

Appréciation de la qualité de soins par les malades dans les structures sanitaires de la Zone de Santé Urbano rurale de Bunia.

OdhipioAvuti Baudouin¹et UndehosoOkameliIsse Mundeke Elisée¹

1. ISTM Nyankunde

Auteur de correspondance : OdhipioAvuti Baudouin

Résumé

L'appréciation des malades de la qualité de soins dans les structures de santé offrant le paquet complémentaire d'activités dans la ZS de Bunia a été évalué, les dispositifs mis sur pied par les structures pour permettre aux malades d'apprécier les services dont ils sont bénéficiaires ont été identifiés et les aspects des propositions d'amélioration ont été relevés.

Après analyse et description, l'appréciation des patients et de leur famille est négative par rapport aux différentes variables étudiées, les dispositifs mis en place pour l'appréciation sont absents, les propositions d'amélioration sont l'accueil des malades, la propreté des patients.

Mots clés: *appréciation de qualité des soins, malade, structure sanitaire, zone de santé de Bunia*

Abstract

Patient's appreciation of the quality care in the health structure which gives the compliments package of the activities in Bunia ZSUR has been evaluated, Dispositions are put by structure to allow patients appreciating services that they are.

Beneficiaries have been identified and the proposition aspects of bettering have been picked up.

After analyses and description, patient's appreciation and of their families are negative thanks to the variables studied. No disposition is put for the appreciation, the hospital propriety, the rent of health care and the patient safety.

Keywords: *care quality evaluation, patient, health structure, Health District.*

INTRODUCTION

L'appréciation du patient sur la qualité du service de santé est une composante de la définition de l'évaluation de la qualité des soins selon l'OMS. C'est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le meilleur résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins (OMS, 2009 :7)

Dans le domaine de la santé, le terme « qualité des soins » est très répandu, et on lui prête souvent des sens multiples. Ce qui peut paraître des soins de qualité à un individu peut être perçu différemment par quelqu'un d'autre. Dès lors, comment peut-on juger de la qualité d'un service. La qualité n'est pas une préoccupation nouvelle pour les professionnels de la santé. Elle a plusieurs définitions dont la plus communément admise est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (Haute Autorité de Sante, 2012 :20)

Les obstacles à l'accès aux soins demeurent multiples pour des millions de malades dans le monde. L'offre de soins disponible dans les zones rurales est très nettement insuffisante et souvent d'une qualité inférieure à celle présente dans les zones urbanisées. La précarité des systèmes de santé et le manque de médecins et de personnel soignant ne permettent pas d'accroître significativement le nombre de personnes correctement prises en charge. Ainsi, près de 1,3 milliard de personnes dans le monde n'ont pas accès aux soins de santé de base chaque année. L'absence de soins de santé de qualité et adéquats entraîne le décès d'environ 4,5 millions d'enfants en Afrique (Croix Rouge française ,2009 :18).

Dans plusieurs pays africains, les hôpitaux souffrent de nombreux dysfonctionnement, délabrement des infrastructures, manque d'équipement, et de personnel, mauvaise qualité de soins, gestion défailante. Le taux d'occupation très faible ne permet pas de répondre aux besoins de soins de la population (Silber, 2009 : 24).

En 2007, une enquête de l'appréciation de patients a été menée dans plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest, ainsi le taux de satisfaction des patients mesuré à travers différentes enquêtes était faible. Les clients se plaignent du mauvais accueil, du déficit de communication entre les agents et les patients, de la pratique de la surtarification, de la limitation du nombre de produits pharmaceutiques, des conditions d'hygiène défectueuses et de la mauvaise organisation des filières de soins qui allonge le temps d'attente (Lopez et al, 2007 :10).

Dans certaines régions de la RDC, le système de santé publique s'est pratiquement effondré, et la prestation de soins de santé est en grande partie laissée à des prestataires privés informels. Le budget alloué à la santé publique 6.8% du budget annuel de l'État en 2015 sert principalement à financer le paiement irrégulier des salaires très bas aux agents de santé gouvernementaux. (CTB, 2015 :3) En clair, plus de 30 millions des congolais n'accèdent pas à des soins de qualité.

