

## **FACTEURS LIMITANT LA REFERENCE DES PATIENTS DANS LES ZONES DE SANTE EN FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE**

*CAS DE ZSR. DE TSHILENGE et CITENGE*

*Willy OMASUMBU LUKULUNGA, Auteur Principal, ISTM Lusambo  
Beaudras TABIBI MANGOMBO, Coauteur, ISTM Kinshasa*

### **RESUME**

L'amélioration de l'état de santé des populations constitue à la fois un objectif économique et social de développement et de réduction de la pauvreté. Ceci pour assurer des soins de santé primaire de qualité à toute la population. Les systèmes de santé dans le monde entier font face à un problème de financement ; Outre, une insuffisance de financement, une des raisons du retard en matière de santé en Afrique subsaharienne réside dans le dysfonctionnement et la faible performance des systèmes de santé. Cette étude a pour objectifs : d'identifier les facteurs limitant la référence aboutie chez les prestataires que chez les patients et d'Analyser les liens existants entre les facteurs environnementaux, démographiques, socioculturels, socio-économiques, sanitaires et organisationnels et la référence aboutie.

Le sujet de facteurs limitant la référence dans les Zones de santé en financement basé sur la performance en particulier et d'autres Zones de santé n'ayant pas ce système d'appui trouve sa raison d'être de façon à assurer la continuité de soins des personnes et l'implication des uns et des autres dans la réalisation des activités de santé.

Il ressort de cette étude, que 3 variables présentent des résultats qui sont statistiquement significatifs : Bas niveau d'instruction de la communauté (facteurs socio culturels) ; Longue distance entre les CS et HGR (environnementaux) et Faible réalisation de visite à domicile et/ou sensibilisation de la communauté au sujet de système de référence et modalité de paiement des couts. Ces trois facteurs ont joué les rôles les plus significatifs. Mais les facteurs économiques ; démographiques et sanitaires sont moins concernés.

**Mots-clés : Facteur, Référence, Financement basé sur la performance**

### **ABSTRACT**

Improving the health status of the population is both an economic and social objective of development and poverty reduction. This is to ensure quality primary health care for the entire

population. In addition to insufficient funding, one of the reasons for the health gap in sub-Saharan Africa is the dysfunctional and poorly performing health systems. The objectives of this study are: to identify the factors limiting successful referral among providers and patients and to analyze the links between environmental, demographic, socio-cultural, socio-economic, health and organizational factors and successful referral.

The subject of factors limiting referral in the performance-based financing health zones in particular and other health zones that do not have this support system finds its *raison d'être* in order to ensure the continuity of care of the people and the involvement of everyone in the realization of health activities.

It appears from this study that three variables present statistically significant results: Low level of education in the community (socio-cultural factors); long distance between the health centers and the RGH (environmental factors); and low level of home visits and/or community awareness of the referral system and cost payment methods. These three factors played the most significant roles. But economic, demographic and health factors were less concerned.

**Keywords: Factor, Referral, Performance-based financing,**



## INTRODUCTION

Une étude d'un grand hôpital de référence à Karachi a trouvé que les 118 femmes amenées mortes à la maternité de l'hôpital résidaient toutes dans un rayon de 8 km. Les facteurs sociaux et culturels ont joué les rôles les plus significatifs. Une enquête récente sur les décès maternels en Afrique du Sud a rapporté un taux de 18% de morts évitables, dues à des problèmes de transport, et 57% à des problèmes internes aux services, relatifs à la gestion des urgences (National Committee on Confidential Enquiries into Maternal death 2000). Des résultats similaires ont été rapportés au Ghana. (Albrecht Jahn & Vincent De Brouwere, *sd*), 70 à 90 % des décès maternels enregistrés dans les formations hospitalières proviennent des patientes évacuées des formations sanitaires périphériques. Situation de l'HOMEL 8500 admissions dont 35 % d'évacuées ; décès maternels X 5 ; décès néonataux X 6 chez les évacuées. (R. X. Perrin, D. G. Komongui et Coll., 2012).

