

IMPACTS SANITAIRES, ÉCONOMIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX DES FORMATIONS SANITAIRES PRIVEES - INTEGREES DANS LA ZONE DE SANTE DE KINDU.

YEMBE MWENYEMALI Justin^{1*}, ASSANI WAKENGE Bonny^{1,2}, SUDI MUTUPEKE Samuel³, NKAMBA KAPIAMBA Elie⁴

¹Department of Public Health, Faculty of Medicine, University of Kindu, DR of Congo

²Provincial Division of Humanitarian and Solidarity Actions of Maniema, DR of Congo

³Department of French and African Languages, Higher Pedagogical Institute of Wamaza

⁴Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, University of Kindu, DR of Congo

***Corresponding Author:**

justinyembe@gmail.com

Résumé

Le centre de santé de LWAMA est l'une parmi les formations sanitaires privées et intégrées que compte la zone de santé de Kindu, excentrique par rapport à la grande majorité de sa population, avec une faible fréquentation du fait de la distance à parcourir qui constitue non seulement un obstacle à l'accès aux soins de santé, mais aussi un problème d'accessibilité routière. Ces situations ont été à la base de la création des structures privées qui, par la suite, ont intégré la politique nationale pour organiser les activités curatives et préventives au bénéfice d'une frange de la population de cette aire de santé selon les normes. Dans le cadre de cette recherche, leur impact a été mesuré grâce à la méthode quantitative qui a porté sur la collecte des données statistiques secondaires disponibles dans le logiciel DHIS2 (District Health Information Software). Les statistiques sur l'utilisation de service curatif et préventif ont été collectées, traitées et analysées pour déterminer l'apport des 3 formations sanitaires privées intégrées de l'AS aux performances curatives et préventives. Les résultats obtenus à l'issue de cette étude ont fait état d'un impact positif et sont d'une grande implication notamment pour permettre de savoir l'importance que le ministère de la santé accorde au « partenariat public-privé pour la santé » en vue d'améliorer le système de santé et le rendre résilient ; cet état de la situation nous a permis de formuler des recommandations susceptibles de rappeler à chaque partie prenante ses responsabilités en la matière.

Mots-clés: Impact-structures-sanitaires-économique-intégrées-privé.

Abstract :

The LWAMA health centre is one of the private and integrated health facilities in the Kindu health area, which is eccentric in relation to the vast majority of its population, with low attendance due to the distance to be travelled, which is not only an obstacle to access to primary health care but also a problem of road accessibility. These situations were the basis for the creation of private structures which subsequently became part of national policy to organise curative and preventive activities for the benefit of a section of the population in this health area according to the standards. Their impact was measured using the quantitative method, which involved the collection of secondary statistical data available in the DHIS2 (District Health Information Software). Static data on the use of curative and preventive services were collected, processed and analysed to determine the contribution of the 3 integrated private health facilities in the SA to curative and preventive performance. The results obtained at the end of this study showed a positive impact and are of great implication, particularly in terms of the importance that the Ministry of Health attaches to the "public-private partnership for health" with a view to improving the health system and making it resilient ; this state of affairs enabled us to formulate recommendations likely to remind each stakeholder of their responsibilities in this area.

Keywords: Impact-health-structures-economic-integrated-private.

1. INTRODUCTION

D'énormes disparités en matière de santé existent à travers le monde (Paul *et al* ,2016). Les systèmes de santé de plusieurs pays sont confrontés aux problèmes, mineurs soit-il, qui les empêchent d'atteindre une couverture santé universelle. Selon UNIVERSAL HEALTH COVERAGE UN HLM (2019), près de la moitié de population mondiale n'a toujours pas accès aux services de santé essentiels, et les dépenses qui s'ensuivent plongent, chaque année, environ 100 millions d'individus dans une extrême pauvreté. Les populations vivant dans les pays en développement, notamment ceux d'Afrique noire, sont confrontées aux difficultés d'accès aux soins de santé. Ces obstacles sont de plusieurs ordres à savoir, géographiques, financiers et socioculturels.