Les patients ont une vision de la qualité des soins plus orientée sur le vécu des soins : la communication avec les soignants, les délais d'obtention d'un rendez- vous, les conditions d'un séjour dans un établissement de soins, etc. Pour les patients, ces critères sont plus faciles à évaluer par rapport à leurs attentes propres. De ce fait, ils sont souvent plus sensibles à cet aspect de la qualité des soins, laissant l'excellence technique au second plan. Cette approche, liée à l'asymétrie d'information qui caractérise la relation médecin-patient, a néanmoins tendance à s'émousser ces dernières années.

Ayant constaté cela au niveau de la clinique Centre Médical Evangélique de Nyankunde à Bunia, nous y avons organisé une pré-enquête pour vérification statistique de fréquence moyenne de malades au cours des premiers semestres 2013, 2014 et 2015. Les résultats obtenus sont parlants : en 2013, 1092 malades, en 2014 ,850 malades et 2015 : 770 malades. Cette évolution décroissante nécessite des recherches sur les enjeux de la qualité des soins de santé dans les maisons hospitalieres de Bunia.

Ce travail a évalué l'appréciation des patients sur la qualité du service dans les structures sanitaires de la Zone de santé de Bunia en déterminant, en identifiant et en relevant les aspects sur lesquels il propose des améliorations.

MATERIEL ET METHODES

La présente étude a été réalisée dans les structures sanitaires de la zone de santé de Bunia située dans la ville de Bunia, en Territoire d'Irumu, dans la Province de l'Ituri en République Démocratique du Congo.

Des différentes formations sanitaires implantées dans les 17 aires de santé de la zone de santé de Bunia ont été retenues celles qui font le paquet complémentaire d'activités.

La population de cette étude est constituée de tous les malades hospitalisés et libérés normalement durant la période allant du 05 au 26 Janvier 2016, période de la récolte des données.

Quatre structures ont été tirées au sort dans lesquelles 60 malades ont été interviewés de façon occasionnelle. Ont été inclus dans l'échantillon tous les malades hospitalisés chez qui on a signé la sortie dans les structures sélectionnées durant la période d'étude.

La recherche a été conduite selon la méthode transversale telle que décrite par Vaughan et Morrow (1991).

Les données ont été collectées grâce à la technique d'interview structurée concrétisée par le guide d'interview. Tandis que leur traitement s'est effectué par les logiciels Excell et Statistical Package for Social Sciences.

Parmi les variables retenues, il y a l'adresse (structures) des malades pour la comparaison des appréciations et les variables dépendantes que sont la sécurité, la réactivité, l'accessibilité géographique, l'accessibilité psychologique, l'accessibilité culturelle, l'organisation, le bâtiment et la relation.

Pour évaluer, l'échelle de l'évaluation de la qualité de soins de Laurin (2006:170) a été utilisée. Selon cette échelle, il existe quatre différents niveaux de la qualité de soins infirmiers dont le niveau excellent, supérieur ou égal à 85%, ou niveau de qualité suffisant ; le niveau moyen est de 70 à 84 % ; le niveau de qualité médiocre, c'est de 56% à 69% ; le niveau de qualité insuffisant est inférieur ou égale à 55%.

Ainsi, en regroupant on a : $\geq 70\%$ Bonne qualité de soins ; $< 70\%$ Mauvaise qualité de soins.

Le pourcentage est calculé ici par la formule $\% = \frac{f \times 100}{N}$ où % = pourcentage

F = fréquence ou effectif

N = Nombre total des enquêtés

RESULTATS

Cette partie présente les résultats obtenus après dépouillement des variables et selon le domaine de l'évaluation de la qualité de soins, les dispositifs de l'évaluation et les positions des malades

Tableau 1. Appréciation des malades sur leurs sécurités à l'hôpital (clôture, sentinelle, et garde-fou)

Adresse	Sécurité des maladies				Total
	Mauvaise	%	Bonne	%	
HGR Bunia	19	90	2	10	21
CME CH Bunia	19	95	1	5	20
CH Rwankole	10	91	1	9	11
CH Salama	8	100	0	0	8
Total	56	93,3	4	7	60

La sécurité des malades a été appréciée mauvaise à 93,3 % pour toutes les structures et la situation est observée dans toutes les structures.

