

Système de Référence des Centres de Santé vers l'Hôpital Général de Référence de Bwamanda RDC de Septembre à Novembre 2021

[Referral System from Health Centers to the General Reference Hospital of Bwamanda DRC from September to November 2021]

Pascal LENGA WALE¹, Joly BOFIO NAGENEGO², MBILISI LISAMBO Annette², Judith DJEKEMBE MANIAMA², and Daniel MATILI WIDOBANA¹

¹Institut Supérieur des Techniques Médicales de Gemena, RDC

²Institut Supérieur des Techniques Médicales de Zongo, RDC

Copyright © 2022 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the ***Creative Commons Attribution License***, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: The present study was carried out in the Zone of Health of Bwamanda, in the Provincial Division of the South Ubangi in DRC. The various actors on ground, in particular the male nurses, the patients and the population in general were approximate for better including/understanding their attitude and difficulties compared to the frame of reference. The transport and the costs of care in general like the transport charges, the costs secondary and the tariffs of care probably constitute the most significant barriers compared to the reference. Nevertheless, other barriers could be identified with certainty, more particularly the negative attitude of the male nurses towards the references (because they would decrease their prestige), the deficit of dialogue between the male nurse and his patients, corruption on the level of the hospital and the visits of the culturally obligatory patients for the population. Other cultural barriers are resignation and the recourse to the traditional therapists. This study enabled us to better include/understand the stakes of the frame of reference. It now remains to be seen how the medical services can reinforce the system in order to act on the various determinants favorable to the change.

KEYWORDS: Frame of reference, patients, male nurses, attitudes and difficulties.

RESUME: La présente étude a été menée dans la Zone de Santé de Bwamanda, dans la Division Provinciale du Sud Ubangi en RDC. Les différents acteurs sur terrain, notamment les infirmiers, les patients et la population en général ont été approchés pour mieux comprendre leurs attitudes et difficultés par rapport au système de 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, et les visites des malades culturellement obligatoires pour la population. D'autres barrières culturelles sont la résignation et le recours aux guérisseurs traditionnels. Cette étude nous a permis de mieux comprendre les enjeux du système de référence. Il reste maintenant à voir comment les services sanitaires peuvent renforcer le système en vue d'agir sur les différents déterminants favorables au changement.

MOTS-CLEFS: Système de référence, patients, infirmiers, attitudes et difficultés.

1 INTRODUCTION

L'étude s'inscrit dans le cadre des réflexions visant à améliorer la qualité des soins notamment en matière de références sanitaires, à l'hôpital général de référence de Bwamanda, une des zones d'intervention du projet PBF (Financement Basé sur la Performance). Globalement, l'étude porte sur l'orientation d'un patient qui a consulté un centre de santé de premier niveau (Centre de Santé- Centre de Santé de Référence par exemple) vers le niveau secondaire ou structure de référence (hôpital général de référence de Bwamanda). Son objectif est la compréhension des facteurs déterminant le système de référence afin de formuler des recommandations pour améliorer la performance du système de santé.

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 cette continuité des soins n'était pas du tout satisfaisante. 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 sur les SPT 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 2006).

En RDC, depuis l'avènement du Plan national de développement du système de santé, l'évacuation des malades des Centres de santé a connu une forte demande vis-à-vis de la population, la Zone de santé de Bwamanda n'en fait pas exception pour la référence des patients de Centres de Santé vers l'Hôpital Général de Référence. (Plan directeur de développement sanitaire 2002 - 2009)

Cette étude vise également à décrire avec plus de précision les problèmes relatifs au système de référence à travers une étude des patients référés et les patients « mis en observation » au niveau des Centre de Santé. Son objet est également de déterminer les barrières qui empêchent aux agents de santé de référer les patients et/ou leur famille d'accepter la référence (Idrissa CHEIFOU 2003). Elle devrait enfin permettre de formuler des propositions pour améliorer le système de référence vers l'hôpital général de référence de Bwamanda et de déterminer jusqu'à quel point les hospitalisations au niveau des Centre de Santé peuvent constituer une alternative à la référence.