A en croire le plan national de développement sanitaire du MSP de la RDC (2018), l'utilisation de service de santé et des soins offerts est handicapée par une triple dimension de l'accessibilité financière, socioculturelle et géographique ; et d'après Les statistiques du SNIS, les services de consultation curative sont utilisés à hauteur de 33,1% en 2017 ; la couverture CPN4 de 48% et la couverture en deuxième dose de vaccin antitétanique de 66%. Selon la même source, cette inaccessibilité est pire en milieu rural, soit 75%, qu'en milieu urbain, soit 58%. Il est relevé aussi que la dispersion de la population, des longues distances à parcourir pour atteindre les CS au-delà de 5 km ainsi que les barrières naturelles, surtout dans les villages, limitent l'accès aux FOSA. Selon les résultats de l'enquête EDS (2013-2014), la distance pour fréquenter une FOSA est un problème pour 48% des femmes en milieu rural, contre 25% en milieu urbain.

En RDC, Province du Maniema et précisément dans la zone de santé Urbano-rurale de Kindu, il est dénombré plusieurs structures sanitaires privées, étant donnée son caractère urbain et sa démographie croissante ; ces FOSA sont réparties dans 11 Aires de Santé parmi lesquelles celle de Lwama qui occupe la partie rurale de la ZS. L'AS est née d'une vaste aire de santé appelée 3Z, qui jadis couvrait une partie urbaine et l'autre périphérique rurale. Elle compte actuellement, selon le rapport annuel 2020 du centre de santé, 43.608 habitants, dont 9.158 femmes en âge de procréer (21%), 1.744 femmes enceintes (4%) et 8.242 enfants de moins de 5ans (18,9%).

Depuis 2018, la population de cette AS a éprouvé des difficultés d'accessibilité géographique à cause de la localisation excentrique du centre de santé du ressort ; ce centre est sous-utilisé sur le plan de service curatif et préventif. Néanmoins, vu l'immensité de l'AS, les structures de santé privées ont vu jour et se sont alignées à la politique nationale pour organiser des soins normés par le ministère de la santé. Ces structures sanitaires ont matérialisé leur intégration par la signature de protocole d'accord avec le ministère de la santé ; et la population s'est vue obligée de les fréquenter tant bien que mal, vu sa proximité. 3 de ces fosa étant assignées dans le DHIS2, sont fréquentées depuis 2018 et rapportent régulièrement. Il s'agit de centre Colfadhema, du centre hospitalier Hewa Bora et du centre hospitalier Misenge. C'est au regard de cette situation qu'il a été envisagé, dans le cadre de cette recherche, une évaluation quantitative de l'impact sanitaire de ces 3 structures de santé, notamment sur le plan curatif et préventif. En pratique, vu que la complétude des rapports de ces FOSA a été maximale, il a été question de déterminer en termes de proportion, leur contribution à la performance de l'AS conformément aux indicateurs phares notamment la proportion des nouveaux cas en consultation curative, de cas d'accouchement par le personnel qualifié, de cas d'IST pris en charge, de femmes enceintes en CPN1 ayant reçu des moustiquaires imprégnées d'insecticide, de femmes enceintes ayant reçu des doses de sulfadoxine-pyriméthamine dans le cadre du traitement préventif intermittent du paludisme ; ceci pour une période allant de 2018 à 2021, soit 4ans. Les données ont été exportées du DHIS2, base de données nationale de la RDC fonctionnant en ligne.

1. Matériel et Méthodes

Cette recherche a utilisé l'approche quantitative pour une étude descriptive longitudinale. Il a été collecté des statistiques pour des analyses ayant porté sur l'évolution dans le temps, de chaque indicateur, soit, de 2018 à 2021. Les données de 4 FOSA dont 3 privées intégrées et 1 CS étatique ont été collectées et la contribution des FPI a été dégagée en termes de proportion par rapport aux données de toute l'aire de santé de LWAMA.

La technique utilisée est la recherche documentaire externe en ligne. L'approche a été celle de parcourir directement les informations spécifiques du logiciel DHIS2 et ainsi extraire les variables bien ciblées.

L'étude de l'impact dont il est question a été orientée dans le sens de la contribution, et la collecte des données statistiques sur les indicateurs qui se répartissent en deux catégories à savoir, les indicateurs curatifs et préventifs :

Pour le curatif, les paramètres

Les Nouveaux Cas : tous les cas reçus au cours de la période, à la consultation curative pour déterminer la proportion d'utilisation de service curatif ; Dans cette recherche, nous avons calculé la proportion des NC reçus en FPI sur NC de toute l'AS pour mettre en évidence la contribution des FPI dans la fréquentation d'un service curatif.