Tableau 2. Appréciation des malades sur la réactivité (paravent, confidentialité et empathie)

Adresse	Réactivité				Total
	Mauvaise	%	Bonne	%	
HGR Bunia	15	71,4	6	28,6	21
CME	15	75	5	25	20
CH Bunia Rwankole	10	90,9	1	9,1	11
CH Salama	6	75	2	25	8
Total	46	76,6	14	23,3	60

La réactivité des malades a été appréciée mauvaise à 76,6% pour toutes les structures. Cette tendance est plus observée au Centre Hospitalier Rwankole (90,9%). la Clinique de CME et Salama (75%), HGR/Bunia (71,4%)

Tableau 3. Appréciation des malades sur l'accessibilité géographique (distance, temps pour arriver et temps pour être reçu)

Adresse	Accessibilité géographique				Total
	Mauvaise	%	Bonne	%	
HGR Bunia	12	57	9	43	21
CME CH Bunia	11	55	9	45	20
CH Rwankole	9	82	2	18	11
CH Salama	6	75	2	25	8
Total	38	63,3	22	37	60

L'accessibilité géographique a été appréciée mauvaise à 63,3% pour toutes les structures. Cette situation est plus observée au CH Rwankole (82%) et Clinique Salama (75%).

Tableau 4 Appréciation des malades sur l'accessibilité financière (Cout de soins)

Adresse	Accessibilité financière				Total
	Elevé	%	Bonne	%	
HGR	2	10	19	90	21
CME	18	90	2	10	20
Rwankole	9	82	2	18	11
Salama	7	88	1	13	8
Total	36	60	24	40	60

L'accessibilité financière a été appréciée mauvaise à 60% dans toutes les structures, Cette tendance s'observe dans toutes les structures, sauf HGR/Bunia.

Tableau 5 : Appréciation des malades sur l'accessibilité psychologique (communication, accueil des malades et attitude du personnel)

Adresse	Accessibilité psychologique				Total
	Mauvaise	%	Bonne	%	
HGR	13	62	8	38	21
CME	19	95	1	5	20
Rwankole	3	27	8	73	11
Salama	4	50	4	50	8
Total	39	65	21	35	60

L'accessibilité psychologique a été appréciée mauvaise à 65% pour toutes les structures. Cette situation est plus observée au CME (95%).

Tableau 6. Appréciation des malades sur l'accessibilité culturelle (secret professionnel, séparation de salle selon le sexe, séparation de salle selon le cas, respect de la croyance, et de la valeur culturelle)

Adresse	Accessibilité culturelle				Total
	Mauvaise	%	Bonne	%	
HGR	11	52	10	48	21
CME	19	95	1	5	20
Rwankole	4	36	7	64	11
Salama	5	63	3	38	8
Total	39	65	21	35	60

L'accessibilité culturelle a été appréciée mauvaise à 65% pour toutes les structures, et cette tendance s'est plus observée au CME (95%).

Tableau 7. Appréciation des malades sur les aspects organisationnels (qualité de soins reçus, conditions d'hospitalisation, organisation des services, disponibilités des médicaments, respect de l'horaire de service et enquête de satisfaction)

Adresse	Aspects organisationnels				Total
	Mauvaise	%	Bonne	%	
HGR	19	90,5	2	9,5	21
CME	19	95	1	5	20
Rwankole	9	81,8	2	18	11
Salama	7	87,5	1	13	8
Total	54	90	6	10	60

Les aspects organisationnels ont été appréciés mauvais à 90% pour toutes les structures. Cette tendance s'observe dans toutes les structures.

Tableau 8. Appréciation des malades sur les aspects des bâtiments (aspect interne du bâtiment, aspect externe du bâtiment et confort des malades)

Adresse	Aspects bâtiments				Total
	Mauvais	%	Bonn	%	
HGR	7	33,3	14	66,7	21
CME	12	60	8	40	20
Rwankole	5	45,5	6	54,5	11
Salama	1	12,5	7	87,5	8
Total	25	41,7	35	58,3	60

Les aspects de bâtiments ont été appréciés bon à 58,3% pour toutes les structures contre 41,7% mauvais. Cette tendance s'observe plus à la clinique Salama (87,5%), HGR (66,7%)

Tableau 9 Appréciation des malades sur les aspects relationnels (écoute des patients, communication entre personnel et patients et familles de patients)

Adresse	Aspects relationnels				Total
	Mauvaise	%	Bonne	%	
HGR	14	67	7	33	21
CME	16	80	4	20	20
Rwankole	4	36	7	64	11
Salama	3	38	5	63	8
Total	37	62	23	38	60

Les aspects relationnels ont été appréciés mauvais à 62% pour toutes les structures, et cette situation s'observe au CME (80%) et l'HGR (67%).