En 2015, au moins 400 millions de personnes dans le monde n'avaient pas accès aux soins de santé [1]. Dans de nombreux pays d'Afrique, les taux d'utilisation des services de santé atteignent rarement 0,5 contact par personne et par an [2]. Il y a plusieurs facteurs qui influencent l'accès aux soins et services de santé : les lieux où ceux-ci sont disponibles, les niveaux organisationnel et fonctionnel de la structure sanitaire, la gamme de services offerte, la capacité qu'ont les ménages à se déplacer vers les services, les problèmes de santé des utilisateurs des services, les besoins sanitaires de la population, la culture et bien d'autres [3]. Toutefois, les coûts élevés des soins, l'insuffisance des moyens de transport des malades, la longue distance, la prescription des ordonnances médicales suite à la faible disponibilité des médicaments essentiels dans les hôpitaux, la résignation, la discrimination, le recours aux guérisseurs traditionnels, le problème d'hébergement et l'ignorance sont comptés parmi les obstacles qui justifient les perceptions négatives de la population par rapport à la référence et contre référence [12]. Dans la majorité des systèmes de santé africains, les États ont réduit leur contribution au financement des services de santé, si bien qu'aujourd'hui les patients doivent financer de leur poche la plus grosse part du coût des soins. Un énorme problème. (MUHINDO VUTEGHA Jérémie, 2017)

En République Démocratique du Congo (RDC), selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS 2013-14), 15% de la population ont accès aux soins de santé en ambulatoire, sans des véritables différences entre les milieux de résidence. Le taux de fréquentation hospitalière était estimé à 8%. Cette faible utilisation des services de santé a comme conséquence le taux élevé de la mortalité maternelle et de la mortalité observée chez les enfants de moins de cinq ans. On estime à 1 sur 10 le nombre d'enfants qui meurent avant d'atteindre l'âge de cinq ans.

La mortalité maternelle représente 35% de tous les décès de femmes de quinze à quarante neuf ans [14].

Le taux de référence aboutie est d'avantage en decrescendo dans lesdites Zones de santé soit 5% (2015) et celui de Citenge à 4% (2015) ; contrairement aux normes sanitaires qui stipulent qu'au moins 85 % des patients référés doivent atteindre la structure de référence et y consommer les soins. Sans ignorer que la référence aboutie constitue le but précis de la référence réalisée par les établissements de soins de santé de premier échelon. Comme on peut le constater, le Plan d'Action Opérationnel 2015 de la Zone de santé de TSHILENGE renseigne par ailleurs, que la de référence aboutie présente un faible taux. En plus, la zone de santé dénote un faible taux de malades référés dans le temps. Ce qui semble démontrer le non-respect d'ordinogramme avec comme cause la séquestration des malades dans les formations sanitaires ou bien d'autres causes à rechercher. De plus, les pathologies qui sont à la base de ces décès sont celles diagnostiquées dans des établissements de soins de santé. D'après le PAO de Tshitenge (2015), le nombre des décès relevé dans la communauté est 10 fois plus élevé que celui observé dans les établissements de soins de santé.

La référence constitue un véritable problème dans les structures sanitaires de différentes zones de santé, que les prestations des services et soins de santé soient subventionnées ou pas, les statistiques à notre possession démontrent des faibles taux de référence dans les ZSR de Miabi en moyenne (6ans) 3.9%; ZSR de KASASA 2.62% ZSR de BIBANGA 2.4 % et ZSR. TSHILENGE 4 % sur l'objectif de 15% pour PNDS et 10% PAPOMD (PBF). **(DPS K. Or. 2015 et PAO 2015).**

Les zones ci-haut citées, ont signé un contrat dans le cadre d'achat de performance ou des prestations, tels que les soins curatifs, accouchement, référence aboutie et contre référence des patients pris en charge, la structure sanitaire bénéficie des avantages pécuniaires de la part des services contractuels ou d'achat de performance mais concrètement on note une contreperformance.

Alors que, le RBF ou PBF est une approche de financement des services de santé qui vise à augmenter la qualité et la quantité des services et des soins fournis à la population; dans le respect des normes, et à travers l'achat de résultats. **(AEDES/SCEN AFRIK (sd)).**

C'est un mécanisme par lequel, le paiement des subsides est conditionné par la Réalisation des objectifs définis. Il vise à inciter les prestataires des services (Médecins, infirmiers, enseignants, directeurs d'écoles, ...) aux initiatives Positives pour améliorer de façon efficiente leurs services et la qualité des Services sociaux de base.

Outre, c'est une stratégie de développement qui consiste à subventionner les résultats d'un travail bien fait. Plus les résultats ou les performances sont meilleures, plus les subventions augmentent et par conséquent les primes au personnel.

Le meilleur revenu va accroître la motivation du personnel mais va également servir de point d'entrée Pour exiger aux employés qu'ils rendent des comptes.

