



ANALYSE DE LA QUALITÉ DES SOINS PERÇUS PAR LA POPULATION DE SHABUNDA DANS L'EST DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO.

Journal homepage: ijssass.com/index.php/ijssass

ANALYSE DE LA QUALITÉ DES SOINS PERÇUS PAR LA POPULATION DE SHABUNDA DANS L'EST DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO.★

Kaminkya. Kikobya.Willy¹.,Museme. Kwalya.Albert¹., Kitembo .Tchana. Noyau¹., Kazezya. Bonga. Simon¹., Wabiselela Tchana Josué¹.,Kubali.Mwisa.Victor¹ ., Kamala Kaghoma Christian³.

Institut Supérieur des Techniques Médicales de Shabunda, (ISTM Shabunda) RDC
Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu (ISTM Bukavu) RDC
Université Officielle de Bukavu et Université Catholique de Bukavu/RDC
Université libre de Bruxelles (ULB), Ecole de santé publique, Bruxelles, Belgique.

Received 21st march 2024; Accepted: 62th May, 2024
Available online: 17th June 2024

ARTICLE INFO

Keywords:

Qualité-Soins de santé

Perception- Zone

Shabunda-RDC

ABSTRACT

Objectif : Analyser la qualité des soins /services de santé dans la zone de santé de Shabunda.

Matériels et Méthodes : Cette étude est transversale, cible les professionnels de santé et les malades aux centres de santé, d'Avril au Juillet 2023. L'échantillonnage est stratifié, auprès de 384 malades dans sept centres de santé. La collecte des données est faite à l'aide de questionnaire et le traitement des données était fait grâce au Microsoft word, Excel et le logiciel Epi-Info 3.5.2.Des analyses multi variées suivies d'une régression logistique ont été faites.

Résultats : Le comportement des malades face aux prestataires des soins (les coûts ne sont pas adaptés soit 70,6%, la permanence est assurée à 92% et l'accueil soit 52,8 %). Les prestataires des soins face aux malades est (salaire ne couvre pas les besoins soit à 95%, la continuité des soins n'est plus soit 89%, l'inaccessibilité aux soins due soit aux coutumes rétrogrades soit ou aux croyances religieuses est le 35,7 % et la satisfaction des malades face aux actes médicaux soit 68%). Les analyses multi-variées ont dégagé une corrélation entre l'âge (OR=0.4 p-value 0.000056, la religion (OR=6.54, p-value 0.000000002) et la taille du ménage (OR=3.33, p value0.000003) et la régression logistique a retenu l'âge (ORa= 0.05, z-stat -7,9894 et p value=0.0000).

Conclusion : L'amélioration de la qualité des soins est un processus complexe impliquant plusieurs facteurs. Les comportements des malades face aux prestataires de soins sont à déplorer. Le fonctionnement des formations sanitaires est à désapprouver. Les autorités doivent fournir beaucoup d'efforts pour atteindre la qualité des soins de santé, afin d'atteindre la couverture sanitaire universelle. Renforcer le leadership et la gouvernance des secteurs sanitaires pour gagner la confiance de toutes les parties prenantes.

I. INTRODUCTION

La qualité de soins désigne le degré auquel des services de santé s'adressant à des individus et aux populations accroissent les chances d'obtenir les résultats de santé souhaités et sont conformes aux connaissances professionnelles. Dans le monde, les services de santé doivent être à la fois efficaces, sûrs et centrés sur la personne. De plus, les soins de santé doivent être équitables, intégrés, efficaces et dispensés au temps opportun, (OMS, Banque Mondiale, 2019). La couverture sanitaire universelle exige de garantir tous les individus et les communautés puissent avoir l'accès aux services de santé et reconnaître la nécessité urgente de placer la qualité des soins au cœur de l'action mondiale et nationale (Assani, 2023), visant à promouvoir le bien-être pour tous. Les soins à faible qualité peuvent nuire à la confiance de la population dans l'efficacité de la médecine moderne. Nous pouvons apprécier la qualité sous deux angles : la technique qui renvoie aux compétences et aux pratiques professionnelles et la qualité perçue (OMS, Groupe de la Banque Mondiale et OCDE, 2019).

