



Etat des lieux de formations sanitaires privées dans la ville de Goma, République Démocratique du Congo

Amos K. Kamundu¹, Patricia Mishika², Freddy Batechi Banyene¹,
Aimé K. Abdala³, Olivier Mukuku⁴, Zacharie Tsongo Kibendelwa¹,
Sylvain M. Munyanga¹, Stanis O. Wembonyama^{2,5}

¹ Ecole de Santé Publique, Université de Goma, République Démocratique du Congo.

² Ecole de Santé Publique, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

³ Département de Pédiatrie, Université de Kindu, République Démocratique du Congo.

⁴ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

⁵ Département de Pédiatrie, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Résumé

Les structures de santé dans la ville de Goma tentent d'offrir à la population des soins de santé en réponse à ses besoins ressentis. Cet article présente un état de lieux de formations sanitaires (FOSA) privées et la nature des soins offerts à la population pour l'ensemble de l'année 2018. Cent soixante-cinq FOSA privées ont été enquêtées. Plus de la moitié (50,3%) des FOSA privées offrent le paquet complet d'activités et 49,6% ne disponibilisent que le paquet minimum d'activités. Nonante-sept (58,8%) des FOSA privées œuvrant dans la ville de Goma avaient ouvert les activités sans respecter la procédure d'ouverture. Les FOSA privées sont moins supervisées par la hiérarchie de tutelle. Dans près de la moitié (55,1%) de FOSA privées n'ont jamais renforcé les capacités ni recyclé en cours d'exercice leurs personnels. Plus de 70% (60/83) des FOSA privées pratiquent la chirurgie sans équipement adéquat et/ou approprié et autant ne possèdent pas un personnel qualifié permanent pour la chirurgie. Durant la période d'étude, 763.600 malades ont été enregistrés dans ces FOSA parmi lesquels 149 (0,01%) transférés à une structure sanitaire d'échelon supérieur. La présente étude, basée sur une mesure quantitative, met en évidence une insuffisance dans l'offre des soins et une absence de supervision des autorités sanitaires. Elle contribue partiellement à une meilleure compréhension de l'offre de soins à Goma même si les questions de la qualité des soins et de l'accessibilité financière aux soins restent encore en suspens. Ces résultats plaident pour une évolution dans les rôles de l'Etat : celui-ci devrait se concentrer en priorité sur la régulation de l'offre de soins par ces FOSA privées.

Mots-clés : Formations sanitaires, Etat de lieux, Paquet d'activités, Goma.

Introduction

Depuis 1978, la République Démocratique du Congo (RDC) s'inscrivait dans la politique des soins de santé primaires, issue de la conférence d'Alma Ata à Russie. L'offre des soins de santé se fonde sur les méthodes et techniques scientifiquement valables, rendus à tous sans discrimination, à un coût que chaque membre de la communauté est capable de supporter dans un esprit d'autodétermination et auto-prise en charge [1].

Certaines caractéristiques sont à observer pour assurer les soins de qualité à la population à savoir la globalité pour les soins complets, l'intégration (curative, préventive et promotionnelle), la continuité (visite à domicile, recherche active des cas), la pérennisation (reproductibilité par la population), la rationalisation (l'équité), la décentralisation par l'autonomisation du pouvoir ainsi que la décentralisation, c'est-à-dire la structure de santé doit être proche de la population, il s'agit d'une accessibilité géographique (5 à 8 minutes de marche à pieds) [2,3].

Correspondance:

Stanis O. Wembonyama, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Téléphone: +243 997 027 720 - Email:wembostanis@yahoo.fr

Article reçu: 08-10-2020 Accepté: 03-12-2020

Publié: 01-01-2021



Copyright © 2021. Amos K. Kamundu *et al.* 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.

La complexité de la santé du peuple a poussé l'Etat congolais de rendre opérationnelle les structures sanitaires non étatiques (privées) en RDC afin de suppléer les structures sanitaires étatiques (publiques). Pour y arriver, en RDC, la santé est prise en charge par les structures sanitaires publiques et privées. Pour fonctionner, les structures sanitaires privées doivent avoir des documents du ministère de la Santé publique et être supervisées par celui-ci au travers la division provinciale de la santé (DPS), l'inspection provinciale de la santé (IPS) et la zone de santé (ZS).