Nouveaux cas de femmes enceintes reçues en consultation curative : NC reçues dans les FOSA privées intégrées sur le total de l'AS dégagé en pourcentage.

Les cas des IST traités dans la FOSA: Nombre d'IST traités dans les FOSA Privées Intégrées sur le total de l'Aire de Santé et on dégage la proportion ;

Accouchement par personnels qualifiés : combien dans les FOSA privées intégrées sur le nombre total de toute l'AS ;

Accouchement dans la communauté : Ici l'impact est évalué en nombre absolu pour voir si, avec la présence des FPI, les accouchements dans la communauté diminuent ou augmentent malgré ces FOSA. Il est question ici de voir la tendance de la courbe, ascendante ou descendante.

Pour les préventifs nous avons deux paramètres

- Nombre de femmes enceintes reçues en CPN1 ayant reçus la deuxième dose de sulfadoxine-pyriméthamine dans l'AS. Et on dégage la part de FOSA privées intégrées. En RDC, le programme national de lutte contre le palu considère que, si la femme enceinte reçoit déjà la deuxième dose de SP, elle est protégée contre le palu, bien qu'elle doit aller jusqu'à la troisième dose pour une couverture totale. Cet indicateur étant composite, nous avons dégagé la contribution des FOSA privées en fonction de ses deux variables à savoir d'une part, le nombre de femmes reçues en CPN1 dans les FOSA privées intégrées, sur le nombre total de l'AS ; de l'autre côté, le nombre de dose de SP2 administrées aux femmes enceintes en CPN1, pour dégager la contribution des FPI ;

Nombre de Moustiquaires distribuées aux femmes enceintes en CPN1. Cet indicateur est aussi composite : nombre de femmes enceintes reçues en CPN1 et Nombre de MILD distribuées à ces femmes enceintes.

3. Résultats et Commentaires

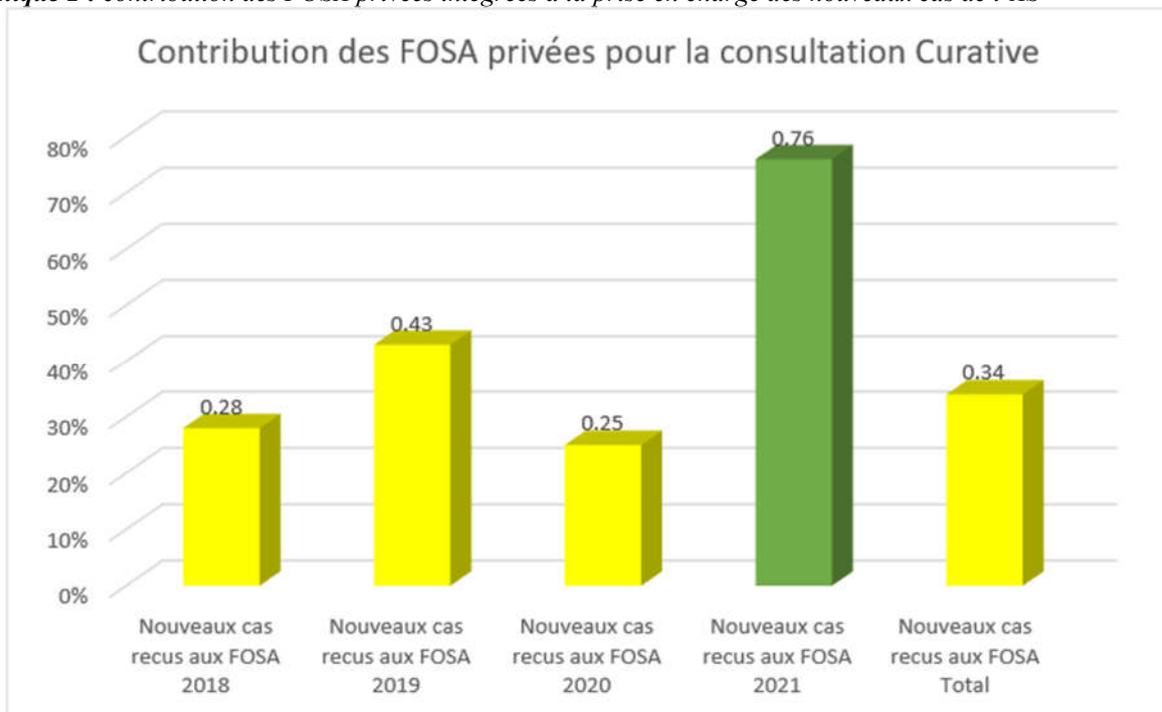
Dans le cadre de cette recherche, les résultats obtenus sont analysés en vue de Savoir à quelle proportion les FOSA privées intégrées paramétrées dans le dhis2 ont contribué à l'amélioration de l'accès au service curatif et préventif de l'AS durant les 4 ans dans l'aire de santé.