La qualité des soins est un concept normatif, en ce sens que la mesure de la qualité, ou d'amélioration, exige un ensemble des normes permettant de jauger l'impact des efforts (Kabinda.M.et al, 2019). Le positionnement de la qualité par rapport aux concepts de performance et d'efficacité n'est pas non plus aisé à saisir en pratique. Dans la plupart des approches, la performance exprime un objectif ou un seuil à atteindre en termes de qualité. Par exemple, on décidera de fixer un seuil de 85 points à atteindre sur les 100 points distribués dans l'indice composite d'actions de lutte contre les infections nosocomiales. Pour être jugé performant en matière de qualité de lutte contre ces infections. Mais dans d'autres cas, la performance se prête à une autre interprétation. Elle contribue généralement à porter un jugement global sur l'activité hospitalière, englobant au passage la qualité. Par exemple, dans le Balance

Score Card, modèle à succès d'entreprise proposée par Kaplan et Norton, la qualité est une dimension parmi d'autres, subordonnée à son impact sur l'équilibre (Etienne.M, 2013). Cependant, 70 % des pays d'Afrique Subsaharienne ont un système de santé peu performant compte tenu de la pauvreté de la population, les difficultés économiques et financières, du retard de la technologie médicale avancée, avec la pratique de la corruption, le tribalisme, le népotisme, le clientélisme, la faible motivation des professionnels de santé, le détournement de fonds ou des médicaments et la fuite de cerveaux (PMC, 2010). En RDC, il y a un plateau médical à faible qualité pour un certain nombre des professionnels de santé : la mauvaise organisation de l'offre des soins de santé par absence permanente de soins de santé à tous les niveaux, aux coûts très élevés par rapport aux revenus de la population, l'absence de continuité des soins dans la prise en charge des urgences dues à la sous organisation de système de référence/ contre référence, absence d'harmonisation de la tarification de soins de santé (RDC, 2016). La négligence des prestataires des soins aux patients pauvres/indigents ou non connus impacts sur une faible qualité de soins/services de santé. L'absence de formation continue des prestataires de soins ne produise pas un bon résultat aux malades, la population fuit les formations sanitaires suite aux mauvais comportements des prestataires, l'insatisfaction des patients au plateau médical offert faute de manque des matériels médicaux, la distance de formation sanitaire de plus de cinq kilomètres de marche, la croyance religieuse empirique et la coutume rétrograde font à ce que la population ait des barrières aux services de santé. Faute de tous ces goulots d'étranglement, influence la population de se faire soigner chez les tradi-praticiens et médécins spirituels afin d'atteindre la guérison (RDC, 2019). Une grande différence de la qualité professionnelle en faveur des formations sanitaires dans les zones PDF par rapport aux zones témoins,

perception des patients d'une manière générale est significative soit 85 %, (RDC, division provinciale de la santé du Sud-Kivu et du Bas-Congo, 2005-2011). L'objectif de l'étude est de contribuer à une amélioration des soins /services de santé de qualité dans la zone de santé de Katana.

2. MATÉRIELS ET MÉTHODES

a. Cadre d'étude :

La zone de santé de Katana dessert une population de 222 952 habitants et compte 18 CS, dont 4 confessionnels, 4 postes de santé, 7 dispensaires privés, un HGR, un centre hospitalier et un institut d'enseignement médical. Le système de référence et de contre référence y fonctionne de manière satisfaisante et y est encadré par l'équipe cadre de la Zone de Santé (BCZ Shabunda, 2023).

b. Type d'étude :

Cette étude est transversale à visée analytique, portant sur 284 patients (malades) et 100 professionnels de santé, donc la taille de l'échantillon est de 384.

c. Le Paramètre d'étude

La variable dépendante est la qualité des soins de santé perçus par la population de la zone de santé. Les variables indépendantes sont : les caractéristiques sociodémographiques, les comportements des professionnels de santé face aux malades coûts de soins de santé, satisfaction des malades face aux actes médicaux et organisation de services dans les aires de santé.

d. Echantillonnage :