Dans la province du Nord-Kivu, une mission d'inspection des actes administratifs et juridiques des établissements des soins privés modernes dans la ville de Goma effectuée du 03 au 25 novembre 2016 par le bureau d'inspection médico-technique de l'inspection provinciale de la santé du Nord-Kivu avait rapporté que : (i) 103 structures sanitaires non étatiques avaient été visitées dont 38 (soit 36,8%) avaient adressé leurs demandes d'enquêtes sanitaires à la zone de santé de tutelle ; (ii) 54 (soit 52,4%) structures sanitaires non étatiques étaient en ordre avec la DPS ; 20 (soit 19,4%) structures sanitaires non étatiques avaient l'autorisation d'ouverture ; (iii) 13 (soit 12,6%) structures sanitaires non étatiques seulement étaient supervisées par les zones de santé de tutelles ; (iv) aucune structure sanitaire non étatique n'a été supervisée pendant cette période par la division provinciale de la santé ni l'inspection provinciale de la santé [4]. Dans la même ville, le rapport de la zone de santé Karisimbi du 28 avril 2017 scrutant la qualité des soins dans les formations médicales non étatiques relevait que : (i) l'implantation des formations sanitaires non étatiques prime et sans être inquiétées par l'État de tutelle ; (ii) l'implantation anarchique dans les aires de santé sans respecter la procédure d'ouverture ; (iii) la pratique de la chirurgie et des accouchements dans des conditions précaires ; (iv) l'usage de moyens diagnostiques non validés en RDC (quantum magnétique analyse, test Karuho) ; (v) l'absence de suivi des formations sanitaires (FOSA) non étatiques par la DPS et IPS [5]. Selon la revue annuelle de la zone de santé Karisimbi 2017, cette zone de santé était la première en province avec 16 cas de décès maternel et le rapport affirme que plus de 60% de ces décès ont eu lieu dans les FOSA non étatiques [5].

De ce qui précède, nous nous posons la question de savoir : quel est l'impact de la pullulation des FOSA non étatiques sur la santé de la population de la Ville de Goma ? De cette question découlent deux autres questions spécifiques : quel est le degré d'effectivité de la procédure d'ouverture des FOSA non étatiques dans la ville de Goma ? Quel est l'état d'implantation des

FOSA non étatiques, infrastructures, équipement et la qualité des soins offerte à la population ? Pour trouver des réponses à ces questions nous émettons les hypothèses ci-après : (i) la pullulation des FOSA non étatiques dans la ville de Goma est due au non-respect de la procédure d'ouverture ; (ii) l'implantation anarchique des FOSA non étatiques dans la ville de Goma, la pratique des techniques non validées en RDC, l'ouverture des salles d'opération non conformes sont l'émanation de la naïveté des autorités politico administratives et sanitaires.

La présente étude s'était fixée comme objectifs de déceler la manière dont les entrepreneurs des FOSA privées procèdent pour l'ouverture ainsi qu'évaluer l'impact de ces établissements de santé sur la santé de la population de la ville de Goma en établissant un état de lieux de l'implantation de ces FOSA non étatiques ainsi qu'en évaluant leurs infrastructures, équipement et la qualité des soins offerte à la population.

Méthodes

Type, période et cadre d'étude

Cette étude s'est déroulée au cours de la période allant du 1er janvier au 31 décembre 2018 dans la ville de Goma dans la province du Nord-Kivu en RDC.

Il s'agit d'une enquête basée sur l'analyse documentaire et d'interview libre.

La technique d'interview libre a été d'une importance capitale à toute occasion de dialoguer avec les responsables des ZS, de la DPS du Nord-Kivu et les entrepreneurs des FOSA non étatiques pour la fiabilité des données. Un questionnaire a été élaboré et adressé aux entrepreneurs des FOSA non étatiques de la ville de Goma.

La technique documentaire nous a aidé à consulter les livres, les rapports de système national d'information sanitaire (SNIS), les comptes rendus des conseils d'administration des ZS, les rapports de la DPS et de l'IPS de la province du Nord- Kivu.

Nous avons inclus toute formation sanitaire non étatique œuvrant dans la ville de Goma. Nous avons répertorié 196 formations sanitaires non étatiques dans la Commune de Karisimbi et 94 dans la Commune de Goma.