Tableau 1. Complétude du rapport SNIS, service de base

Description	Services de Base Reporting rate			
	2018	2019	2020	2021
FOSA				
mn Colfadhema Centre de Santé	100%	100%	100%	100%
mn Hewa Bora Centre Hospitalier	100%	100%	100%	100%
mn Lwama Centre de Santé	100%	100%	100%	100%
mn Misenge Centre Hospitalier	100%	100%	100%	100%
total/Moyenne	100%	100%	100%	100%

Commentaires : Il ressort de ce tableau que, parmi les FOSA existant dans cette Aire de santé, 4 ont été retenues pour cette recherche, dont 3 privées intégrées et 1 publique. La complétude de rapport SNIS service de base a été de 100% par FOSA depuis 2018 jusqu'à 2021.

Graphique 2 : contribution des FOSA privées intégrées à la prise en charge des nouveaux cas de l'AS



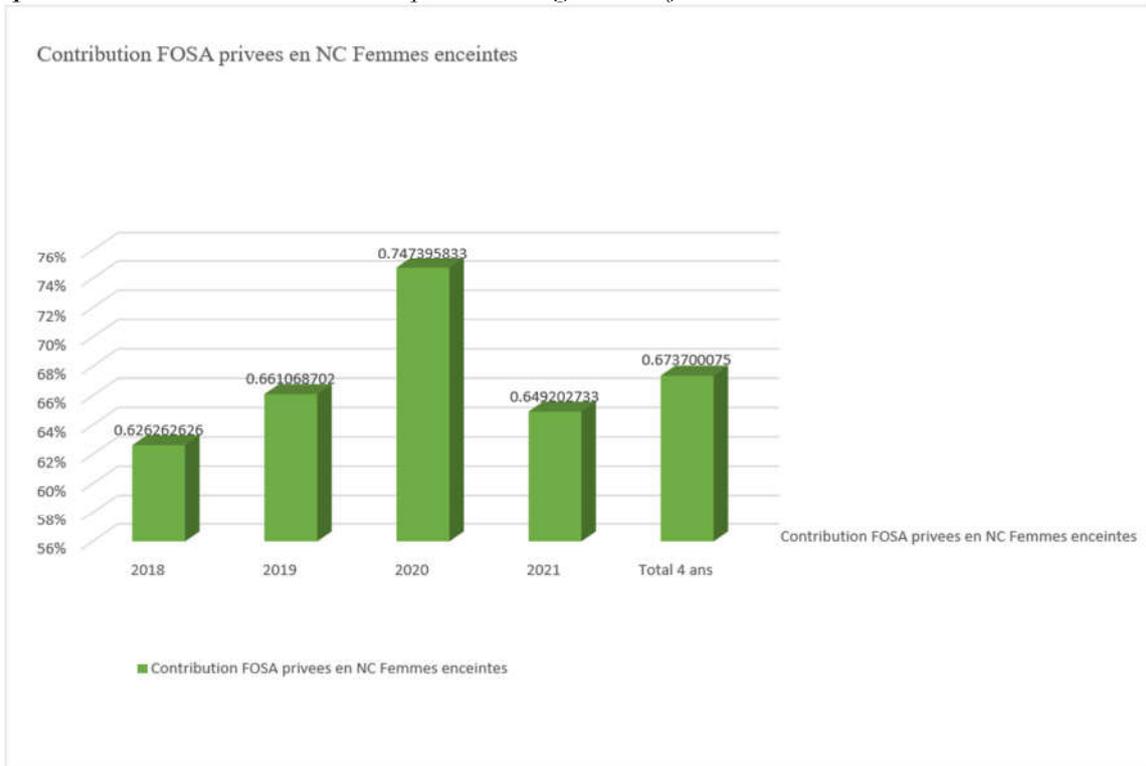
Commentaires : Ce graphique affiche clairement la contribution des FOSA privées intégrées à la performance de l'AS en termes des proportions. De 28% en 2018 à 76% en 2021. La courbe a évoluée en dents de scie mais avec une tendance ascendante. La moyenne est de contribution des FPI est de 34%.