Tableau 10. Les dispositifs de l'évaluation

Adresse	Dispositifs de l'évaluation				Total
	Non	%	Oui	%	
HGR	20	95	1	5	21
CME	20	100	0	0	20
Rwankole	11	100	0	0	11
Salama	8	100	0	0	8
Total	59	98,3	1	1,7	60

À 98,3%, les malades affirment qu'il n'existe pas de dispositifs d'évaluation de la qualité de soins dans toutes les structures.

Tableau 11. Propositions des malades pour améliorer la qualité des soins

Structures	Amélioration de l'accueil		Maintenance de la propreté		Diminution du coût de soins		Amélioration de la sécurité	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CME	18	30	18	30	19	31,5	10	16,5
HGR	15	25	6	10	0	0	0	0
Rwankole	11	20	11	16,5	9	15	4	6,5
Salama	7	11,5	0	0	8	16,5	5	8
Tot.	51	85	35	58,3	36	63,3	19	32

Les malades ont proposé l'accueil comme un des éléments pour l'amélioration de la qualité de soins à 85%.

DISCUSSION

Appréciation des malades sur leur sécurité à l'hôpital

La sécurité des malades a été appréciée mauvaise à 93,3 % pour toutes les structures (Tableau 1).

La sécurité du patient se définit comme la réduction de tout risque de préjudice évitable subi par le patient. Elle a pour ambition première d'éviter toute inversion du bénéfice/risque à se faire soigner.

Un événement indésirable associé aux soins est un événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet événement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie.

De nombreuses publications rappellent l'importance des risques associés à la prise en charge des patients et le fait qu'ils ne sont pas aujourd'hui correctement maîtrisés. (Haute Autorité de Santé, 2009 :2).

Evans et al. (2008 : 2) affirment que garantir en tout lieu et toute circonstance la sécurité des malades en milieu hospitalier est un enjeu de santé publique, reconnu comme une priorité d'action au niveau national.

La mobilisation des établissements de santé depuis de nombreuses années pour lutter contre les insécurités, qui touchent plusieurs institutions sanitaires, prouve bien que la sécurité des soins est un combat prioritaire. Les hôpitaux doivent mettre en place des politiques de prévention efficaces de l'insécurité.

En effet, des cas d'insécurité enregistrés dans l'une ou l'autre des structures sanitaires sous étude seraient dus au manque de clôture. Il y avait même des vols en mains armées dans certains de ces hôpitaux. C'est ce qui était arrivé à l'HGR de Bunia et qui a fait que cet hôpital est maintenant clôturé. Depuis lors, des cas de vol ne sont plus enregistrés. Il y a des gardiens qui contrôlent les entrées et les sorties. Il en a été de même au Centre Hospitalier de Rwankole et au CME Nyankunde de Bunia.

Appréciation des malades sur la réactivité

La réactivité des malades a été appréciée mauvaise à 76,7% pour toutes les structures. (Tableau 2).

On entend par réactivité du système de santé la capacité du système de répondre aux besoins et aux attentes de la population. Cette notion comprend également la confiance envers le système de santé, c'est-à-dire la certitude au sein de la population que le système est en mesure de répondre à ses besoins. (ICIS, 2013 : 10)

Pour l'OMS (2008 : 11), la réactivité est jugée sur deux dimensions principales : le respect des personnes (respect de la dignité, confidentialité, autonomie) et l'attention portée au patient (rapidité de la prise en charge, qualité de l'environnement, accès aux réseaux d'aide sociale, choix du prestataire).

Cette appréciation négative de la réactivité se justifierait par un certain nombre de facteurs dont les moyens financiers qui font que dans certains hôpitaux comme au CME les salles sont séparées par les rideaux, il n'y a pas de paravent, on trouve deux malades dans une même salle. Cet aspect diminue effectivement l'appréciation de la qualité de soins en ce qui concerne la réactivité.

Appréciation des malades sur l'accessibilité géographique

L'accessibilité géographique a été appréciée mauvaise à 63% pour toutes les structures (Tableau 3).