L'étude se veut beaucoup plus qualitative que quantitative, c'est-à-dire que nous essayerons de présenter les résultats sous forme de récits qui sont beaucoup plus accessibles à toute personne intéressée, puisqu'ils exposent clairement les discours des informateurs.

Le travail s'articule autour de quatre grandes parties: introduction, méthodologique, la présentation des résultats de l'étude et la discussion.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 TECHNIQUES UTILISÉES

2.1.1 L'APPROCHE QUALITATIVE

La recherche sur le système de référence s'est basée sur des approches différentes selon les besoins. Différents aspects de la problématique ont été étudiés sous plusieurs angles avec une méthodologie adaptée. Les techniques de recherche utilisées sont essentiellement qualitatives. Pourtant elles présentent plusieurs avantages:

- Une étude qualitative prend en compte toutes les variables significatives dans le contexte étudié: le champ social n'est pas délimité par des variables prédéterminées.
- L'approche qualitative permet de ne pas être obligé d'identifier les variables dépendantes et indépendantes, mais de les discerner progressivement. Ceci permet une grande flexibilité, se prêtant à une révision en cours de route.
- Le contexte ou l'environnement ou encore le milieu ne peut être une variable contrôlée ou neutralisée, mais représente souvent une dimension décisive sur le comportement des acteurs. Puisque l'environnement ou les circonstances peuvent changer considérablement d'un moment à un autre, les comportements observés peuvent varier également.
- La recherche qualitative est plus indiquée dans les domaines peu connus, où les variables, causes, forces sociales ne sont pas bien connues. Elle permet une première exploration du terrain sans introduire dès le début des biais d'observation sans s'en rendre compte.
- La recherche qualitative n'exclut pas des approches quantitatives complémentaires pour renforcer les hypothèses formulées.

La recherche sur le système de référence a choisi plutôt une approche qualitative à travers des focus groups pour identifier l'opinion de la population et des interviews semi-structurées pour les infirmiers et des patients pour discerner leur conception, attitude et comportement par rapport aux références.

2.1.2 ÉCHANTILLONNAGE ET LA CONDUITE DES FOCUS-GROUPS ET DES INTERVIEWS

2.1.2.1 LES FOCUS GROUPS POUR IDENTIFIER L'OPINION DE LA POPULATION

Les discussions avec les populations se sont déroulées dans les 12 villages tirés au sort autour de 16 CS que compte la Zone de santé de Bwamanda, choisis arbitrairement parmi les CS dont les villages répondent aux critères retenus: rayon 0-2km, 2-5 km et plus de 5 km. Ainsi, les 4 CS tirés sont: Kada, Botela, Bozoko et Bodenge.

Pour le choix des villages, le procédé suivant a été adopté:

- Dans un rayon où il n'y a qu'un seul village, ce même village a été retenu
- Dans un rayon comportant plusieurs villages, un tirage au sort a été effectué.

Ces deux procédés nous ont permis de tirer les villages suivants: Bodia, Bominenge-Kada, Bombalingana pour le CS B-KADA, Botela, Bosembwa, Botili pour le CS BOTELA, Bozoko, Bozoko3 et Bozoko 2 pour CS BOZOKO, Bodenge A, Bodenge C, Mbalina pour le CS BODENGE.

Après le choix des villages sur la base de la carte sanitaire de la zone de santé de Bwamanda, nous avons entrepris une mission d'information dans les dits villages. Elle a pour objet d'informer les populations sur le but de notre déplacement, sur la portée de l'étude et ce que nous attendons d'elles.

Le moment des interviews varie d'un village à un autre selon la disponibilité des groupes. La durée de la discussion est au maximum de 75 minutes.

Par ailleurs, les discussions se sont déroulées séparément pour les hommes et pour les femmes. Il faut préciser que deux groupes de discussions dirigées sont constitués dans chaque village choisi, soit vingt-quatre (24) au total.

