dans les Hôpitaux de Kisanga et de Kapolowe, en recourant aux interviews .Après analyse et discussion des données, nous sommes arrivés aux conclusions ci-après :

Les structures de deux zones impliquées dans la référence et contre référence n'ont pas d'outils nécessaires pour bien organiser ce système, les prestataires de la première ligne ne sont pas formés sur l'utilisation d'ordinogrammes, contrairement à la réglementation, ils hospitalisent les malades dans les CS.

Le système de référence et contre référence n'est pas bien organisé dans les deux zones: en effet, beaucoup de centres de santé ont de médecins qui consultent chez eux et qui retiennent les malades. Et quand ils décident de les référer, c'est souvent quand les malades se trouvent dans un état avancé et qu'ils n'ont plus rien financièrement ; parmi les quelques malades qui sont référés, nombreux n'arrivent pas aux HGR préférant aller ailleurs, soit là où ils sont abonnés soit dans les structures de leur préférence. Ceux qui arrivent aux deux HGR ne bénéficient pas des mesures discriminatoires positives et sont obligés de payer les services. Dans les deux HGR, souvent les documents de contre référence ne sont pas remis aux malades pour leur suivi dans les centres de santé qui les ont référés.

Les malades disent que le coût de référence est trop élevée dans les deux ZS, la tarification ne tient pas compte des référés et d'autre malades rencontrent des difficultés pour leur déplacement et leur approvisionnement en nourritures, en cas de référence vers l'hôpital.

Dans les deux ZS, certains malades consultent directement les structures de référence au lieu de commencer par les CS, qui est le circuit normal que doit suivre les malades.

Au vu des résultats de notre étude, nous formulons les suggestions ci-après.

➤ **A l'ECZS :**

- De créer un partenariat entre le centre de référence et les formations sanitaire de la première ligne.
- D'initier des rencontres d'échanges entre les structures de la première ligne et les structures de référence.
- De diffuser des guides thérapeutiques, parthogramme dans toutes les structures des soins.
- De rendre disponible des fiches de référence et contre référence standardisée dans toutes les structures intégrées.
- Créer le prépaiement de la mutuelle maladie.
- D'encourager la tarification forfaitaire dans les structures de soins.
- De recycler périodiquement les infirmiers pour maintenir le niveau de leur connaissance.
- Faire la supervision formative sur base d'une analyse situationnelle(AUDIT).
- De faire respecter les activités des actes à poser par chaque niveau de soins.

➤ **Aux structures de référence des ZS de Kapolowe et Kisanga**

- D'envisager d'avantage la discrimination positive en faveur des malades référés.
- De contre référer tous les référés.
- D'avoir des unités de production dont le but serait de créer une ressource de financement pour la mobilité des malades (ambulances, motos-ambulances), en cas de référence des malades vers l'hôpital.
- D'éviter le chevauchement d'activités avec les CS

➤ **Aux Centre de Santé :**

- De sensibiliser la population sur les avantages de la référence
- De consulter les ordinogrammes qui leurs seront donnés
- D'impliquer les RECO dans l'accompagnement des référés.

- De soutenir les structures de référence avec un forfait pour chaque nouveau cas du mois.
 - De référer tout malade qui ne peut pas suivre le traitement en ambulatoire.
 - D'éviter le chevauchement d'activités avec l'hôpital
 - Créer un prépaiement de la mutuelle de transport.
- **A la population :**
- De respecter le circuit ou la porte d'entrée dans le système de santé.
 - De s'intégrer dans la mutuelle maladie.