L'échantillonnage est occasionnel, nous avons pris un tiers des malades venus se faire soigner dans les différentes formations sanitaires entre le premier Avril au 30 Juillet 2023. Cette proportion est justifiée par la taille du questionnaire et notre rapidité à pouvoir l'administrer aux patients rencontrés en consultation curative. A l'issue de l'enquête, nous sommes arrivés à la taille de 384 patients (malades),

répartis suivant les différentes structures sanitaires. Tous professionnels de santé, malades hospitalisés ou ambulatoires et administratifs engagés sont inclus de l'étude. Etait exclue de l'enquête, toute personne sélectionnée pour l'interview mais qui pour une raison quelconque refuse de participer.

e. Collecte de données

A notre arrivée au niveau de la structure, nous nous présentions à l'infirmier titulaire ou au médecin directeur pour lui présenter nos civilités et ainsi lui expliquer notre méthode de travail. Nous prenions chaque troisième malade sortant de la consultation pour lui administrer le questionnaire un peu à l'écart des services du centre de santé ou de l'hôpital pour éviter que l'environnement de soins puisse interférer sur nos résultats. Les données se collectaient par administration indirecte du questionnaire, l'enquêteur posant les questions et consignait les réponses sur l'outil ad hoc.

f. Traitement de données.

Le traitement des données était fait grâce au Microsoft Excel et Epi-Info 3.5.2 et test de khi-carré à un seuil de 0,05, était utilisé. L'analyse des données est faite par le test multi varié suivis d'une régression logistique. Les analyses multi variées, nous est permis d'analyser les variables qualitatives. La mesure d'association nous est aidée (les Odds Ratio) pour les régressions logistiques. Le p-value, nous est renseigné sur la significativité statistique, les mesures d'association quantifient le lien entre deux variables. La réalisation de modèles statistiques présuppose qu'un certain nombre de conditions de validité soient respectées

3. DISCUSSION

Dans notre étude, nous savons que la tranche d'âge est variée entre 19 à 40 ans soit 36,8 %, ce résultat est inférieur à celui trouvé par Moumouné.K., qui a dit

que l'âge de 20-29 ans était la plus représentée avec 50 %. Le sexe masculin domine soit 61,8 %, ce résultat est contraire à celui trouvé par Moumouné.K. soit 86% étaient des femmes. Par rapport à la taille de ménage compris entre 6 à 10 personnes soit 21% est dominante, le niveau secondaire est majoritaire soit 52,3%, inférieur soit 86% et la religion qui domine est celle catholique soit 44,5 %, contraire de Moumouné.K qui a trouvé Musulman soit 94 % (Moumouné, 2008).

3.1 Comportements de malades face aux prestataires des soins aux Fosas

L'accueil des prestataires de soins de santé est satisfaisant à 52,8 %, ce résultat est inférieur à celui de Vicky.M., qui a trouvé, plus de 70 % des patients dans 3 grands services de l'HGPRB ont été satisfait de services dispensés par l'hôpital avec un temps d'attente au-delà de 30 minutes avant leur consultation (Vicky.M et al, 2018). Les coûts des soins de santé ne sont pas adaptés aux revenus de malades soit 70,6%, ces résultats sont supérieurs à ceux trouvés par Kubali.V., les coûts élevés des soins de santé soit 67,1% (coûts directs, indirects et intangibles) ceux-ci empêchent la population à fréquenter les formations sanitaires. Une étude faite sur les priorités en économie de la santé en Afrique, révèle que la population préfère mourir avec leur maladie faute de manque de moyen financier, pourtant l'économie de la santé a l'importance d'augmenter l'accès aux soins suffisants, favoriser l'équité dans l'offre de soins, protéger les revenus de la population, assurer l'efficacité macro et micro-économie, promouvoir la liberté thérapeutique des patients et promouvoir la liberté de choix des patients (Kubali.M.V et al, 2018). La perception positive des coûts de soins se rapporte à l'accessibilité au prix très bas au paiement en nature et à l'absence de rupture des médicaments. La négligence des prestataires des soins de santé est de 52 %, ceci est dû à la sous motivation des agents de santé les services de santé sont fonctionnels 24 heures sur 24 soit 92 %,