La technique du focus group repose sur le fait que les attitudes et perceptions de chacun se forment en interaction avec les autres personnes. Nous sommes des produits de notre environnement et nous sommes influencés par les personnes autour de nous. Le fonctionnement des focus groups se base sur le fait que les gens s'influencent mutuellement en faisant des commentaires et dans le cours d'une conversation, une personne peut changer d'avis. Les focus groups ont l'avantage d'illustrer de nombreuses opinions qui peuvent se présenter l'une à côté de l'autre dans une même population et qui peuvent même varier chez une même personne selon les circonstances spécifiques. Les résultats sont nécessairement qualitatifs.

L'analyse des focus groups s'est faite selon la méthode de codage des entretiens. Chaque questionnaire a été parcouru et des mots clés qui semblaient revenir plusieurs fois ont été notés systématiquement. Cette notification a permis un résumé des opinions systématiques sans pour autant essayer de les quantifier. La fréquence relative avec laquelle un sujet était abordé a donné le poids aux arguments développés par la population.

2.1.2.2 OPINION DES PATIENTS INDIVIDUELS À TRAVERS LES INTERVIEWS

Une opinion individuelle peut ne pas être la même que celle dévoilée dans une discussion de groupes. En plus, un patient qui a été référé, vit à ce moment une autre réalité que celle présentée pendant un focus group. Face au problème réel, le patient pourrait se comporter encore différemment d'une situation théorique pendant une discussion théorique en groupe. Les interviews pour les patients référés devraient donc permettre de croiser les attitudes en groupes avec les réactions individuelles dans une situation de référence réelle, les réponses étaient les mêmes.

Les patients ayant refusé la référence sont identifiés sur la base du registre des patients tenus par les infirmiers dans les différents Centre de Santé. Une fois identifiés, ces patients sont recherchés dans leurs villages d'origine et interviewés immédiatement sur place.

A cause des problèmes logistiques, certains patients n'ont pas pu être contactés. Ceci représente une faiblesse dans l'étude.

Les questions posées sont en général des questions qualitatives. L'analyse en conséquence a été principalement qualitative aussi. La méthode d'analyse a suivi les mêmes démarches que celle des focus groups. Certaines réponses ont été quantifiées.

2.1.3 LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

A ce niveau, il faut préciser dans la Zone de santé de Bwamanda, la référence n'est pas pauvre du fait que ce problème est plus connu par la population de ladite Zone de santé.

De ce fait, notre documentation est essentiellement composée d'écrits qui ont traité du problème (soit spécifiquement, soit de manière superficielle), sous d'autres horizons.

Il faut noter aussi, l'utilisation des documents disponibles dans les rapports Système National d'Information Sanitaire des différents Centres de Santé de la Zone de Santé de Bwamanda et de quelques ouvrages méthodologiques sur la recherche en sciences sociales.

Tous ces documents nous ont permis d'élaborer notre problématique et de planifier l'étude par:

- Les guides d'entretien adressés aux infirmiers
- Les guides d'entretien individuel adressés aux patients

3 ÉVOLUTION DE LA RÉFÉRENCE VERS L'HOPITAL GÉNÉRAL DE RÉFÉRENCE DE BWAMANDA

Dans cette section, il est question de voir l'évolution de la Référence de l'Hôpital Général de Référence de Bwamanda de septembre 2021 à Novembre 2021.

Tableau 1. Taux de référence des malades des Centres de Santé vers l'Hôpital Général de Référence de Bwamanda en Septembre 2021

N°	Centres de santé	Référence	Nouveau cas	%
1	B/KADA	62	978	6
2	MOPELA	216	2553	8
3	KOMBO	211	1189	18
4	BOTUZU	39	949	4
5	BOTELA	50	1277	4
6	MBARI	42	753	6
7	BONWAZI	35	916	4
8	BOBISI	4	584	1
9	BOGBASE	24	776	3
10	BONWAKARA	8	528	2
11	BOWARA	28	1207	2
12	BOMBISA	14	503	3
13	BONGBADA	34	1018	3
14	BOZOKO	7	709	1
15	BODEME	41	800	5
16	BODENGE	7	567	1
TOTAL		822	15307	5

La lecture de ce tableau nous démontre qu'au mois de Septembre le Centre de Santé Kombo a référé 211 cas sur 1189 soit 18%, suivi de Mopela 216 sur 2553 soit 8%, Kada 62 sur 978 soit 6% et Mbari suit avec 42 sur 753 soit 6%.