BIBLIOGRAPHIE

- ❖ Boelen C, Haq C, Hunt V, Rivo M & Shahady E (eds) (2002) Improving health systems: the contribution of family medicine. A Guidebook. A collaborative project of WONCA and WHO. WONCA.
- ❖ Bouma Fernand B. et al. , (2008), Etude exploratoire sur les références et contre-références Districts sanitaires de Boulmiougou et Bogodogo .Burkina Faso .Université/Ouagadougou.
- ❖ Danielle P. (1998), Besoins, Demande et Offres de santé en Santé Publique. Rédaction@ulb-promes. Novembre 1998.
- ❖ HHA, Rapport de la Conférence Régionale « Les districts sanitaires en Afrique : Progrès et perspectives 25 ans après la déclaration d'Harare », 21 – 23 Octobre 2013, Dakar, Sénégal.
- ❖ Luboya N., et Ilunga D. Notes d'organisation des services de santé, 2015.
- ❖ OMS/UNICEF, Les soins de santé primaires, 1978.
- ❖ Bossyns P. et al. (2006) Surveillance du système de référence par benchmarking au Niger rural: une évaluation de la relation fonctionnelle entre les centres de santé et l'hôpital régional.
- ❖ Chenge F. (2002) Analytical seminar, the ill functioning of the referral system in Katuba health district .Dem. Rep. Congo.
- ❖ Chenge M.F. (2010) couverture sante universelle, rapport sur la Santé dans le Monde 2010, p.IX.
- ❖ Chenge F. these (2011) organisé un système des soins de Santé en milieux urbain. Thèse de doctorat en santé publique.
- ❖ François Mukendi (2009), Le système de référence dans le district sanitaire de TANGANIKA mémoire pour l'obtention de Diplôme d'études approfondies en santé publique. Université de Lubumbashi.
- ❖ Idrissa Cheifou (2003) 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, Maitrise en sociologie. Université Abdou Moumouni de Niamey, Niger.

- ❖ Luboya N. et Ilunga D. (2014) Cours de Gestion intégrée de la Zone de santé, ESP Université de Lubumbashi.
- ❖ Luboya N. (2014) Cours d'Introduction à l'organisation du système de santé, ESP. Université de Lubumbashi.
- ❖ Ministère de la santé (2010), Plan stratégique de la réforme hospitalière. RDC.
- ❖ Ngongo K.A. (2011) Analyse du système de référence de la ZS de KAYAMBA, mémoire pour l'obtention de Diplôme d'études approfondies en santé publique. Université de Lubumbashi.
- ❖ René PARE, Jean Pierre Kashala et al (2012), Evaluation de l'organisation des services de l'Hôpital de Zone de Comè.CTB Bénin.
- ❖ Sidiki B. Guindo (2008), les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et de la contre référence au service de gynécologie obstétrique à l'hôpital de Sikasso. Thèse de Doctorat en médecine, Université de Bamako.
- ❖ Thera T, Traore Y, Kouma A, Diallo B, Traore ZO, Traore AT, Doumbia S. (2015), Problématique du système de référence-contre-référence des urgences obstétricales et l'implication des communautés dans le district de Bamako. Mali Médical Tome xxx n°3.
- ❖ Vanessa Takou Tsapmene (2012), facteurs de risque de la mortalité néonatale à l'hôpital Gynéco-obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.

ANNEXES

Annexe1

➤ **QUESTIONNAIRE DES PRESTATAIRES A L HGR**

1. AgeSexe.....M ou F
2. Fonction : Médecin, Infirmier, Administrateur gestionnaire, Réceptionniste, Chef du personnel
3. Niveau d'instruction : Sans niveau, Primaire, Secondaire, Universitaire
4. Service de référence : Présent, Absent
5. Quelle est la catégorie du personnel avez-vous au service de référence ?
 - Médecins, Infirmiers A1, Infirmier A2, Infirmier A3, Sans qualification
6. Les malades qui vous sont référés, sont ils accompagné de leurs informations ou billet de référence ?
 - Oui, Non
7. Qui vous réfèrent les malades ?
 - Famille, CS, Dispensaire privés, Passant, Tradi-praticien, Eglise, Autres
8. Avez-vous un tarif préférentiel vis-à-vis des référés ?
 - Oui, Non
9. Recevez-vous les malades référés en priorité par rapport à d'autres malades ?
 - Oui, Non
10. La tarification des malades référés, est elle différente de la tarification des autres malades (spontanés)
 - Moins cher, Plus cher, Même chose
11. Avez-vous les billets de contre référence dans votre institution ?
 - Oui, Non
12. Avez-vous dans votre rayon de couverture une autre structure offrant le PCA qui est très proche de l'HGR ?
 - Oui, Non