Ce résultat rejoint celui de l'enquête réalisée au Sénégal auprès des ménages (DEP, 2004). En effet, selon cette étude, l'accès aux services de santé est encore difficile au Sénégal, surtout pour les soins d'urgence. Les résultats de l'enquête révèlent que seuls 57% des populations sont à moins de 30 minutes d'un service de santé. Le taux est à 86,5% à Dakar mais tombe à 41,2% aux extrémités du fait des difficultés de transport.

En France par contre, le temps d'accès aux soins est globalement satisfaisant : 95 % de la population française ont accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes. De même, la plupart des médecins spécialistes libéraux et les équipements médicaux les plus courants sont accessibles en moyenne à moins de 20 minutes par la route. Concernant les soins hospitaliers courants, 95 % de la population française peut y accéder en moins de 45 minutes, les trois quarts en moins de 25 minutes. (Haute Autorité de Santé, 2012 :36)

Tout compte fait, la tendance est que les structures hospitalières visitées présentent des problèmes d'accessibilité physique car elles se situent à l'extrémité de la ville de Bunia et il

faut du temps pour être reçu à l'hôpital. Bien plus, l'analyse des fréquentations de ces structures a montré que la plupart des patients proviendraient des endroits forts éloignés.

Appréciation des malades sur l'accessibilité financière

L'accessibilité financière a été appréciée mauvaise à 60% dans toutes les structures, sauf à l'HGR/Bunia (Tableau 4).

Pour Eddy Kieto- Zola (2006), le coût des soins est plus élevé dans les centres de santé du secteur privé lucratif et non lucratif (confessions religieuses) que dans les centres de santé du secteur public. Ce coût élevé des soins en secteur privé s'expliquerait par le fait que la tarification ne tient pas compte du niveau de revenu de la communauté à cause du manque d'appui de l'extérieur. En outre, la situation est amplifiée par le non application de la politique des soins de santé primaires dans ce secteur. En définitive, l'accessibilité financière pose un problème, car les individus et les ménages se retrouvent dans un cercle infernal de pauvreté chronique.

Selon CBD (2013 : 12), le diagnostic de la situation du financement de la santé, posé lors de l'élaboration du PNDS et de la révision de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé en 2010, a permis d'en dégager les problèmes prioritaires, problèmes qui interpellent tous les acteurs intervenant dans le secteur en RD Congo. Il s'agit, entre autres du budget de l'État consacré à la santé qui reste faible et largement inférieur aux engagements des chefs d'États pris à Abuja (consacrer 15% du budget national pour la santé), la fragmentation de l'aide au développement consacrée à la santé, mettant ainsi en péril le caractère global, continu et intégré des soins de santé, le manque d'encadrement dans l'utilisation des ressources financières provenant de la communauté alors qu'elles constituent dans la plupart des cas les seules sources permettant aux formations sanitaires d'assurer leur fonctionnement.

Enfin, le paiement direct des soins par la population est contraire aux principes de couverture universelle prônés par l'OMS ; ce mode de paiement entraîne l'exclusion de près de 75% des usagers des services de santé à cause de la pauvreté.

Ce résultat est contraire à celui de l'étude menée dans le District de Kisantu selon laquelle les réformes ont abouti à une plus grande transparence dans le système des paiements, à une amélioration de la disponibilité des médicaments, à une meilleure prévisibilité des coûts pour le patient, et à une amélioration de l'accès financier aux services de santé, et les résultats indiquent par ailleurs une utilisation plus rationnelle des ressources, avec un meilleur filtrage au premier échelon des services de santé et un recours plus efficace aux services offerts par l'hôpital (CTB, 2015).

Somme toute, l'appréciation positive de l'accessibilité financière en qualité de soins à l'HGR s'expliquerait par les subventions reçues du Gouvernement. Cet hôpital est une institution publique de l'Etat ; c'est la raison pour laquelle il est subventionné, tandis que les autres sont des lucratives et confessionnelles.

Appréciation des malades sur l'accessibilité psychologique

L'accessibilité psychologique a été appréciée mauvaise à 61% pour toutes les structures. Cette situation est plus observée au CME (95%) (Tableau 5).

Selon Abdou Karim Gueye et al (2009), l'interaction entre les demandeurs de soins et l'espace hospitalier constitue en général une trajectoire complexe et éprouvante que les populations hésitent à entreprendre. L'accueil en urgence ou non représente pour de nombreux patients le premier obstacle à franchir du fait de l'inexistence d'un cadre qui lui est dédié, de la quasi-absence de personnel à certaines heures et des difficultés de communication pour une bonne compréhension des besoins et une orientation correcte des malades.