Tableau 2. Taux de référence des malades des Centre de Santé vers l'HGR de Bwamanda en Octobre 2021

N°	Centres de santé	Référence	Nouveau cas	%
1	B/KADA	71	948	7
2	MOPELA	217	2403	9
3	KOMBO	206	1183	17
4	BOTUZU	38	802	5
5	BOTELA	51	1317	4
6	MBARI	149	818	18
7	BONWAZI	19	865	2
8	BOBISI	8	427	2
9	BOGBASE	31	713	4
10	BONWAKARA	7	503	1
11	BOWARA	158	1280	12
12	BOMBISA	9	417	2
13	BONGBADA	35	936	4
14	BOZOKO	27	693	4
15	BODEME	123	831	15
16	BODENGE	10	485	2
TOTAL		1159	14621	8

Au mois d'octobre, les Centres de Santé Mbari a référé 149 sur 818 soit 18% suivi de Kombo qui a 206 sur 1183 soit 17%, Bodeme 123 sur 831 soit 15% et Bonwara 158 sur 1280 soit 12% ces Centres de Santé dépassent largement le seuil.

Tableau 3. Taux de référence des malades des CS vers l'HGR de Bwamanda en Novembre 2021

N°	Centres de santé	Référence	Nouveau cas	%
1	B/KADA	47	1017	5
2	MOPELA	185	2229	8
3	KOMBO	162	1167	14
4	BOTUZU	31	940	3
5	BOTELA	58	1274	5
6	MBARI	99	798	12
7	BONWAZI	22	895	2
8	BOBISI	6	389	2
9	BOGBASE	12	605	2
10	BONWAKARA	8	493	2
11	BOWARA	99	564	18
12	BOMBISA	17	393	4
13	BONGBADA	15	951	2
14	BOZOKO	26	688	4
15	BODEME	103	894	12
16	BODENGE	5	485	1
TOTAL		895	13782	6

Au mois de Novembre, nous avons remarqué une nette augmentation dans les Centres de Santé, notamment: Bowara 99 cas sur 564 soit 18%, Kombo 162 sur 1167 soit 14% et Mbari 99 sur 605 soit 12% et Bodeme 103 sur 894 soit 12%.

4 DISCUSSION DES RÉSULTATS

4.1 LE SERVICE AMBULANCE - RADIOPHONIE

Tous les Centres de Santé de la Zone de Santé de Bwamanda sont équipés d'énergie solaire pour l'éclairage, et d'une radio phonie dans les Centres de Santé de Référence. Ce système permet aux Centres de Santé de Référence de communiquer à tout moment avec l'hôpital général de référence de Bwamanda et d'appeler ainsi une ambulance pour évacuer les patients.

Les patients des Centres de Santé participent aux coûts de fonctionnement du système qui est incorporé dans les frais à payer (200FC) par les malades, il y a aussi une caisse d'ambulance. A noter que la Zone de santé de Bwamanda a 4 motos ambulances et deux véhicules ambulances.

Le système ambulance - radiophonie a permis d'augmenter sensiblement le nombre d'évacuation et de raccourcir en même temps le délai entre la décision d'évacuation et l'arrivée à l'hôpital.

4.2 FOCUS GROUP SUR LE SYSTEME DE REFERENCE

Une analyse des focus groups présente toujours quelques difficultés. Un focus group est constitué d'individus qui peuvent avoir des opinions différentes, voire contradictoires entre eux. On parle donc de tendances qui existent dans une population plutôt que d'une opinion de la population qui par définition n'existe pas.