Tableau 2 : Nouveaux cas femmes enceintes

Description	Nouveaux cas femmes enceintes				Total 4 ans
	2018	2019	2020	2021	
FOSA					
mn Colfadhema Centre de Santé	125	109	153	98	485
mn Hewa Bora Centre Hospitalier	41	19	16	3	79
mn Misenge Centre Hospitalier	330	305	405	184	1224
mn Lwama Centre de Santé	296	222	194	154	866
TOTAL NC Femmes enceintes AS	792	655	768	439	2654
TOTAL NC Femmes enceintes FOSA privées intégrées	496	433	574	285	1788
Contribution FOSA privees en NC Femmes enceintes	63%	66%	75%	65%	67%

Commentaires : De 2018 à 2021, les FOSA privées intégrés ont reçus de 496 cas à 285 NC de femmes enceintes venues consulter pour toute maladie confondue. Le tableau révèle que le centre hospitalier Misenge a reçu plus de femmes enceintes, soit 1222 que le centre de santé avec 866. Pour les 4ans, la contribution moyenne est de 67%.

Graphique 3 : Contribution des FPI dans la prise en charge des NC femmes enceintes



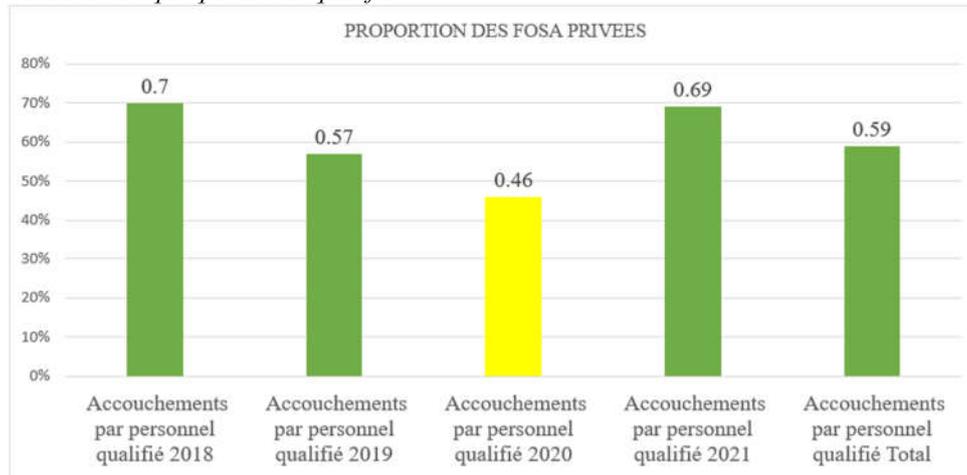
Commentaires : De toutes les femmes enceintes qui ont consulté le service sanitaire de l'AS, 63% ont fréquenté les FPI en 2018, 66% en 2019, 75% en 2020 et 65% en 2021. L'impact moyen des FPI est de 67%

Tableau 4 : Accouchement dirigé par un personnel qualifié

Description	Accouchements par personnel qualifié				Total
	2018	2019	2020	2021	
FOSA					
mn Colfadhema Centre de Santé	115	52	54	48	269
mn Hewa Bora Centre Hospitalier	46	39	30	4	119
mn Misenge Centre Hospitalier	212	182	204	126	724
mn Lwama Centre de Santé	161	204	340	79	784
TOTAL ACCOUCHEMENTS PAR PERSONNEL QUALIFIE POUR L'AIRES DE SANTE	534	477	628	257	1896
TOTAL ACCOUCHEMENTS PAR PERSONNEL QUALIFIE FOSA PRIVEES INTEG	373	273	288	178	1112
PROPORTION DES FOSA PRIVEES	70%	57%	46%	69%	59%

Commentaires : sur 534 accouchements dirigés par un personnel qualifié en 2018 dans l'AS, 373 l'ont été dans les FOSA privées intégrées, ce qui représente 70% ; en 2019 on a noté 273 sur 477 cas d'accouchements par personnel qualifié, soit 57% ; en 2020, 46% et en 2021, 69%. La moyenne de 4 ans est de 59%. L'illustration est faite dans le graphique ci-dessous.