Bumba Moaso (2009) affirme que les relations interpersonnelles entre patients et personnel soignant sont un élément tout aussi important. L'accueil, la marque de compassion, le respect du patient en tant que personne, le temps consacré au malade par le soignant, les explications prodiguées, l'honnêteté dans le comportement des professionnels de santé sont autant d'éléments de la qualité perçus par les usagers

En effet, si l'aspect accessibilité psychologique est mal apprécié, cela serait lié à l'inhospitalité du personnel soignant. À cause de la faible rémunération, le personnel soignant est démotivé et intéressé plus aux malades chez qui il peut avoir du pain ou qui entretient avec lui certaines relations d'intimité ou de familiarité.

Appréciation des malades sur l'accessibilité culturelle

L'accessibilité culturelle a été appréciée mauvaise à 65% pour toutes les structures. Cette tendance s'observe plus au CME (95%) (Tableau 6).

Selon Beninguisse et al (2011 : 3), c'est dans la perspective des clients que l'accessibilité culturelle est examinée en tant qu'indicateur de qualité des services et de soins. Du point de vue de l'accessibilité culturelle, une bonne qualité de services et de soins est appréciée par rapport à l'attention accordée aux attentes et préférences des malades dictées par leurs coutumes et traditions.

Pour David et al. (2013 :3), l'accessibilité sociale et culturelle peut être améliorée en faisant en sorte que les agents de santé et le système de santé d'une manière plus générale

traitent tous les patients et leur famille avec dignité et respect, et la prise en compte des déterminants sociaux plus larges de la santé permettrait également d'améliorer l'accès aux services de santé ; on réduira en particulier les différences d'accès en luttant contre la pauvreté et les inégalités de revenu.

L'OMS (2013 :6) ajoute aussi que l'acceptabilité est faible lorsque les patients perçoivent les services comme inefficaces ou lorsque des facteurs sociaux et culturels tels que la langue ou l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique ou la religion du dispensateur de soins les découragent de consulter.

En effet, de par leur état physique et psychologique, les malades sont très exigeants. Ils aimeraient qu'on les respecte, que l'on tienne compte de leur affinité culturelle, religieuse, linguistique, sexe, âge, ... Tous ces éléments sont pour eux des indicateurs de qualité de soins. Or dans des hôpitaux comme la clinique du CME Nyankunde, les salles ne sont séparées. Selon la culture africaine, on ne peut pas mettre ensemble les hommes et les femmes ainsi que les enfants.

Appréciation des malades sur les aspects organisationnels

Quant à l'appréciation de la qualité de soins selon les aspects organisationnels, cela touche à la question de la qualité de soins perçue, à la condition d'hospitalisation, à la disponibilité des médicaments et à l'enquête de satisfaction. Les aspects organisationnels ont été appréciés mauvais à 90% pour toutes les structures. Cette tendance s'observe dans toutes les structures (Tableau 7).

Ce constat rejoint le résultat de l'enquête de Ministère de la Santé Publique/RDC (2010) selon lequel ces données montrent clairement que les HGR et les autres structures faisant fonction d'HGR de la RDC offrent des soins dont la qualité est très fortement entamée du fait de l'insuffisance des médicaments et des intrants spécifiques et du matériel adéquat de travail. La RDC connaît des problèmes de la définition des besoins en médicaments, de la fragmentation des approvisionnements et de la distribution, de la disponibilité des médicaments essentiels et intrants spécifiques dans les formations sanitaires. D'une manière générale il manque des infrastructures, certaines infrastructures sont dans un état de délabrement avancé, les équipements sont vétustes, les équipements sont incomplets, non conformes, insuffisants, l'approvisionnement des infrastructures sanitaires en eau courante et en électricité est difficile, ...

En effet, le taux élevé de la mauvaise appréciation serait lié aux mauvaises conditions d'hospitalisation caractérisées par le manque de literies, des latrines, la rupture des stocks de

médicaments, l'insuffisance d'équipement et le manque d'enquête de satisfaction dans ces structures.

Appréciation des malades sur les aspects des bâtiments

S'agissant des aspects de bâtiments, ils ont été appréciés bon à 58,3% pour toutes les structures (Tableau 8).