Si les focus groups pouvaient révéler que la population ne voit pas une hiérarchie entre les échelons de soins, ceci ne veut pas dire qu'il n'existe pas d'individus de cette communauté qui comprennent très bien cette hiérarchie et que peut-être ils l'ont même bien exprimée pendant les focus groups. Dans le texte les phrases entre guillemets « » indiquent des expressions littérales de la population.

En général, la population comprenait très bien la réalité pour laquelle il était impossible de décentraliser les services hospitaliers au-delà d'un certain point. Elle acceptait la différence entre un centre de santé et un hôpital et la nécessité de référer parfois un patient d'un niveau à l'autre, même si elle exprimait en même temps les nombreuses difficultés liées à une référence:

- Les infirmiers sont aussi compétents que les médecins. Cependant les infirmiers aux Centres de Santé ne disposaient pas de tous les moyens pour aider les patients. Le gradient intellectuel ou technique entre les infirmiers au Centre de Santé de Référence et les médecins au niveau de l'hôpital n'était pas ou peu reconnu.
- L'infirmier doit toujours tenter quelque chose avant de référer un patient. « L'infirmier (du Centre de Santé de Référence) est compétent, mais manque des médicaments ».
- Chacun a son niveau de connaissance, comme le dit le proverbe suivant: même le patron a son patron.
- C'est pour éviter les déplacements que l'infirmier hospitalise et parle d'observation des patients à son niveau. L'infirmier du Centre de Santé envoie les patients à l'hôpital quand le cas est plus fort que lui. « Certains patients sont orientés à l'hôpital, pour qu'ils retrouvent leur santé ».
- C'est le manque du matériel ou des produits nécessaires qui pousse l'infirmier à envoyer certains patients à l'hôpital ». Raison pour laquelle le nouveau système prévoit l'affectation d'un Médecin au niveau de Centre de Santé de Référence.

4.3 ACCEPTABILITÉ D'UNE RÉFÉRENCE

Avec « acceptabilité d'une référence », on veut indiquer ici seulement le fait que oui ou non, le patient accepte que l'infirmier du Centre de Santé lui communique une référence. Accepter une référence, dans l'esprit du patient, ne signifie donc guère que la référence sera réalisée dans le sens que le patient se présentera effectivement au deuxième niveau des soins. Accepter la référence ne signifie pas que la référence soit respectée.

Dès que l'infirmier propose une référence, la personne en question réalise les conséquences liées à cette référence. Ceci explique les raisons pour lesquelles « la référence n'est jamais refusée », le patient discute avec l'infirmier en lui demandant de tenter un autre traitement avant le transfert.

4.4 LES OBSTACLES LIÉS À UNE RÉFÉRENCE

4.4.1 LES DIFFICULTÉS PRINCIPALES

Tous les focus groups ont spontanément mentionné les coûts et les difficultés de transport comme les raisons principales qui font qu'une référence n'est pas facile et pas toujours acceptée par la famille du patient et de patient lui-même pour le coût de vie à Bwamnda 'de facto'.

- Le gros problème pour nous en cas de référence, c'est l'argent. Ce problème fait qu'on ne veut même pas entendre parler d'aller à Bwamanda, même de quoi se prendre en charge c'est un problème »;
- Un autre problème, c'est le transport, surtout si l'ambulance n'est pas là. Ici, si ce n'est pas le jour du marché, c'est difficile de voir un véhicule. Récemment, dans notre village pour évacuer une femme en difficulté d'accouchement, il a fallu que son mari loue une moto à 35.000FC, pour une distance d'à peu près 70 km »;
- Notre problème à l'hôpital, c'est la nourriture, il y a aussi les à-côtés aux infirmiers, sans lesquels vous ne serez pas bien vus là-bas »;
- Les visites des malades hospitalisés, les ordonnances, la résignation, la discrimination, le recours aux guérisseurs traditionnels, le problème d'hébergement et l'ignorance sont également d'autres obstacles qui justifient les perceptions « On ne veut pas aller à Bwamanda du fait du problème d'hébergement, car là-bas si tu n'as personne, tu as toutes les difficultés à y séjourner »;
- L'ignorance, est une autre raison qui empêche certains d'entre nous à se présenter à l'hôpital, vous savez, jusqu'à présent il y a des gens qui n'ont pas encore évolué.