Pour déterminer la taille de l'échantillon de FOSA à enquêter, nous nous sommes servis de la formule de Lynch qui est libellée de la manière suivante :

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot q}{N \cdot d^2 + Z^2 \cdot P \cdot q}$$

Où n = Taille de l'échantillon ; N = Population d'étude = 290 structures ; d = Marge d'erreur = 0,5% = 0,05 ; Z = Coefficient correspondant au degré de confiance de 95% = 1,96 ; P = Population d'avoir un bon échantillon ou prévalence. Comme la prévalence est inconnue, nous utilisons P = 0,5 soit 50% ; q = 1 - P = la population d'avoir un échantillon médiocre.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot q}{N \cdot d^2 + Z^2 \cdot P \cdot q} = \frac{290 \times 1,96^2 \times 0,5 \times (1-0,5)}{290 \times 0,05^2 + 1,96^2 \times 0,5 \times (1-0,5)} = \frac{278,5}{0,725 + 0,9604} = \frac{278,5}{1,6854} = 165 \text{ structures}$$

Pour déterminer le nombre des formations sanitaires à enquêter par commune, nous avons utilisé la formule de la proportion :

$$n1 = \frac{N1 \cdot n}{N}$$

Où n1 = taille de l'échantillon par commune ; N1 = nombre des formations par commune ;

n = taille de l'échantillon ; N = nombre des formations de la ville de Goma.

Ainsi :

Le n1 pour la commune de Goma = $\frac{94 \times 165}{290} = 53$ structures

Le n1 pour la commune de Karisimbi = $\frac{196 \times 165}{290} = 112$ structures.

Au total, 165 FOSA privées ont été enquêtées.

Considérations éthiques

Le consentement éclairé des femmes sélectionnées ainsi que l'anonymat ont été scrupuleusement respectés lors de la collecte des données.

Résultats

Plus de la moitié (50,3%) des FOSA privées de deux communes (Goma et Karisimbi) offrent le paquet complet d'activités (PCA) et 49,6% ne disponibilisent que le paquet minimum d'activités (PMA). Nonante-sept (58,8%) des FOSA privées œuvrant dans les deux communes de la ville de Goma avaient ouvert les activités sans respecter la procédure d'ouverture.

En ce qui concerne la fréquence de la supervision de FOSA privées, nous avons noté que la DPS effectue 3 supervisions annuelles au lieu de 12 supervisions recommandées et les ZS supervisent 5 fois au lieu de 12 fois l'année. Les FOSA privées sont moins supervisées par la hiérarchie de tutelle ; au cours d'une année, la DPS avait supervisé 8 FOSA (soit 4,8%) et les deux ZS avaient supervisé 38 formations (soit 23%).

Nous avons noté que 55,1% de FOSA privées n'ont jamais renforcé les capacités ni recyclé en cours

d'exercice leurs personnels et 34,5% ont déjà organisé deux formations ou plus (Tableau 1).

Tableau 1. Catégorisation des FOSA privées dans la ville de Goma

Variable	Effectif (n=165)	Pourcentage
Activités organisées par la FOSA		
PMA	82	49,7
PCA	83	50,3
Respect de la procédure d'ouverture d'une FOSA		
Oui	68	41,2
Non	97	58,8
Effectivité des supervisions		
Supervision de la DPS	8	4,9
Supervision de la ZS	38	23,0
Aucune supervision faite	119	72,1
Formation continue de renforcement de capacité du personnel		
Aucune formation	91	55,2
Une seule formation	17	10,3
Deux formations ou plus	57	34,5

PMA : paquet minimum d'activités ; PCA : paquet complet d'activités ; FOSA : formation sanitaire ; DPS : division provinciale de la santé ; ZS : zone de santé

Tableau 2. Description des FOSA privées organisant le PCA

Variable	Effectif (n=83)	Pourcentage
Proportionnalité du bâtiment pour organiser le PCA		
Proportionné au PCA	57	69,7
Non-proportionné au PCA	26	31,3
Respect du paquet d'activités doté à la FOSA par la hiérarchie		
Oui	22	26,5
Non	61	73,5
Equipped convenable et adapté pour la chirurgie		
Oui	23	27,7
Non	60	72,3
Permanence du personnel qualifié pour la chirurgie		
Oui	23	27,7
Non	60	72,3