parce que les professionnels de santé ont la bravoure et la conscience professionnelle de leur métier. Les prestataires de soins s'intéressent aux malades soit 50,3 %, parce qu'il n'y a pas une bonne motivation. La continuité de soins n'est pas assurée soit 76%, ces résultats sont supérieurs à ceux trouvés au Togo par Marie. H, dit plus de 50 % des participantes, le mode organisationnel des formations sanitaires ne favorise pas la continuité des soins. Ceux-ci s'expliquent par une sous motivation des professionnels de santé (Marie.H et al, 2018). Les malades sont satisfaits à 52 %, parce que les prestataires de soins sont rémunérés, l'équité n'est pas assurée à 54,7 %, ceci s'explique, pour les prestataires de soins, ceux-ci doivent suivre le malade qu'il va bien payer pour survenir aux besoins de leur familles. Matériels, équipements et médicaments ne sont pas adaptés aux besoins des malades soit 74%, ceci s'explique par manque de la politique de la République Démocratique du Congo à renouveler ceux-ci. Circuits de communication sont fonctionnels aux Fosas à 65% parce que les prestataires de soins de la formation sanitaire ont la conscience professionnelle de travailler pour l'intérêt de la communauté et temps d'attente des malades aux Fosas est de 15 à 30 minutes soit 41%, ces résultats sont inférieurs à ceux trouvés par Institut Canadien d'Information pour la Santé, qui a trouvé, le temps d'attente dépassant 30 minutes soit 70 % des patients dans 3 grands services de l'Hôpital (Institut Canadien d'Information sur la santé, 2012).

3.2. Fonctionnement des Fosas (Prestataires des soins) face aux malades

La permanence des services de santé est assurée à 96,3 %, ceci s'explique du fait que les prestataires des soins ont la volonté de servir, les résultats de kama.G et al, ont trouvé que la motivation est un bon acte d'un employeur à son employé (kama.G et al, 2004). Les stratégies de référence et contre référence ne sont pas organisées soit 75,5%, ces résultats s'expliquent par

une mauvaise organisation du système de santé, moins de deux FOSA sur dix soit 19 % avaient accès à la référence et contre référence pour les patients. La formation continue n'est pas organisée soit 88%, ceci est dû au manque de la politique des formations continues des autorités de santé du pays. Les médicaments, équipements et les matériels ne sont pas adaptés aux besoins de la population soit 74 %, ces résultats sont comparables a ceux trouvés par la RDC qui stipule, la prestation de services de santé de qualité nécessite la disponibilité de certains équipements. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) ont proposé une liste comportant sept éléments qui devraient être disponibles dans une formation sanitaire pour fournir des services de santé de base de qualité. Ces éléments sont les suivants : la balance pour adulte, la balance pour enfant, le pèse-bébé, le thermomètre, le stéthoscope, le tensiomètre et la source de lumière. En outre, le lit pour examen et la toise sont également des éléments considérés comme nécessaires pour l'offre de soins (RDC, 2019). Le financement des soins de santé est acceptable soit à 50,3%, ces résultats sont comparables à ceux du Minisanté, RDC, une faible utilisation du budget de la santé au cours des trois années considérées. Notons que pour l'année 2018, les données disponibles concernent les 6 premiers mois (janvier à juin). Outre la sous-utilisation des dépenses publiques, les dépenses extérieures font également face à des inefficiences. Il existe en effet une fragmentation de l'aide publique au développement, puisque 34 % des dépenses externes ne sont pas gérées directement par le ministère de la Santé. Au niveau micro, certaines formations sanitaires ont également une faible productivité, ce qui affecte la qualité des services de santé et leur efficacité. D'après Kalambay et Van Lerberghe cités par Mazambi .K., certains centres de santé urbains comptent plus de 30