4.4.2 LES OBSTACLES SOCIAUX

- Pour notre part, nous apprécions beaucoup ces observations et hospitalisation (CSR) au Centre de Santé de Référence car il y a moins de dépenses, on peut rendre visite facilement au malade, à n'importe quel moment, même à pieds. Le malade est de plus à côté de sa famille, la nourriture ne cause aucun problème »;
- C'est pour éviter au patient qui habite trop loin du Centre de Santé de Référence des déplacements que l'infirmier lui donne une place au Centre de Santé de Référence jusqu'à la fin de son traitement »;
- C'est pour surveiller le patient, pour voir l'évolution de son état de santé que l'infirmier l'hospitalise à son niveau »;
- Hospitaliser un patient, c'est le droit de l'infirmier, car il relève de sa compétence, il est un agent de santé au même titre que ceux travaillant à l'hôpital. C'est le manque de matériels et de médicaments qui l'oblige à envoyer les patients à l'hôpital, si non ces collègues de l'hôpital ne sont pas meilleurs que lui ». Ici nous faisons allusion aux Centre de Santé de Référence

4.4.3 LES CROYANCES SUR CERTAINES MALADIES COMME OBSTACLE À LA RÉFÉRENCE

- Ici, si un membre de la communauté tombe malade, nous nous adressons d'abord au marabout du village ou toute personne censée avoir une qualification dans le traitement traditionnel car, vous-même, vous savez que certaines maladies sont liées aux forces surnaturelles, la médecine moderne ne peut rien.
- L'infirmier a l'habitude de référer des malades à l'hôpital, mais nous rentrons à la maison pour pratiquer le traitement traditionnel; chose que nous avons héritée de nos ancêtres et ça marche très bien.
- Le recours au traitement traditionnel est normal pour nous et nous continuerons à le pratiquer.

4.4.4 QUALITÉ DE LA COMMUNICATION

Cependant, 1409 patients des 2876 référés (soit 49%) disent comprendre pourquoi ils ont été référés. Virtuellement 1467 patients de 2876 soit 51 % des patients mentionnent donc ne pas comprendre les raisons de leur référence. Ils disent: « Il m'a dit simplement que je devrais aller, donc je suis parti ». Seulement 1140 soit 40% sur 2876 affirment qu'ils ont eu des explications spécifiques.

Nous avons 2243 cas soit 78% sur 2876 disent qu'« il faut obéir » à l'infirmier et 518 cas soit 18% sur 2876 soutiennent qu'ils étaient convaincus parce qu'ils estimaient leur état de santé était grave et 115 soit 4% sur 2876 disent que c'était eux-mêmes qui voulaient partir. Cette opinion illustre la relation plutôt autoritaire entre l'agent de santé et le patient.

La relation entre agent de santé et patient est plutôt autoritaire et hiérarchique. L'infirmier ne fournit aucun effort notable pour briser cette relation de dépendance et essayer de rentrer dans un dialogue de négociation entre adultes.

4.4.5 LES ÉMOTIONS AU MOMENT DE LA RÉFÉRENCE

Pour les émotions 1409 sur 2876 soit 49% ont affirmé qu'ils étaient soulagés au moment où l'infirmier proposait la référence. Dans ce groupe, 633 soit 22% se sont rendus au CS avec une référence dans l'esprit. Pour 518 soit 18% des patients, la référence ne posait aucune émotion particulière. Ils « se résignent et se remettent à Dieu ». En effet, 316 soit 11% ont déclaré avoir eu peur, surtout peur de mourir, au moment où l'infirmier a proposé la référence, puisqu'elles estiment qu'« une référence, ça veut dire que c'est grave ».