PCA : paquet complet d'activités ; FOSA : formation sanitaire

Le tableau 2 décrit les FOSA privées dans la ville de

Goma qui organisent le PCA. Près d'une FOSA sur 3 (31,3%) fonctionnent dans un bâtiment non-proportionné pour organiser le PCA. Près de $\frac{3}{4}$ (73,5%) des FOSA privées ne respectent pas le paquet accordé et/ou le paquet selon la dénomination de la structure. Plus de 70% (60/83) des FOSA privées de la ville Goma pratiquent la chirurgie sans équipement adéquat et/ou approprié et autant ne possèdent pas un personnel qualifié permanent pour la chirurgie (dans ces FOSA, les personnels soignants pratiquent la chirurgie et le suivi des opérés après des appels téléphoniques).

Concernant la référence et contre-référence dans les FOSA privées de la ville de Goma, durant la période d'étude, 763.600 malades ont été enregistrés dans ces FOSA parmi lesquels 149 (0,01%) transférés à une structure sanitaire d'échelon supérieur. De ces 149 malades transférés, seulement 4% (6/149) de contre-références ont été renvoyées dans les structures d'origine.

Discussion

La présente étude rapporte que 50,3% de FOSA privées dans la ville de Goma organisaient de PCA, 58,8% n'avaient pas respecté la procédure d'ouverture et 55,2% n'avaient organisé aucune formation de renforcement de capacité du personnel. De ces 83 FOSA organisant le PCA, 31,3% avaient un bâtiment non proportionné au PCA, 73,5% ne respectaient pas le paquet d'activités recommandé par la hiérarchie et 72,3% ne possédaient pas l'équipement adapté pour la chirurgie. Ces résultats montrent que les établissements privés fonctionnent en grande partie sur une base indépendante et manquent souvent de formation, de personnel qualifié, d'équipements, de fournitures, de salaires ou d'incitations pour fournir des services de haute qualité.

Les formations médicales privées jouent un rôle important dans le système sanitaire général des centres urbains. L'importance du secteur privé varie d'une province à l'autre. Dans la plupart des provinces couvertes par cette évaluation, le secteur public a le plus grand nombre de structures hospitalières, à l'exception du Bas-Congo et du Sud-Kivu.

Ensemble, ces établissements fonctionnent à tous les niveaux du système de santé et offrent une vaste gamme de services. Le secteur privé représente 44% des soins ambulatoires et 25% des soins hospitaliers en RDC [6]. Quatre-vingt pour cent des structures proposant des interventions chirurgicales de base sont privées [7]. Les établissements privés obtiennent un score supérieur à

celui des établissements publics en termes de capacité opérationnelle (41% et 18% respectivement) [8].

Le secteur privé gère un nombre important de centres de santé et la moitié des hôpitaux sur l'ensemble du territoire Congolais. Il participe aussi au financement du système de santé et ce, à travers des contributions sur les frais de consultation ou examens médicaux et les contributions directes pour compléter les salaires. Le secteur privé de la santé est une source importante de soins de santé à travers la RDC.

Les prestataires à but lucratif sont concentrés dans les zones urbaines, mais les organisations confessionnelles et les ONG, souvent soutenues par des bailleurs de fonds, opèrent généralement dans des zones mal desservies [9]. Dans la province du Nord-Kivu, précisément dans la ville de Goma, quelle que soit la zone de santé, la majorité des formations sanitaires était du ressort du privé lucratif et dans la globalité les prestataires privés étaient majoritaires [10]. Plus de 75% d'utilisation globale des services de consultation curative étaient couverts par les formations sanitaires privées avec une faible qualité des soins [10]. La même étude avait montré que dans la ville de Goma (RDC), le rôle des FOSA privées dans la couverture sanitaire de la population est très important ; les FOSA privées et/ou non intégrées participent majoritairement à la couverture sanitaire de la population pour la consultation curative et les accouchements [10].

Ce constat est fait également dans une étude menée à Lubumbashi dans la province du Haut-Katanga (RDC) qui rapportait une évolution exponentielle du nombre de structures privées de première ligne et une croissance de la pratique médicalisée dans ces structures conduisant à une marginalisation de l'Etat comme prestataire de première ligne (moins de 10% de l'offre) [11].