infirmières, alors qu'ils ne réalisent que 5 consultations par jour, estiment également que le personnel fantôme et le personnel en âge de partir à la retraite, qui, bien qu'ils ne travaillent pas, continuent à percevoir un salaire, représentent près de 30 % des employés en milieu urbain. En conséquence, les rendements du système sont relativement faibles, car, à dépenses totales en santé égales, près de 60 % des enfants de moins de 5 ans n'ont pas accès aux traitements de bas. La part du budget allouée au secteur de la santé permet de comparer avec les parts accordées par les autres Etats membres de la région africaine de l'OMS dans le cadre du suivi de réalisation de la Déclaration d'Abuja des chefs d'Etat et du Gouvernement qui recommandent aux Etats signataires d'allouer au moins 15 % de leurs budgets au secteur Santé. La continuité des soins de santé n'est pas assurée soit 89 %, ceci s'explique de sous motivation du personnel de santé, étant donné les mauvaises conditions de travail, l'insuffisance des mesures incitatives (absence de valorisation des acquis d'expériences, absence d'opportunités de professionnalisation, absence de primes de brousse et d'éloignement, absence d'avancement en grade, absence d'un meilleur cadre de travail, et absence d'autres avantages sociaux...), le non paiement des salaires, pour certains, et la modicité des salaires, pour ceux qui en perçoivent (RDC et al, 2016). L'insatisfaction des malades face aux actes médicaux est de 68 %, ces résultats insatisfaisants, on peut bien sûr les imputer à l'insuffisance des ressources. Dans les pays recevant une assistance extérieure, cette explication évidence pourrait-on presque dire – est certainement confortable pour plus d'un acteur. L'énormité des besoins et le déficit des moyens font que l'on se donne ainsi un visa pour ne rien changer aux modes opératoires du développement sanitaire et de l'aide y afférente. On accorde du temps au temps, et ce plutôt avec largesse (Bruno.M et al,

2005). L'équité est respectée à 62,5%, la communication interne est assurée à 69 %, les salaires ne nouent pas les deux bouts de mois soit à 95 % et coutumes rétrogrades, croyances religieuses ne sont pas un obstacle pour accéder aux soins de santé soit 64,3%, selon la publication de Kubali.V., la zone de santé de Katana, prône beaucoup l'autogestion et l'autofinancement des soins de santé comme une façon de remédier localement aux carences de l'Etat central. Ceci pour permettre le fonctionnement des services de santé à divers endroits et d'améliorer leur accessibilité et leur continuité,(Kubali.M.V et al, 2020).

4 . CONCLUSION

L'amélioration de la qualité des soins de santé est un processus complexe impliquant plusieurs facteurs. Dans les pays à revenu faible et moyen, les comportements des malades face aux prestataires de soins sont à déplorer. Le fonctionnement des formations sanitaires est à désapprouver. Les autorités doivent fournir beaucoup d'efforts pour atteindre la qualité des soins de santé ; afin d'atteindre la couverture sanitaire universelle. Renforcer le leadership et la gouvernance des secteurs sanitaires pour gagner la confiance de toutes les parties prenantes. Les gouvernements devraient aussi être plus innovants pour générer des revenus de sources intérieures et assurer à toute la population un accès aux services de santé essentiels. Ils devraient améliorer la qualité des services de santé et la sécurité des patients et du personnel de santé, ainsi que s'associer avec la société civile et d'autres partenaires afin d'élargir l'accès. Investir dans les systèmes de santé au niveau des districts. Il serait opportun de revoir l'environnement de travail des professionnels, leur charge de travail, leur rémunération et les mesures incitatives qui diminueraient les malaises au travail ; et de prendre en compte le lien entre la culture (croyances, valeurs), la conception des - la

contribution de la supervision dans l'amélioration de la qualité des soins, via certains éléments structurels (au niveau de la communauté, de la zone de santé de Shabunda et de la structure de soins). Il semble même y avoir un consensus sur la reconnaissance de la supervision comme un instrument privilégié de formation continue du personnel dans les pays à revenu faible.

3. Considération Ethique

Pour garder la confidentialité des réponses, nous avons respecté la dignité humaine, ces derniers étaient codifiés, consentement éclairé de l'enquête et le savoir-être étaient respectés.