Aucun patient n'a dit ne pas avoir accepté la référence immédiatement. Parmi les raisons du refus, sont mentionnées l'émotion et la peur de l'inconnu. C'est finalement l'infirmier et l'entourage qui ont pu le convaincre.

La référence est donc réellement vécue comme un événement de forte émotion pour beaucoup de patients. Les infirmiers ne s'en rendent compte que très peu, comme l'ont démontré les résultats de l'interview des infirmiers où seulement 12 % font allusion à la peur spontanément. Il y en avait même qui essayaient de convaincre le patient d'accepter la référence en le rassurant que tout se passera bien.

Au regard de la qualité de la communication entre l'infirmier et le patient qui est souvent réduite au strict minimum, il est clair que la peur est rarement considérée comme un facteur important pendant la référence.

5 CONCLUSION

Le système de référence est un système dont la complexité est souvent sous-estimée. Sa complexité est due aux facteurs matériels et humains qui sont liés étroitement les uns aux autres. Les facteurs humains, aussi bien du côté du patient que du côté des agents de santé avec à chaque partie ses émotions, croyances et comportements, font que les observations répondent peu à des catégories standardisées, mais sont plutôt spécifiques.

La hausse du taux de référence est due à la politique mise en œuvre par le projet ENABEL de doter les Centre de Santé de Référence des motos ambulances et aussi les radiophonies mise en œuvre par la Zone de Santé de Bwamanda pour la communication, la tarification forfaitaire du projet de financement du système de santé a permis aussi l'augmentation de référence et contre entre les Centre de Santé et HGR de Bwamanda.

Les difficultés liées au transfert:

- Barrière financière et géographique
- Incompréhension du système de référence
- Croyances sur les maladies
- Patient peu émancipé

L'Hôpital général de référence de Bwamanda:

- Une gamme de soins complète
- Faible qualité des soins / accueil
- Existence de la contre-référence

Les agents de santé:

- Prestige à travers l'hospitalisation
- Incompréhension du système de référence et sa place dans le système de santé
- Manque d'empathie et de communication avec les patients
- Incompréhension sur le mandat spécifique de la première ligne de soins

➤ *La qualité de la communication*

Il ressort de l'étude un déficit de dialogue entre les prestataires de soins et les patients lors d'une proposition de référence. Ceci semble être confirmé et par les infirmiers eux-mêmes et par les patients.

➤ *Les observations au niveau Centre de Santé*

Les infirmiers ont confirmé que les observations à leur hauteur augmentent le prestige de l'agent. La population semble apprécier ces hospitalisations et renforce donc la tendance à préférer l'hospitalisation locale à la référence.

➤ *L'impact de la référence sur le prestige des infirmiers*

Les infirmiers ont l'impression que la référence agit négativement sur leur prestige. La population et les patients jugent d'une part la référence comme une bonne chose et d'autre part reconnaissent immédiatement les contraintes qui en sont liées. Cette ambiguïté de la population envers la référence n'encourage pas les infirmiers à s'investir dans un bon dialogue pour convaincre les patients de la nécessité d'une référence.

➤ *Les obstacles à la référence*

Ont été identifiés comme obstacles:

- Le problème de transport et son coût en cas d'absence d'ambulance
- La perception négative envers l'hôpital
- Les problèmes financiers en général
- Le coût de la nourriture dans la cité de Bwamanda

➤ *Les barrières culturelles (le recours aux guérisseurs traditionnels)*

L'utilisation du guérisseur traditionnel est très répandue. Elle explique plutôt un retard pour la population dans l'utilisation des services dits modernes et donc de la référence.