Graphique 4 Accouchement par personnel qualifié



Conclusion

De notre point de vue, ces résultats traduisent le rôle indispensable du secteur privé pour la santé, dont la motivation repose sur la satisfaction des clients par des initiatives novatrices et le souci d’améliorer la qualité d’offre de service, avec comme retombée, l’accroissement de la demande des soins.

Comme toute œuvre humaine, ce travail présente des limites susceptibles d’être abordées dans les prochaines études ; il s’agit notamment de la méthodologie exclusivement quantitative qui limite la collecte et analyses aux seules données statistiques ; mais prochainement nous utiliseront l’approche mixte en vue d’évaluer les paramètres quantitatifs et qualitatifs de la question ; il ya également la faible évaluation des paramètres liés au services préventifs, soit deux paramètres seulement, alors que l’on devrait aussi analyser les données de CPS et de la vaccination des enfants et femmes enceintes ; mais cette limite est consécutive à l’absence des données y relatives. L’étude s’est limitée à une aire de santé alors que, pour mieux tirer des conclusions globalisantes sur un état des lieux de PPPS, le champ devrait être élargi à la dimension d’une zone de santé urbaine qui, naturellement regorge beaucoup de structures privées ; c’est ce qui serait le cas dans la prochaine recherche.

Références Bibliographiques

[1]. Asenova, D., Stein, W., McCann, C. & Marshall, A. (2007). La participation du secteur privé dans les services de soins de santé et sociaux en Ecosse : évaluation des risques. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 73, 301-321.

[2]. Audet, F. (2016). L’humanitaire comme sujet de recherche pour les études en développement. Introduction à la section thématique. *Canadian Journal of Development Studies*, 37(3), 337-340.

[3]. Barry, M. (2015). Les partenariats public-privé pour l’aide à la santé : quelles conditions d’efficacité prendre en compte ? *Mondes en développement*, 170, 75-90.

[4]. Bauer, I. & Thomas, K. (2006). Communautés et entreprises : les a priori qui faussent les outils d’évaluation d’impact. *Revue internationale des sciences sociales*, 189, 535-549.

[5]. Biosse-Duplan, A. (2017). Chapitre 2. Les acteurs de la démocratie sanitaire. Dans : , A. Biosse-Duplan, *Démocratie sanitaire: Les usagers dans le système de santé* (pp. 33-91). Paris: Dunod.

[6]. Cooper, P. (2008). À LA POURSUITE DE L’EXCELLENCE : L’ÉVOLUTION ET L’AVENIR DE LA RECHERCHE QUALITATIVE. (1). *Revue Française Du Marketing*, (218), 5-23.

[7]. Desjardins, G. (2007). *Modélisation connexionniste du repérage de l’information* (Order No. NR30324). Available from ProQuest One Academic. (304734101).

[8]. FR (2008). Chapitre 5. La santé : un défi budgétaire majeur. *Études économiques de l’OCDE*, 2, 139-191.

[9]. Guillec, G. (1990). La gestion de la santé. *Cahiers internationaux de sociologie*, 355-376.

[10]. Holtz, Jeanna et Intissar Sarker.(2017). Integrating Family Planning into Universal Health Coverage Planning into Universal Health Coverage Efforts. Brief.Bethesda, Maryland : Le projet Renforcement des résultats de santé par le secteur privé, Abt Associates ;

[11]. InVS/Afsse.(2005). Estimation de l’impact sanitaire d’une pollution environnementale et évaluation quantitative des risques sanitaires. Ed. InVS/Afsse ; 157p.

[12]. Jaccarini, A. (2001). *Vers une intégration fiable et efficace des sources internet aux méthodes de travail en terminologie* (Order No. MQ67494). Available from ProQuest One Academic. (304750870).