Contribution des auteurs

Conflits d'intérêts

Pas de conflits d'intérêt et pas de financement

Références Bibliographiques

1. *Organisation Mondiale de la Santé, Groupe de la Banque Mondiale et OCDE, (2019)., Qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle, Genève, Google Scholar, P.106.*
2. *Assani.S. J., Muyololo. M.M., Baketi. K. J. & Kubali.M. V,(2023). Déterminants socioéconomiques d'équités sanitaires en RDC, International journal of social sciences and Scientific Studies, Volume 3, issues 3. Bruno. M., et W.V.D, (2005).Systèmes de santé des pays à faible revenu : vers une révision des configurations institutionnelles ? Éditions De Boeck Université | Mondes en développement, NO 131, P .73, ISSN 0302 3052,http:// www.cairn.info/revue-mondes-en-développement-2005-3-page-59.htm.*
4. *Etienne.M,(2013).,Comment évaluer et réguler la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades ? France, France, consulté le 01 Janvier 2021.*

URL:<http://journals.openedition.org/quaderni/747> ;
DOI:10.4000/quaderni.747.

5. ICI,(2012)., *Regard sur les temps d'attente*. Institut Canadien d'information sur la santé. 2012; ISBN 978-1-77109-099-5(PDF). Google Scholar.

6. Jeff.K.M., Patrick M., Faustin. C.,Bart .C., & IMT-Anvers,(2019) ., *Quel est l'apport de la supervision dans l'amélioration de la qualité des soins de sante?* Note de Politique, No : 04, juin, Centre de Connaissances en Santé en RDC, www.cesc-rdc.net.

7. Kama.G.,Nancy .C.,Rick.S.,Pamella .L.,(2004)., *Supervision des services / soins de santé : l'améliorer de la performance du personnel*, www.jhpiego.org.

8. Kubali. M.V et al,(2018)., *Aspects de fréquentation et de l'accessibilité aux soins de santé dans la zone de santé rurale de kalole*, ISTM-CRPS, Bukavu, RDC, Vol 6, N0.1.

9. Kubali M.V., Byemba .K.E.,&Bajope .B .JP,(2020)., *Politiques et Systèmes de santé : dans le Monde, en Afrique et en RDC*, Editions Universitaires Européennes, France.page 673.

10. Marie. H., Hana. Halabi-N., Marie.M,(2018)., *Evaluation de la qualité des services de santé maternelle et néonatale en guinée-conakry et au togo*, éditions S.F.S.P / Santé Publique ,2018,ISSN 0995-3914 <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HS-page-101.htm>.

11. Moumouné.K,(2008)., *évaluation de la qualité des soins obstétricaux en salle d'accouchement dans le cs com de guarantiguibougou en commune v du Mali*. Thèse de doctorat en santé publique.

12. PMC, (2010) ., *la Santé en Afrique Subsaharienne : Panorama, Problématiques, enjeux et Perspectives*, Dakar, Revue Performances Management consulting, Page 10, consulté le 13 mai 2019 à 8h20'

13. RDC, Secrétariat Général de la santé publique, (2016-2020)., *Plan National de développement Sanitaire*, Kinshasa-Gombe.

14. RDC, Secrétariat Général de la santé publique,(2019-2022)., *Plan National de Développement Sanitaire recadré : Vers la couverture santé universelle*, P. 108

15. RDC, minisanté, Division Provinciale de la Santé du Sud-Kivu et du Bas- Congo par AAP,(2005-2011)., *Enquête Ménage, Qualité et Infirmiers Titulaires de juillet*, 2011,Bukavu.

16. RDC,(2019)., *Evaluation des prestataires des services des soins de santé, Rapport de recherche*,ESP-UNIKIN, P.583.

17. RDC,Ministère de la Santé Publique, Secrétariat Général,(2016)., *Rapport sur les comptes de la santé RDC 2014,Programme National des Comptes de la santé*. 17 Vicky M.,Florentin.A.,Patrick.M.,Hermès K.,(2018)., *Temps d'attente prolongés aux services de consultation médicale: enjeux et perspectives pour des hôpitaux de Bukavu en RDC*., Pan Africa Médical Journal 2018 ; 29 :173 29:173.doi:10.11604/pamj.2018.29.173.1365 1.