Selon le management le paiement basé sur la performance est défini, , comme un système de financement de programme selon lequel le payeur soutient le programme du prestataire en fonction de la performance de ce dernier, c'est-à dire si le prestataire obtient les résultats convenus ou atteint les buts de santé pour les clients.

Il soutient que le fait de lier le paiement de fonds aux résultats des services, relève d'une stratégie hautement efficace que les organismes de financement peuvent utiliser pour responsabiliser les organisations de services et les encourager à atteindre les buts des programmes.

**(Jackson MPABONYIMANA, 2012).**

Le but de cette étude est de déterminer les facteurs limitant la référence aboutie dans la province de K. or en général et dans les formations sanitaires des ZSR de FBP en particulier afin d'en relever les niveaux de référence de patients et leur aboutissement.

Pour mener à bien cette étude, une question mérite d'être posée à savoir :

Quelles sont les facteurs limitant la référence aboutie des patients au sein de ZSR de TSHILENGE et CITENGE ? Nous pensons que les facteurs socio-économiques, organisationnels, culturels, environnementaux et démographiques ainsi que les facteurs sanitaires limiteraient l'aboutissement de référence aboutie.

## **METHODOLOGIE**

### ***Justification***

Le rapport de l'OMS de 2003, souligne que de nombreux facteurs, qui ne dépendent pas directement du système de santé, tels que la pauvreté, les conflits armés, l'instabilité institutionnelle et les lacunes de l'infrastructure, sont à l'origine de faible utilisation des services de santé.

En 2012, l'OMS, ajoute et publie encore un article qui examine certains des principaux obstacles rencontrés par les différents groupes sociaux pour accéder aux services de santé dans les pays arabes. Ces obstacles peuvent être d'ordre social, culturel, administratif, organisationnel ou financier et avoir un impact sur la population en fonction du sexe et de l'ethnie à des degrés divers. Les gouvernements sont instamment priés de s'attaquer aux inégalités en santé engendrées par ces obstacles et de promouvoir l'équité, la solidarité et la justice au moyen de politiques sociales qui renforcent le développement social et national. Le bon fonctionnement de tout système de santé hiérarchisé repose donc sur l'existence effective

d'un système de référence et contre référence, c'est-à-dire sur l'organisation préétablie du renvoi d'un patient vers un niveau supérieur, si nécessaire. **(Jean-Luc R., 2001)**

Système de référence est un ensemble de dispositions prises pour permettre d'adresser un malade d'un échelon inférieur à un échelon supérieur ayant plus de compétence pour lui assurer une meilleure prise en charge.

L'organisation de la référence des patients contribue à faire chuter les taux de mortalité parmi les malades consultant pour complications obstétricales de 20 % à 10 % en 5 ans. Le système de référence et contre référence est particulièrement important pour les soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Il facilite l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence [12] et contribue ainsi à réduire le nombre des décès évitables dans cette catégorie de population et dont les principales causes sont évitables [10], [11]. **(MUHINDO VUTEGHA Jérémie, 2017)**

L'organisation du système de référence et contre référence, la disponibilité de soins de qualité seules n'impliquent pas l'accès et la consommation de soins et services de référence et contre référence mais, l'implication de la communauté et la compréhension des conséquences négatives à la santé dans l'analyse des problèmes ainsi que la prise de décision sur l'utilisation de soins disponibles est capital. **(Jean-Luc R., 2001)**

Mener une telle étude contribuerait pas seulement, à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins (problème médical et de santé publique) et/ou réduction de nombre de décès mais aussi orienter les décideurs à adopter des stratégies pouvant permettre de combattre certains facteurs environnementaux et démographiques, socioculturels, socio-économiques, sanitaires et organisationnels limitant la référence aboutie au sein des Zones de santé en FBP de façon particulière et d'autres Zones de santé de manière générale.

Donc, concernant la province du Kasai oriental en général et la Zone de santé rurale de Tshilenge en particulier leurs taux de références évoqués ci-haut sont en dessous des normes sanitaires ou objectives. Voilà, ce qui a provoqué en nous le souci du choix de l'étude sur les facteurs limitant la référence et contre référence dans les Zones de santé en PBF en l'occurrence ZSR de TSHILENGE (PAP-OMD/PBF) qui sera comparée à CITENGE ZSR appuyée partiellement. Néanmoins, toutes les deux bénéficient de l'encadrement et accompagnement de la DPS Kasai Oriental.