Ce résultat est confirmé par le rapport du Ministère de Santé Publique/RDC (2010) selon lequel aujourd'hui, le système de santé montre une inadéquation entre l'offre de services et de soins de santé de qualité et le plateau technique requis dans un grand nombre d'infrastructures sanitaires existantes toutes les catégories confondues y compris les établissements d'enseignement de la santé : il manque des infrastructures, certaines infrastructures sont dans un état de délabrement avancé, les équipements sont vétustes, les équipements sont incomplets, non conformes, insuffisants, l'approvisionnement des infrastructures sanitaires en eau courante et en électricité est difficile.

A Lubumbashi, selon Kapanda (2012 : 12), la qualité interne et externe des infrastructures sanitaires publiques devient de plus en plus inquiétante. Murs fissurés, mal équipés et peu entretenus, le personnel démotivé et les malades mal accueillis, voilà le tableau que présentent la majorité des hôpitaux et centres de santé publics.

Appréciation des malades sur les aspects relationnels

Les aspects relationnels portent essentiellement sur l'écoute des patients, la communication avec le malade et enseignement aux malades. Ils ont été appréciés mauvais à 62% pour toutes les structures et cette situation s'observe au CME (80%) et l'HGR (67%) (Tableau 9).

Phaneuf (2012 :21) donne d'abord la première importance à l'aspect relationnel parce que la qualité technique et organisationnelle des soins ne suffit pas à recueillir la satisfaction des malades. Bien que ce critère ne soit pas le seul, il demeure un indicateur important de la qualité des soins.

Il faut considérer que bien que les utilisateurs de soins soient de plus en plus avertis, ils ne peuvent pas toujours juger de manière pertinente des soins reçus, mais ils peuvent facilement évaluer leurs qualités humaines reliées à la communication et à la relation d'aide. Les infirmières et les infirmiers sont de plus en plus considérés comme des agents de promotion de la santé, de prévention des complications de la maladie.

La mauvaise appréciation se justifierait par la démotivation du personnel non ou mal payé, non pris en charge, non stimulé pour une bonne prestation. Partant, la qualité de soins est mal perçue.

Appréciation des malades sur les dispositifs de l'évaluation de la qualité

Cette appréciation concerne la boîte de suggestion, le questionnaire de l'enquête de satisfaction. Pour ce faire, 98% des malades affirment qu'il n'existe pas de dispositifs d'évaluation de la qualité de soins dans toutes les structures.

Phaneuf (20012) soutient que pour prendre la mesure de la qualité et de la continuité des soins, les enquêtes de satisfaction de la population desservie sont d'autres moyens éclairants. Leur rigueur méthodologique permet de découvrir où se trouvent les points de force et de faiblesse de l'organisation. Un des objectifs étant d'obtenir des données continues, le questionnaire peut être remis à la sortie du malade. Bien que souvent le taux de réponse soit faible, cette manière de faire donne des indications utiles.

Nous pensons qu'il peut y avoir quelques dispositifs comme une boîte de suggestions que l'on retrouve, par exemple, à l'HGR de Bunia mais qui n'est pas vulgarisé.

Points à améliorer proposés par les malades

Les malades ont donné les propositions suivantes pour améliorer la qualité des soins dans les structures sanitaires de la Zone de Santé de Bunia : l'amélioration de l'accueil des malades, le maintien de la propreté, la diminution du coût des soins, l'amélioration de la sécurité des malades.

Ce constat rejoint l'idée de Zeynep (2007 : 9) selon laquelle une enquête de l'appréciation des patients a été menée dans plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest, ainsi le taux de satisfaction des patients mesuré à travers différentes enquêtes était faible. Les clients se plaignaient du mauvais accueil, du déficit de communication entre les agents, et les malades, de la pratique de surtarification, la limitation du nombre de produits pharmaceutiques, les conditions d'hygiène défectueuses et la mauvaise organisation des filières de soins qui allonge le temps d'attente.

Selon Bumba (2009 :7), la proposition des malades rejoint le but primordial du Chantier Santé du Chef de l'Etat qui est de promouvoir l'état de santé de toute la population en fournissant des soins de santé de qualité, globaux, intégrés et continus avec la participation communautaire, dans le contexte global de la lutte contre la pauvreté. L'accès aux services de santé de base est l'un des facteurs clefs favorisant une meilleure santé des populations.