La présente étude montre que la référence et la contre-référence sont presque inexistantes comme système de la communication de l'échelon inférieur à l'échelon supérieur, entre les formations sanitaires non étatiques et les HGR, dans la ville de Goma. Les soins de santé primaires, demandent aux formations de base, de référer à l'HGR, le 10% de tous les malades consultés, contrairement à la situation visible dans ce tableau, que durant une année, il y a eu seulement, 0,01% (149/763600) des référés pour une bonne prise en charge. Une entorse s'observe aussi aux cas référés, où 4% (6/149) seulement de contre-références ont été renvoyées dans les structures d'origine.

Conclusion

Les résultats de cette étude stipulent que, dans la ville de Goma, la majorité des formations sanitaires privées œuvrent clandestinement. Presque la moitié des FOSA privées pratiquent la chirurgie mais n'ont pas d'équipement approprié pour la chirurgie pratiquée, ni de personnel qualifié permanent dans ces FOSA. Les DPS et les ZS de tutelles effectuent rarement des supervisions dans ces FOSA non étatiques. Il a été constaté que la formation continue du personnel pouvant améliorer la qualité soins est moins organisée. Ces résultats plaident pour une évolution dans les rôles de l'Etat : celui-ci devrait se concentrer en priorité sur la régulation de l'offre de soins par ces FOSA privées.

Liste d'abréviations

DPS	: Division Provinciale de la Santé
FOSA	: Formation Sanitaire
HGR	: Hôpital Général de Référence
IPS	: Inspection Provinciale de la Santé
PCA	: Paquet Complet d'activités
PMA	: Paquet Minimum d'activités
RDC	: République Démocratique du Congo
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
ZS	: Zone de Santé

Conflits d'intérêt : Aucun.

Références

- Mbeva JBK, Schirvel C, Karemere H, Porignon D. Soutien du niveau intermédiaire au district sanitaire urbain à Kinshasa (1995-2005), RD Congo. *Santé Publique* 2012 ; 24(HS): 9-22.
- Organisation mondiale de la Santé, Organisation de Coopération et de Développement Économiques et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement / La Banque mondiale. La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle. Genève : MS, OCDE et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement / La Banque mondiale ; 2019. Consulté le 31 octobre 2020 et accessible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324737/9789242513905-fre.pdf>
- Jamart H. Critères de qualité pour décrire des centres de santé primaires communautaires. *Santé conjugée* 2011; 56: 66-70.
- Rapport de la mission d'inspection des actes administratifs et juridiques des établissements des soins privés modernes dans la ville de Goma du 30/11/2016 effectué du 03 au 25/11/2016.
- Rapport de la zone de santé Karisimbi du 28/04/2017 scrutant la qualité des soins dans les formations médicales non étatiques de son rayon d'action.
- Wang W, Temsah G, Carter E. Levels and Determinants of Out-of-Pocket Health Expenditures in the Democratic Republic of the Congo, Liberia, Namibia, and Rwanda. Washington, DC: U.S. Agency for International Development (USAID); 2016.
- Ministère de la Santé Publique (MSP). Planification familiale : plan stratégique national à vision multisectorielle 2014–2020. (Family Planning National Multi-sectoral Strategic Plan 2014–2020) Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP); 2014.
- Ministère de la Santé Publique (MSP). Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé: République Démocratique du Congo (SARA). Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP) ; 2014.
- Brunner BM, Combet V, Callahan S, Holtz J, Mangone E, Barnes J, Clarence C, Assi A, Gober S. Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo. World Bank Group ; 2019. Consulté le 16 novembre 2020 et accessible sur : <https://www.globalfinancingfacility.org/fr/le-r%C3%B4le-du-secteur-priv%C3%A9-dans-l%E2%80%99am%C3%A9lioration-de-la-performance-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-en-r%C3%A9publique>
- Mitangala NP, Kahindo MJB, Musubao Tsongo ME, Kubuya BJ, Kimanuka C. De l'utilisation des services en milieu urbain à la couverture sanitaire universelle dans le contexte du système de santé de la République Démocratique du Congo : cas de la ville de Goma. *International Journal of Innovation and Applied Studies* 2019; 26(1):175-184.
- Chenge M, Van der Vennet J, Porignon D, Luboya N, Kabyla I, Criel B. La carte sanitaire de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo Partie I: problématique de la couverture sanitaire en milieu urbain congolais. *Global Health Promotion* 2010; 17(3): 63-74.