L'étude s'est réalisée en milieu naturel dans le territoire de TSHILENGE précisément dans la zone de santé Rurale de TSHILENGE et au territoire de KATANDA : zone de santé de CITENGE

La ZS de santé de Tshilenge compte 49 structures de soins primaires dont : 21 Centres de santé intégrés et 28 privés logés dans des infrastructures non viables. Les structures mères ou

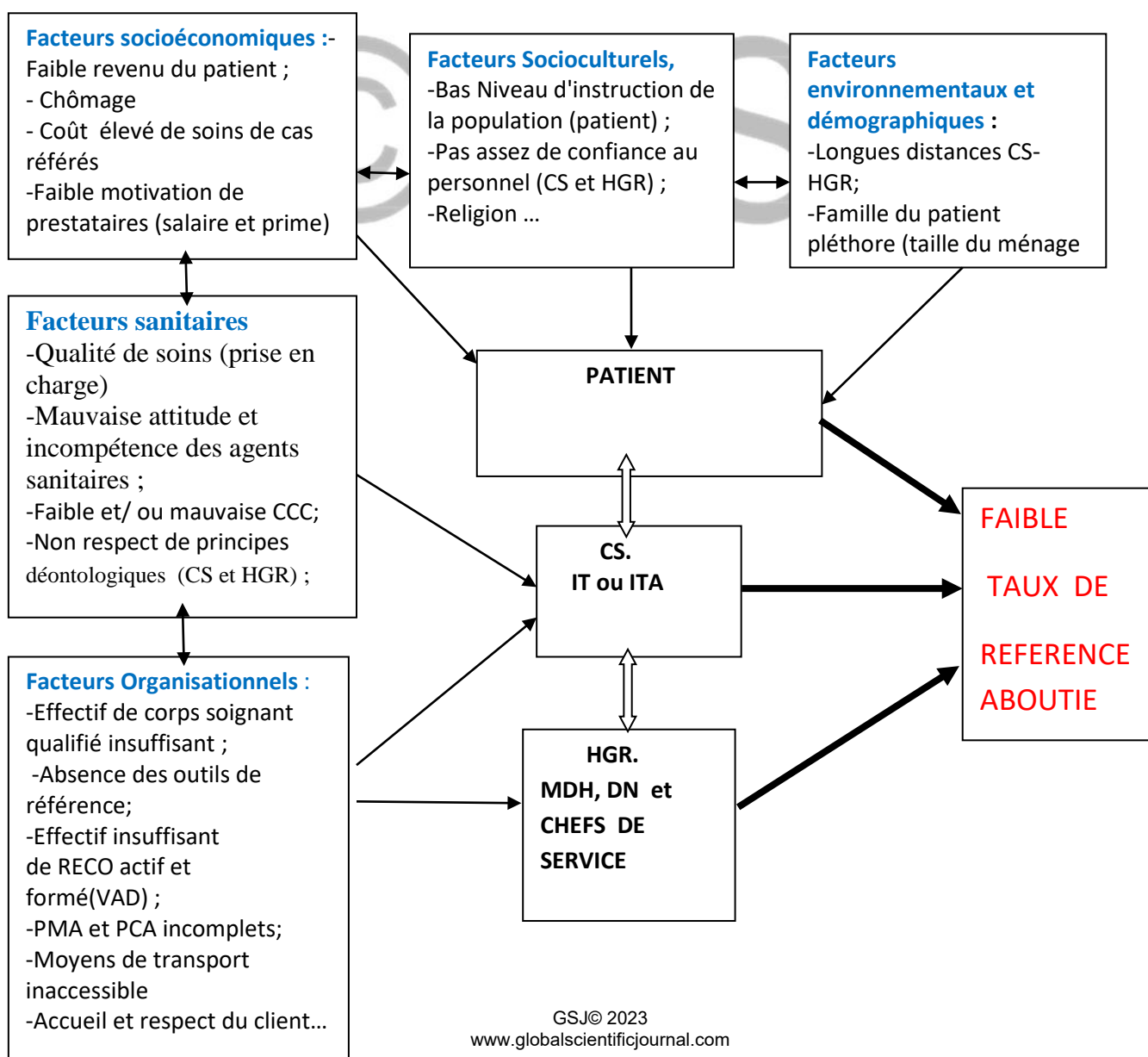
leaders sont 21 dont une par aire de santé de ces dernières, la grande majorité appartient à l'Etat (80%) tandis que 20% relèvent du secteur privé non lucratif et d'institution confessionnelle.