[13]. Jaccarini, A. (2001). *Vers une intégration fiable et efficace des sources internet aux méthodes de travail en terminologie* (Order No. MQ67494). Available from ProQuest One Academic. (304750870).

[14]. Jandir Ferrera, d. L., & Desbiens, Y. (2009). L’APPROCHE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DANS LES ÉTUDES DU DÉVELOPPEMENT REGIONAL. *Informe GEPEC*, 13(1), 123-130.

[15]. Jandir Ferrera, d. L., & Desbiens, Y. (2009). L’APPROCHE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DANS LES ÉTUDES DU DÉVELOPPEMENT REGIONAL. *Informe GEPEC*, 13(1), 123-130.

- [16]. KARIMA SALEH(2019). Systèmes de santé dans la région MENA : l'implication du secteur privé passe par le renforcement des institutions et des capacités, publié sur Blog de données.
- [17]. Manzambi J. K., Tellier V., Bertrand F., Albert A., Reginster J.Y. et Van Balen H.,(2000). Les déterminants du comportement de recours au centre de santé en milieu urbain africain: résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo. Volume 5 no 8 pp 563–570. *Tropical Medicine and International Health*
- [18]. Marame Ndour (2005). Partenariats public-privé mondiaux pour la santé .L'émergence d'une gouvernance transnationale des problèmes de santé des pays en développement ? iddri – 6, rue du Général Clergerie – 75116 Paris – France.
- [19]. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MdS) et ICF International. 2014. Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014. Rockville, Maryland, USA : MPSMRM, MdS et ICF International.
- [20]. Morana, J. (2003). Le paradigme pragmatique : Une réponse aux problématiques de pilotage par les processus : 1- les pratiques de terrain en recherche exploratoire 1.1-les spécificités de l'étude de cas (unique) 1.2-la recherche-action et la recherche ingénierique 2-les méthodes d'analyse: Qualitative et/ou quantitative 3-les logiques d'approche: Déduductif, inductif et/ou abductif 4. le paradigme pragmatique: Reponse aux problématiques conceptuelles et managériales actuelles conclusion bibliographie. *La Revue Des Sciences De Gestion : Direction Et Gestion*, 38(201-202), 73-82.
- [21]. MSP. RDC(2018). Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle
- [22]. MWENGULA NTITE D. (2014). Importance des études des impacts sanitaires dans le les EIES, colloque internationale de Bruxelles.
- [23]. Paul, É., Bodson, O., Ridde, V. & Fecher, F. (2016). La couverture santé universelle dans les pays à revenus faibles et intermédiaires : analyses économiques. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LV, 57-71.
- [24]. Pellet, R. (2016). La place du secteur privé dans les systèmes de santé. *Les Tribunes de la santé*, 51, 47-56.
- [25]. Rousseau, C. (1993). La place du non-dit: Ethique et methodologie de la recherche avec les enfants refugies. *Santé Mentale Au Canada*, 41(4), 13-17.
- [26]. Runavot, M.C. (2014). Les partenariats public-privé dans le domaine de la santé: réflexions sur un nouveau mode d'exercice de l'autorité publique internationale. In: *Annuaire français de droit international*, volume 60, 2014. pp. 655-684.
- [27]. Sally Saassouh (2022). MODULE : UU-MHM-595-MW-FR – Mémoire, université unicas ;
- [28]. Saulpic, O. (2019). L'impact et le développement de la recherche en gestion des organisations de santé. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 4, 287-290.
- [29]. Servantie, V. (2007). Les entreprises à internationalisation rapide et précoce : revue de littérature. *Revue de l'Entrepreneuriat*, 6, 1-28.
- [30]. Stanley JUIN 2010. Diagnostic de l'accessibilité aux soins de santé en Haïti, mémoire de master en administration des services de santé. Université de Montréal ;
- [31]. Valentini, H. & Saint-Pierre, L. (2012). L'évaluation d'impact de la santé, une démarche structurée pour instaurer de la santé dans toutes les politiques. *Santé Publique*, 24, 479-482.
- [32]. Valette, A., Grenier, C., Saulpic, O., & Zarlowski, P. (2015). La fabrication du « médico-économique » à l'hôpital français : une analyse de la littérature. *Politiques et Management public*, 32(3), 241-264.