Au regard de ce qui précède, quelques recommandations seront formulées en guise de contribution pour l'amélioration et le renforcement du système de référence dans la zone de santé de Bwamanda:

a) Au niveau du Ministère de Santé Publique

- Adopter une politique autour d'un service d'évacuation des patients pour la Zone de Santé de Bwamanda;
- Accélérer la mise en œuvre du programme de formation pour la chirurgie dans les Centre de Santé de Référence;
- Renforcer la gamme des soins des hôpitaux de district avec certains soins ophtalmologiques, soins dentaires, soins ORL, lits d'observation intensive

b) Au niveau de la Zone de Santé de Bwamanda

- Revoir systématiquement tous les patients mis en observation présents lors de la visite de supervision
- Organiser une formation pour les infirmiers sur le système de référence, tout en clarifiant (entre autres) la différence entre une mise en observation d'un patient, une hospitalisation ou simplement « loger quelqu'un »
- Introduire des fiches standardisées et obligatoires de 'mise en observation' au niveau des Centre de Santé de Référence pour tous les patients qui restent plus de deux heures sous observation

c) Au niveau des Formation Sanitaire

- Intensifier le dialogue avec la population à travers les comités de santé des Centre de Santé et l'animation villageoise à ce sujet
- Sensibiliser les matrones à référer à temps au Centre de Santé de Référence et assurer leur formation continue
- Former les agents de santé (de nouveau) en Sois de Santé Primaire et PCIME tout en révisant ensemble les critères de référence et leur applicabilité sur le terrain
- Discuter du système de référence avec la population, à travers les comités de santé dans chaque Centre de Santé en expliquant la spécificité différente du mandat et de la qualité des soins des Centre de Santé de Référence et de l'hôpital
- Organiser le monitoring quantitatif et qualitatif du système de référence et des patients « mis en observation »

REFERENCES

- [1] Audibert M., Mathonnat, J et Roodenbeke, E. (2008). Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, Ed. Karthala, Paris.
- [2] BCZS BWAMANDA (2018). Rapport annuel. Bwamanda.
- [3] Commeyras, C. et Ndo, J.R. (2003). Etude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments pour les populations du Cameroun.

- [4] Flachenberg, F. et Talibo, A (1998). Santé communautaire: une expérience pilote au Mali: Handicap International, coordination technique santé.
- [5] 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, zone d'intervention du projet ALAFIA/GTZ au Niger, Université Abdou Moumouni de Niamey Niger - Maitrise en sociologie.
- [6] Lamboray et al. Histoires et traditions de nos vallées, - tome 1, Dricot, coll. Le P.A.C. Aywaille, Liège, 1995.- tome 2, Dricot, coll. Le P.A.C. Aywaille, Liège, 1997.
- [7] Lututala, B. et Coll. (2004). Les coûts annexes des soins d'hospitalisation des malades dans le réseau BDOM Kinshasa, Kinshasa.
- [8] LOHATA T. (Prof) (2012): Méthodologie et Epistémologie des sciences sociales via Sciences Politique et Administrative, éd. Presse Universitaire du Sankuru.
- [9] PINTO GRAWITZ M, (1971): « Méthodes de Recherche en Sciences Sociale», 4ème édition, Dalloz, Paris.
- [10] MINIPLAN RDC (2004). Document de stratégie de Réduction de la pauvreté (DSRP), Kinshasa.
- [11] MINISANTE RDC (2001). Plan Directeur de développement sanitaire 2002 - 2009, Kinshasa.
- [12] MINISANTE RDC (2001). Plan directeur de développement sanitaire 2002 - 2009, Kinshasa.
- [13] MINISANTE RDC (2001). Politique nationale de la santé, Kinshasa.
- [14] MINISANTE RDC (2004). Politique et stratégies de financement du secteur santé, Kinshasa.
- [15] MINISANTE RDC (2005). *Le secteur sanitaire en RDC*, DEP, Kinshasa.
- [16] MINISANTE RDC (2003). *Normes Sanitaires en RDC*, Kinshasa.
- [17] RECUEIL DE NORMES DE ZONE DE SANTE (2006). Kinshasa 2006.
- [18] Plan annuel de développement sanitaire de Tahoua, Niger 2006.