**Cadre de référence**

Pour expliquer ces phénomènes complexes, nous nous sommes référés au modèle éco systémique qui établit les relations entre différentes variables dans les faibles taux des références aboutie des patients regroupés en cinq stades interagissant les uns avec les autres et ont des répercussions sur notre variable dépendante point de convergence des facteurs, leurs influences sur les faibles taux cités en tendance régressive. L'intérêt de ce modèle tient au fait qu'il pourrait servir à analyser les problèmes de la tendance régressive des indicateurs due à quelques barrières au sein de la Zone de santé de TSHILENGE. Le schéma ci-dessous illustre le modèle conceptuel qui découle des théories énumérées ci- haut.

**Cadre conceptuel**

Etude de facteurs explicatifs de faible taux de référence aboutie et contre déférence des patient.



- **Type d'étude:** étude descriptive corrélationnelle à viser analytique ;
- **Lieu d'étude:** zone de santé de Tshilenge ;
- **Echantillonnage:** aléatoire simple ;
- **Taille de l'échantillon:** est de 180 sujets.

#### ❖ **Méthode**

Dans cette étude, nous avons utilisé la méthode d'enquête par questionnaire.

Trois sources ont permis de vérifier les hypothèses ci-haut énumérées, pour l'enquête communautaire :

- ✓ Descente aux centres de santé pour l'enregistrement de noms de tous les patients référés à l'HGR en 2015 ; Mois de Janvier, Juillet et Décembre ;
- ✓ Retour à l'HGR pour la confrontation de noms de patients aboutis pour trois mois ;
- ✓ Descente sur terrain/ménages pour l'entretien direct à l'aide du questionnaire avec les perdus de vue, en vue d'enregistrer les vraies raisons de non aboutissement à l'HGR.

#### ❖ **Technique de collecte des données**

Pour arriver à bien collecter les données sur terrain au niveau de la communauté qu'au niveau institutionnel, nous avons fait recours à la technique d'interview structurée, face à face en langue locale (Tshiluba) à la communauté et le français au niveau institutionnel (CS et HGR). La langue locale a été utilisée pendant l'enquête communautaire compte tenu de taux d'analphabétisme élevé dans la communauté de TSHILENGE. Il sied de signaler que le questionnaire a été fait en Français mais les enquêteurs qui ont interprété en Tshiluba au moment de contact avec les perdus de vue pour ceux qui ne comprennent pas clairement la langue Française.

#### ❖ **Plan d'analyse des données**

1. Analyses Descriptives
2. Analyses bi variées
3. Analyses Multi variées.

### **RESULTATS**

En analyse bi variées, nos résultats ont montré qu'il existe des liens entre les Caractéristiques socioculturelles, socio-économiques, socio Environnementales du sujet et organisationnelles des zones de santé. Les résultats sont repris dans le tableau suivant :



Caractéristiques	X <sup>2</sup>	p	s
1. Bas niveau d’instruction	22,12	0,000	S
2. Type de travail/occupation	9,33	0,000	S
3. Revenu mensuel	10,00	0,000	S
4. Avoir reçu un relais communautaire	13,8	0,000	S
5. Document /Billet de référence du CS	22,9	0,000	S
6. Cout cher de prise en charge	17,7	0,000	S
7. Longue distance entre CS et HGR	7,79	0,005	S

- Résultats des analyses multi variées par régression logistique pas à pas descendante de Wald.
- Tableau de synthèse: Facteurs limitant l’aboutissement de la référence des patients sont :

Caractéristiques	Coef. (β)	S.E	OR ajusté	IC à 95 %		P	Signification
				Infer	Super		
Bas niveau d’instruction des patients.	1,316	0,337	3,72	1,92	7,21	0,000	S
Faible réalisation de visite en domicile par les RECO.	0,896	0,251	2,45	1,49	4,01	0,000	S
Longue distance entre CS et HGR.	1,072	0,339	2,92	1,50	5,67	0,002	S

Les résultats de ce tableau, montrent qu’en analyse multi variée par la régression logistique (pas à pas descendante), ajustée sur toutes les variables, les caractéristiques ou raisons qui limitent l’aboutissement de la référence dans les communautés de ces deux zones de santé sont :

- Bas niveau d’instruction de la communauté (OR= 3,72 ; IC95% = 1,92-7,21 ; p = 0,001) ;

- ✚ Faible réalisation de visites à domicile par le relais communautaire (OR= 2,45 ; IC95% = 1,49-4,01 ; p = 0,001) et
- ✚ Longue distance entre CS et HGR (OR= 2,92 ; IC95% = 1,50-5,67 ; p = 0,002).