L'utilisation adéquate des services de santé est donc importante pour améliorer la santé des populations, notamment dans les pays en développement où des barrières économiques, physiques et sociales existent. L'utilisation des services de santé peut entraîner l'amélioration du bien-être et de la santé des populations. Ceci ne peut se faire qu'à double condition : que les services offerts soient efficaces, et que la population en fasse un usage rationnel.

Tout compte fait, les faiblesses décriées seraient liées au faible budget alloué au secteur de la santé et la faible rémunération du personnel de santé.

CONCLUSION

Cet article évaluant les appréciations des malades sur la qualité de soins dans les structures sanitaires de la zone de santé de Bunia a identifié les dispositifs mis sur pied pour apprécier les services dont les malades sont bénéficiaires et a relevé les aspects sur lesquels ils proposent une amélioration.

En définitive, l'appréciation des patients et de leur famille est négative par rapport aux différentes variables étudiées ; les dispositifs mis en place pour l'appréciation sont absents. En propositions, il faut améliorer la qualité des soins en soulignant l'accueil des malades, la propreté de l'hôpital, le cout des soins et la sécurité des malades. En perspective, les pistes de recherche ultérieure sont l'utilisation des services dans les structures sanitaires de la ZSUR de Bunia.

RÉFÉRENCES

- Bumba Moaso Djongi E. A. (2009), *Déterminants socioéconomiques influençant l'accessibilité aux soins dans la zone de santé de Masa, cas de l'hôpital général de référence Masa/Kasangulu, province du Bas-Congo*, Kinshasa, UNIKIN,
- Beninguisse G., Nikiema B., Fournier P. et Haddad S. (2012) *L'accessibilité culturelle, une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique*, Montréal, Université de Montréal, thèse en gynéco, année académique 2010-2012.
- CBD (2013), *Financement et qualité des services et soins de santé en RDC*, Kinshasa, CBD
- Croix Rouge Française (2009), *Accès aux systèmes et soins de santé primaires*, Niamey, Croix Rouge Française 2
- CTB (2015), *Amélioration de l'accès financier aux soins de santé dans le District de Kisantu en RDC*, Kisantu, CTB,
- Eddy Kieto, Z, (2006), *Analyse comparative de la prise en charge et du coût des soins d'un épisode du paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans*, Kinshasa, UNIKIN, DES, en économie de la santé, Année académique 2004 – 2005
- Gueye Abdoul Karim et Seck Pape Salif (2009), *Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers au Sénégal*, Dakar, GTS.
- Haute Autorité de Santé (2012), *Définir ensemble les nouveaux horizons de la qualité de soins*, Paris, Maloine
- Haute Autorité de Santé (2012), *Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité de soins*, Paris, Maloine
- Haute Autorité de Santé, (2009), *Amélioration des pratiques et sécurités des soins*, Paris, Maloine
- Kapanda (2012), *Infrastructures sanitaires véritables mouroirs*, Lubumbashi, Mwanainchi
- Lopez, A, et Remy P-L. (2007), *Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé*, Paris, Maloine,
- OMS (2008), *Mutuelle de santé et financement du système de santé*, Genève, OMS
- OMS (2009), *Evaluation de l'assurance de la qualité des soins de santé primaires*, Genève, OMS,
- OMS (2013) *Accessibilité culturelle des malades*, Genève, OMS,
- Phaneup (2012), *Qualité et continuité des soins*, Montréal, Université de Montréal,
- Silber (2009), *Les maux de l'hôpital public en Afrique*, Dakar, SENEPLUS

- Vaughan et Morrow (1991), *Manuel d'épidémiologie pour la gestion de la santé du district*, Genève, OMS.
- Zeynep et al (2007) *Principes et enjeux de la tarification de l'activité à l'Hôpital*, Paris, IRDES.
- ICIS(2013) *Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien*, Montreal, ICIS.
- DEP (2004) *Etude de l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé*, Kinshasa, DEP.
- Ministère de Santé Publique (2010) *Plan National de développement sanitaire*, Kinshasa, MINSAPU.
- Abdou Karim Gueye et al. (2009) *Etude de l'accessibilité aux soins hospitaliers au Sénégal*, Dakar, Groupr thématique santé.
- PNDS