Annexe 2**➤ QUESTIONNAIRE RESERVE AUX MALADES HOSPITALISE A L HGR :**

1. Age.....Sexe.....M ou F
2. Profession :
 - Sans emploi, Cultivateur, Libérale, Fonctionnaires, Militaire ou policier, Autres
3. Niveau d'instruction :
 - Sans niveau, Primaire, Secondaire, Universitaire
4. Comment estimez-vous le prix payé à l'hôpital:
 - a) Trop élevé, Convenable, Moins cher
5. Quelle image avez-vous des soins dispensés par les structures privées (Croix Rouge-Dispensaire...) ?
 - a) Très bonne image, b) Bonne image, c) Mauvaise image
6. Comment avez-vous pu vous approvisionner en nourritures lors de votre hospitalisation comme référé ?
 1. Facilement, 2. Difficilement
7. Comment avez-vous trouvé le séjour à l'hôpital ?
 - a) Bon, b) mauvais
8. Quel moyen de transport avez-vous utilisé lors de votre référence ?
 - a) A pied, Vélo, Moto, Camion, Ambulance, Autre préciser)_____
9. Combien le transport vous a coûté du CS vers l'hôpital ?
 1. (>0-10000FC, 2. (>20000FC-3000FC), 3. (>30000FC-4000FC) ; 4. (>40000FC-50000FC)
 2. (>50000FC –6000FC,) (>6000FC-7000FC,) (>7000FC-8000FC), (>8000FC-9000FC) -(>9000 et plus
10. Lorsque les CS vous réfèrent :
 - a) Vous allez directement à l'HGR, b) Vous allez chez les pasteurs c) Vous allez chez le Tradi-praticien
11. Si vous rentrez dans votre village, que faites-vous ?
 - a) Je consulte le Pasteur pour la prière, b) Je me fais soigner par le tradi-praticien
 - c)Je consulte des dispensaires privés, d) Je ne fais rien et j'attends l'amélioration de mon état de santé
12. Quand vous avez été référé à l'hôpital, comment avez-vous trouvé la qualité de l'accueil ?
 - a) Très bonne, b) Bonne, c)Mauvaise
13. Quand un CS vous réfère à l'HGR, quels sont les obstacles qui vous empêchent de rejoindre l'hôpital
 - a) Manque des moyens financiers
 - b) Distance très grande entre CS et HGR
 - c) La présence des militaires sur le site de l'HGR
 - d) Je préfère me faire soigner au CS

Annexe3**QUESTIONNAIRE RESERVE AUX MALADES DU CENTRE DE SANTE :**

1. AgeSEXE.....M ou F
2. Profession :
 - Sans emplois, Cultivateurs, Libéral, Fonctionnaires, Militaire ou policier, Autres
3. Niveau d'instruction :
 - Sans niveau, Primaire, Secondaire, Universitaire
4. OU allez –vous pour les soins quand vous vous sentez malade ?
 1. Centre, Tradi -praticien, Dispensaire privé ?
5. Quelle image avez-vous des soins dispensés par les structures privées (croix Rouge-dispensaire ?
 - a) Très bonne image, b) bonne image) Mauvaise image
6. Votre religion vous déconseille-t-elle de rendre directement au centre en cas de maladie ?
 - a)Oui b) NON
7. Comment êtes vous accueillis au centre de santé quand vous êtes malade ?
 - a)Très bon, b) Bon c)Mauvais
8. Comment trouvez- vous l'attitude des infirmiers des CS lors de la consultation
 - a) Bonne , b)Mauvaise
9. Si vous êtes référé à l'HGR
 - a)Acceptez-vous facilement ?
 1. OUI 2. NON
10. Si non, quel est le motif du refus ?
 1. Transport 2. Argent 3. Qualité de soins à L HGR 4. Accessibilité géographique
5. Restauration
 6. Restauration
11. Si vous rentrez dans votre à la maison que faites- vous ?
 - a) Je consulte le pasteur pour la prière b) Je me fais soigner par le tradi-praticien c) Je consulte des dispensaires privés d) je ne fais rien et j'attends l'amélioration de mon état de santé
12. Quand un CS vous référé à L HGR, quel sont les obstacles qui vous empêchent de rejoindre l'Hôpital
 - a) Manque des moyens financiers b) Distance très grande entre CS et HGR c) Je préfère me faire soigner au CS

QUESTIONNAIRE RESERVE AUX PRESTATAIRES DE CENTRE DE SANTE:

1. Age.....Sexe.....M ou F
2. Fonction :
 - Infirmier Titulaire, Infirmier Titulaire adjoint, infirmier
3. Niveau d'instruction :
 - A0, A1, A2, A3
4. Vous arrive t il à référer des malades vers l'hôpital ?
 - a) Oui, b) non
5. Avez-vous l'habitude de perfuser dans votre CS?
 - a) Ou b) Non
6. Avez-vous déjà eu une formation sur les ordinogrammes ?
 - a) Oui b) Non
7. Les avez-vous ?
 - a) Oui b) Non
8. Les utilisez-vous ?
 - a) Oui b) Non
9. Pouvons-nous les voir ?
 - a) Présent b) Absent
10. Quelle est la base de référence :
 1. Gravité 2. Ordinogramme 3. Volonté du malade 4. Pour vous débarrasser du malade. 5. Abonnement avec une entreprise
11. Vous arrive t il d'hospitaliser les malades dans votre CS ?
 - a) Oui b) Non
12. Dans quel contexte ?
 - a) Quand le malade ne veut pas aller à l'hôpital ?
 - b) Quand le malade n'a pas l'argent pour aller à l'hôpital
 - c) Quand le malade estime que l'hôpital est très éloigné ?
 - d) Car vous avez l'équipement et les compétences nécessaires pour prendre en charge les malades comme à l'HGR
 - e) Car le personnel de l'HGR et nous nous avons le même niveau.
13. Avez-vous les billets de référence au CS ?
 - a) Oui b) Non
14. Est-ce que l'HGR vous contre réfère les malades ?
 - a) Souvent b) Rarement c) Jamais
15. Dans votre Aire de Santé, existe-t-il des structures des soins privées mieux équipées ?
 - A) Oui b) Non
16. Dans votre Aire de Santé, existe-t-il des tradi praticiens ? a) Oui b) Non
17. Existe-t-il une collaboration entre le CS et les tradi-praticiens ? a) Oui b) Non
18. La plupart des malades que vous recevez dans votre CS :
 - a) Commencent par se confier aux sectes avant d'arriver au CS ?
 - b) Commencent par se confier aux tradi-praticiens avant d'arriver au CS ?
 - c) Commencent par l'auto médication
 - d) Commencent par consulter les devins
19. Vous arrive – t- il de référer les malades chez les tradi-praticiens a) OUI b) Non

ANNEXE 4 :**Annexe 4**

BILLET DE REFERENCE N°/200

ZONE DE SANTE RURALE DE.....

C.S DE.....

NOM.....

POST NOM.....

SEXE.....(M/F) AGE.....POIDS.....

DATE.....

HEURE DE REFERENCE.....

ATCD :-

-

-

Diagnostic de présomption :

-

-

Motif(s) de référence :

Nom et Post Nom de l'IT.....

Signature.....

Annexe 5

BILLET DE CONTRE REFERENCE

ZONE DE SANTE RURALE DE.....

HGR/CSR.....

NOM.....

POST NOM.....

SEXE..... (M/F) AGE..... POIDS.....

DATE D'ARRIVEE.....

HEURE DE REFERENCE.....

DATE DE REFERENCE.....

HEURE DE REFERENCE.....

ANAMNESE.....

EXAMEN CLINIQUE.....

EXAMEN PARACLINIQUE.....

DIAGNOSTIC.....

TRAITEMENT :

R/.....