Au vu des ces résultats, notre hypothèse d'étude a été confirmée

## CONCLUSION

- Il ressort de cette étude, que 3 variables présentent des résultats qui sont statistiquement significatifs:
- Bas niveau d'instruction de la communauté (facteurs socio culturels) ; Longue distance entre les CS et HGR (environnementaux) et Faible réalisation de visite à domicile et/ou sensibilisation de la communauté au sujet de système de référence et modalité de paiement des couts.
- (organisationnels). Ces trois facteurs ont joué les rôles les plus significatifs.
- Mais les facteurs économiques ; démographiques et sanitaires sont moins concernés. Donc l'hypothèse est confirmée.

Partant de nos résultats nous proposons les solutions ci-après :

### ❖ **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE/IPS, DPS**

- Doter les hôpitaux en ambulance et fonds de fonctionnement de ces engins ;
- Rendre disponible les moyens de transport adapté dans tous les centres de santé leaders. (Brancard roulant attaché au vélo).

### ❖ **PARTENAIRE PAPOMD (Union européenne)**

- Subventionner le transport de cas référé comme vous subventionnez d'autres actes hospitaliers et soins aux centres de santé.

### ❖ **BUREAU CENTRAL DE LA ZONE DE SANTE**

- Assurer la coordination et l'évaluation du système de référence et contre référence sur l'étendue de la Zone de santé ;
- Redynamiser les organes communautaires dans toutes les Aires de santé selon les normes;
- Vulgariser et afficher la tarification hospitalière dans tous les centres de santé et à la communauté;
- Faire le suivi de l'application normale de tarification affichée à HGR de Tshilenge ;
- Former et recycler les relais communautaires de toutes les aires de santé de la zone de santé.

### ❖ **HOPITAL GENRAL DE REFERENCE**

- Respecter la tarification hospitalière affichée;
- Faire la retro information en temps de tous cas de référence aboutie ;

-Humaniser les services médicaux en réservant l'accueil chaleureux aux patients et leurs familles.

❖ **CENTRES DE SANTE (Infirmiers titulaires)**

-Impliquer la communauté dans toutes les activités sanitaires du centre de santé (Aire de santé) ;

-Promouvoir des visites à domiciles, éducation pour la santé et la promotion de santé dans la communauté dans le cadre de la référence aboutie et appui des partenaires.

- Informer le MCZ et MDH à tout cas de référence et assurer le suivi du patient après son passage à l'hôpital (contre- référence).
- Informer toutefois les patients référés sur la tarification hospitalière et importance de la référence et contre-référence ;
- Faire le suivi régulier du travail et rapports des relais communautaires et au niveau des CAC;
- Faire accompagner de quelqu'un le patient référé à l'hôpital général de référence.

❖ **RELAIS COMMUNAUTAIRES**

- - S'impliquer dans toutes les activités sanitaires de l'Aire de santé ;
- - Visiter et sensibiliser la communauté sur l'importance de la référence et contre référence et du rôle de l'hôpital ;
- -Communiquer et sensibiliser la communauté sur la tarification hospitalière et modalité de paie;
- - Programmer et assurer régulièrement la promotion de la santé surtout dans le cadre de la référence et contre référence

❖ **D'AUTRES CHERCHEURS**

- -Mener des études sur la référence et contre-référence communautaire car nous, nous avons mené l'étude dans le cadre de la référence institutionnelle des patients non aboutis, par l'enquête communautaire et institutionnelle dans les Zones de santé en financement basé sur la performance en RDC/ Kasai oriental.

**REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE**

1. Albert Janh 1 & Vincent De Brouwere (sd), Article sur la référence pendant la grossesse et accouchement : concepts et stratégies. 5-6 (sd) ;

2. R. x. Perrin, D. G. Komongui et Coll. Le système de référence et contre référence

dans les maternités SAMU Obstétrical. Hopital de la mère et de l'enfant. Lagune Cotonou Bénin. 20012 ;

3. MUHINDO VUTEGHA Jérémie, Mémoire de diplôme de spécialiste en santé publique, option économie de la santé, Analyse du système de référence et contre référence dans la Zone de santé de Gombe/Matadi 2016-2017 P.1-10 ;
4. RDC/Ministère du plan, Enquête démographique et de santé II(EDS-RDC II), 2013-2014 P. 28
5. DPS. Kasai Oriental et PAO, Rapport de la revue annuel du bureau d'information, communication et recherche sanitaire et PAO 2015 ;
6. AEDES:(Agence européenne pour le développement et la santé), 34, Rue Joseph II - B-Bruxelles, Belgique (sd);
7. MPABONYIMANA, J, *Mémoire*, p. 2012.
8. OMS, Rapport sur la santé dans le monde, LEE Jong-wook, Genève, Octobre 2003  
OMS, 2012 :
9. Jean Luc Richard, Thèse de géographie de la santé sur Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture d'Ouessé (Benin) P. 1036, 157,158, 2001
10. AAP Sud Kivu /Cordaid, Bulletin d'information sur Financement basé sur la performance.2011. ;
11. **Amuli jiwe, J.P. et Ngoma Mademvo, O**, cours de sociologie appliquée aux soins infirmiers, L2 EASI/SI, ISTM/Mbuji-Mayi. 2013 ;
12. **Banza lubaba nkulu C.**, Cours Management et Organisation Comportementale L1 SACO istm/Mbuji-Mayi Pages 78, **2014** ;
13. **BCZ Thilenge**, : Plan d'action opérationnel 2015, P.36, 4.2015 ;
14. **Diarra Bouroulaye**, Thèse sur Evaluation du système de référence évacuation au centre de santé de référence de Koulikoro, *Thèse*. **2007** ;
15. **Chefou Idrissa**, Mémoire en Biologie et Médecine sur 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 au Niger. **2003** ;
16. **Cordaid-Sina**, Guide d'accompagnement du cours sur base de 14 modules PBF en Action. P. 188. **2009** ;
17. Minisanté/ RDC, Plan national de développement sanitaire P.6-48. 2011-2015,

18. **CTB Burundi**, Le système de référence et contre-référence à KIRUNDO perspectives. **2015** ;
19. **Croix-Rouge Française**, Accès aux systèmes et soins de santé primaire P.5.2 **009** ;
20. **Institut canadien d'information sur la santé**, Les soins de santé au Canada : Regard sur les temps d'attente. P.1-17. **2012** ;
21. **Kashala Bamana**, Mémoire sur Déterminant du non vaccination des enfants de 0 à 5 ans dans la ville de Mbuji-Mayi L2 E.A.S.I. istm/Kinshasa. **2008** ;
22. **Joanne Castonguay**, Analyse comparative des mécanismes de financement des hôpitaux/Montréal. **2013** ;
23. **Audibert M.**, Accès aux soins, Financement de la santé et Performance (Article) Facts reports Numéro spécial, /8/2012 ;
24. **Ministère de la santé publique**, Stratégie de renforcement du système de santé actualisée, Deuxième édition. 2010 ;
25. **Morel Jacques**, Santé conjugulée –Avril 2007no 40(Cahier ou article).2007 ;
26. **Mpabonyimana, J**, *Mémoire* : Etude de l'effet du financement basé sur la performance sur la motivation du personnel de santé.2012
27. **Okenge Léon**, Cours de santé communautaire L1 licence SACO, istm/Mbuji-Mayi Pages 128. 2014
28. **Okenge Léon**, Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique L2 SACO, istm/Mbuji-Mayi Pages 234.2015
29. **OMS, (Charte)** Déclaration de Jakarta sur la Promotion de la Santé au XXIème Siècle. / Quatrième conférence internationale sur la promotion de la santé, Jakarta(1997) vol.2.1997
30. **OMS, (Charte)** Déclaration Ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé /Cinquième conférence internationale sur la promotion de la santé, Mexico juin (2000) vol.2.2000 ;
31. **OMS**, L'avis collectif d'un groupe international d'experts participant à la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, Bangkok (Thaïlande), août 2005.
32. **Passage**, Rapport référence sur Etude exploratoire sur les références et contre-références. Districts sanitaires de Boulmiougou et Bogodogo.au BURKINA FASO. 2008
33. **Seddiki B. Guindo**, SThèse Les urgences obstétricales dans le cadre de la référence et de la contre référence au service de Gynécologie obstétrique à l'hôpital de Sikasso P.82. 2008.