18. Zone de santé de Shabunda,(2023)., *Rapport semestriel*, Draft.

Tableau : 1.Répartition d’habitants et personnes enquêtées par Centres de santé

1.1. Répartition des malades aux structures sanitaires

Centres de santé	Population totale	Malades
Mushweshwe	9232	33
Luhihi	10252	35
Mabingu	9240	32
Ihimbi	37544	129
Kajuchu	10002	34
Katana nuru	24201	83
Mugeri	10945	38
Total	111416	384

5. Résultats**Tableau : 4.2 Les variables sociodémographiques (âge, sexe, taille de ménage, niveau d’étude et religion).**

4.2.1. 1.Les variables sociodémographiques

Variabes étudiées	n= 384	%
Age		
≤ à 18 ans	47	12,2
19 à 40 ans	141	36,7
41 à 60 ans	99	25,7
Plus de 61 ans	97	25,2
Sexe		
Masculin	237	61,8
Féminin	147	38,2
Taille du ménage		
≤ à 5 Personnes	80	21
6 à 10 Personnes	173	45
Plus de 11 Personnes	131	34
Niveau d’Etude		
Primaire	60	15,6
Secondaire	201	52,3
Universitaire	83	21,6
Sans niveau	40	10,4
Religion		
Catholique	171	44,5
Protestante	90	23,4

Musulmane	20	5,3
Autres à préciser	103	26,8

Ce tableau indique que 36,8 % des enquêtés, ont un âge varie entre 19 à 40 ans, le sexe masculin est celui qui domine soit 61,8 %, la taille du ménage compris entre 6 à 10 personnes soit 21%, le niveau secondaire est celui qui domine soit 52,3% et la religion qui domine est celle catholique soit 44,5 %.

Tableau : 3. Comportements de malades face à la satisfaction des services de santé.

3.1. Comportements de malades face aux prestataires des soins aux Fosas

Comportements de Malades	Oui		Non	
	n	%	n	%
L'accueil des prestataires de soins est satisfaisant	203	52,8	181	47,2
Les coûts de soins de santé sont adaptés aux revenus de malades	113	29,4	271	70,6
Les prestataires des soins de santé sont négligents	200	52	184	48
Les Services de santé sont fonctionnels 24h sur 24	353	92	31	8
Les prestataires des soins, s'intéressent aux malades	255	50,3	129	49,7
La continuité des soins de santé est assurée	92	24	292	76
Satisfaction des malades face aux plateaux médicaux	200	52	184	48
Tous les malades participent de la même manière aux services de santé	174	45,3	210	54,7
Matériels, équipements et médicaments sont adaptés aux besoins des malades	100	26	284	74
Circuits de communication sont fonctionnels aux Fosas	250	65	134	35
Temps d'attente des malades aux Fosas	137	36	247	64

L'accueil des prestataires de soins de santé est satisfaisant à 52,8 %, les coûts des soins de santé ne sont pas adaptés aux revenus de malades soit 70,6%, la négligence de prestataires des soins de santé est de 52%, les services de santé sont fonctionnels 24h sur 24 heure soit 92 %, les prestataires de soins s'intéressent aux malades soit 50,3 %, la continuité de soins n'est pas assurée soit 76%, les malades sont satisfaits à 52%,l'équité n'est pas assurée à 54,7 %, Matériels, équipements et médicaments ne sont pas adaptés aux besoins des malades soit 74%,Circuits de communication sont fonctionnels aux Fosas à 65% et temps d'attente des malades aux Fosas est de 15 à 30 minutes soit 41% .

Tableau : 4.Fonctionnement des formations sanitaires face à la permanence des services.