DATE ET HEURE DE
DE CONTRE REFERENCENOM et SIGNATURE DU
MEDECIN

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....
REMERCIEMENT	II
SIGLES ET ABREVIATIONS	IV
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	V
RESUME.....	VII
INTRODUCTION GENERALE.....	1
I.1. ETAT DE LA QUESTION.....	1
I.2. PROBLEMATIQUE.....	9
I.3. CHOIX ET INTERET DU SUJET	9
Objectifs de l'étude	10
➤ Objectif général :	10
➤ Objectifs spécifiques :	10
CHAPITRE I : GENERALITES SUR LE SYSTEME DE SANTE.....	11
I. Le système de santé.....	11
I.1 SYSTEME DE SANTE INTEGRE	11
I.1.1. Définition	11
I.1.2. Critères d'intégration d'un système ou caractéristique fonctionnelle d'un SSI..	11
I.1.3. Caractéristiques de la Zone de Santé :	13
I.1.4. Les structures de la zone de santé	13
I.1.5 Les organes de gestion de la zone de santé.....	14
I.1.6. Le centre de santé.....	14
I.1.6.1. Définition	14
I.1.6.2. Rôles	14
I.1.7 Les Organes de gestion du centre de santé.....	15
I.1.8. Hôpital Général de Référence	17
<i>Définition</i>	17
<i>Rôles</i>	17
I.1.9. RESSOURCES DE L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE	18
Organisation	19
CHAPITRE II. LE SYSTEME DE REFERENCE ENTRE PREMIERE ECHELON ET DEUXIEME ECHELON DANS LA ZONE	20
1. La référence.....	20
a. Les soins de santé	20
b. Les principes liés à l'intérêt individuel du patient lors de la prestation des soins :	20
c. Les principes liés à l'intérêt collectif de la communauté lors de la prestation des soins	21

2.	LA CONTRE REFERENCE.....	21
	Définition	21
	Critères	21
	Organisation	21
	CHAPITRE III. MILIEU D’ETUDE, MATERIEL ET METHODES	22
	III.1 MILIEU D’ETUDE DE LA ZONE DE SANTE DE KISANGA ET KAPOLOWE	22
	III.1.1 ZONE DE SANTE DE KAPOLOWE :	22
	III.1.2 ZONE DE SANTE KISANGA	23
	Cadre d’étude	23
	Situation géographique :.....	23
	Situation démographique :	23
	3.6 METHODOLOGIE.....	24
	3.6.1 Type d’étude.....	24
	3.6.2 Population d’étude.....	24
	3.6.3. Méthode d’échantillonnage et Critères d’inclusion	24
	3.6.4 Taille de l’échantillon :	24
	3.6.5. Méthode de collecte des données	25
	3.6.6. Gestion des données et analyses statistiques (types de logiciel, types de tests et plan d’analyse)	25
	CHAP.IV. PRESENTATION DES RESULTATS	27
	INTRODUCTION.....	27
	1. <i>Les caractéristiques démographiques des enquêtés</i>	27
	1.1. Des malades trouvés dans les centres de santé	27
	1.1.1. Le sexe	27
	1.1.2. L’âge	28
	1.2. Des malades trouvés dans les HGR	29
	1.2.1. Le sexe	29
	1.2.2. L’âge	30
	1.3. Des prestataires des centres de santé	30
	1.4. Des prestataires des HGR	32
	1.4.1. Le sexe	32
	1.4.2. L’âge	32
	2. <i>Les facteurs socio-économiques</i>	33
	2.1. Des malades trouvés dans les centres de santé	33
	2.1.1. L’occupation	33
	2.2.1. L’occupation des malades	33
	2.2.2. Le moyen de transport utilisé	34

2.2.3.	L’approvisionnement en nourriture à l’HGR	34
2.2.4.	Le coût des soins à l’HGR	35
3.	Les facteurs organisationnels	35
3.1.	Liés aux centres de santé	35
3.1.1.	La première destination en cas de maladie pour les malades trouvés au CS 35	
3.1.2.	L’accueil des malades trouvés au CS	36
3.1.3.	L’image des soins des privés pour les malades trouvés au CS	36
3.1.4.	L’organisation interne des CS	37
3.2.	Liés aux HGR	38
3.2.1.	Le coût du transport pour les malades trouvés à l’HGR	38
3.2.2.	L’image des structures privées pour les malades trouvés à l’HGR	39
3.2.3.	La première destination en cas de référence pour les malades trouvés à l’HGR 39	
3.2.4.	La présence des obstacles pour atteindre l’HGR pour les malades hospitalisés	40
3.2.5.	La nature des obstacles pour les malades trouvés à l’HGR	40
3.2.6.	L’organisation interne des HGR	41
	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	47
➤	A l’ECZS :	48
➤	Aux structures de référence des ZS de Kapolowe et Kisanga	48
➤	Aux Centre de Santé :	48
➤	A la population :	49
	BIBLIOGRAPHIE	50
	ANNEXES	52
	QUESTIONNAIRE RESERVE AUX PRESTATAIRES DE CENTRE DE SANTE:	55
	TABLE DES MATIERES	58