4.1. Fonctionnement des Fosas (Prestataires des soins) face aux malades

Fonctionnement des Formations sanitaires	Oui		Non	
	n	%	n	%
La permanence des services de santé est assurée	370	96,3	14	03,7
Le système de santé est organisé par les stratégies de référence et contre référence	94	24,5	290	75,5
La formation continue est organisée	45	12	339	88
Les médicaments, équipements et les matériels sont adaptés aux besoins	100	26	342	89
Le financement des soins de santé est acceptable	151	50,3	149	49,7
La continuité des soins de santé est assurée	42	11	342	89
La satisfaction des malades face aux actes médicaux	122	32,5	144	37,5
Les malades participent de la même manière aux soins de santé	240	62,5	144	37,5

Les circuits de communication interne sont assurés	264	69	120	31
Les salaires nouent les deux bouts de mois	20	05	364	95
L'inaccessibilité aux soins est due aux coutumes rétrogrades ou aux croyances religieuses	137	35,7	247	64,3

La permanence des services de santé est assurée à 96,3 %, les stratégies de référence et contre référence ne sont pas organisées soit 75,5%, la formation continue n'est pas organisée soit 88%, les médicaments, équipements et les matériels ne sont pas adaptés aux besoins de la population soit 74%, le financement des soins de santé est acceptable à 50, 3%, la continuité des soins de santé n'est pas assurée soit 89 %, l'insatisfaction des malades face aux actes médicaux est de 68 %, l'équité est respectée à 62,5%, la communication interne est assurée à 69 %, les salaires ne nouent pas les deux bouts de mois à 95 %, l'inaccessibilité aux soins n'est pas due aux coutumes rétrogrades, croyances religieuses n'est pas un obstacle pour accéder aux soins de santé soit 64,3% .

Tableau 5.1. Relation des variables avec la qualité des soins de santé

Variable	Qualité des soins		X ²	OR à l'intervalle de confiance à 95%	p-value	Décision
	Non	Oui				
1. Age des enquêtés						
>40 ans	35 (18,6%)	153 (81,4%)	14,84	0,4037 [0,25-0,643]	0,000056	S
≤40 ans	71 (36,2%)	125 (63,8%)				
2. sexe						
F	34 (23,1%)	113 (76,9%)	2,38	0,6902 [0,42-1,10]	0,061	NS
M	72 (30,4%)	165 (69,6%)				
3. Religion						
Chrétiens	96 (36,8%)	165 (63,2%)	34,25	6,547[3,36 -13,78]	0,0000000 002	S
Non Chrétien	10 (8,1%)	113 (91,9%)				
4. Taille du ménage						
<10	88 (34,8%)	165 (64,2%)	19,07	3,33[1,93-5,98]	0,00000 3	S
≥10	18 (13,7%)	113 (86,3%)				
5. Financement de soins						

Non acceptable	35 (23,5%)	114 (76,5%)	2,05	0,7 [0,44-1,13]	0,07620	NS
Acceptable	71 (32,2%)	164 (69,8%)				

Nous constatons à travers ce tableau que l'âge, la religion et la taille des malades influencent statistiquement la qualité des soins ($p \leq 0.05$), alors que le sexe, le financement de soins n'ont pas d'influence statistiquement significative sur la qualité des soins. Ainsi nous disons que les jeunes de moins de 40 ans sont protégés contre la mauvaise qualité de soins (OR=0.4 p-value 0.000056), les chrétiens estiment que la qualité de soins est plus mauvaises que les non chrétiens (OR=6.54, p-value 0.000000002) et les ménages moins de 10 personnes l'estiment plus (OR=3.33, p value 0.000003). D'autres variables contiennent le chiffre nul(0), raisons pour lesquelles elles n'ont été pas analysées ; ceci nous pousse à approfondir les analyses et effectuer une régression logistique qui nous a permis d'atteindre les résultats ci-après :

Tableau 6. Analyse multi variée et régression logistique.

Term	OR ajusté	95%	C.I.	Coefficient	S. E.	Z-Statistic	P-Value
Age (>40 / ≤40ans)	<u>0,0518</u>	<u>0,0251</u>	<u>0,1071</u>	-2,9605	0,3706	-7,9894	<u>0,0000</u>
Religion(non chret/chretiens)	29237080,4989	0,0000	>1,0E12	17,1909	344,9340	0,0498	0,9603
Taillegrp (≥10/<10 personnes)	0,0000	0,0000	>1,0E12	-13,2808	344,9340	-0,0385	0,9693
Constant	*	*	*	1,4751	0,1874	7,8726	<u>0,0000</u>

Au regard de ce tableau, nous retenons seulement l'âge comme facteur lie à la qualité de soins.

