



DETERMINANTS DE LA FAIBLE APPLICATION DU SYSTEME DE REFERENCE ET CONTRE REFERENCE DANS LES INSTITUTIONS SANITAIRES DE LA VILLE DE MBUJIMAYI/RD. CONGO

MPOYI BATOKE Jhon¹, BATUPU TSHIBUABUA Marie², MULENGA MBUYAMBA Godé³, MBIYA NGANDU KALONJI Emery⁴, MISENGA TSHIMANGA Henriette⁵, NGOYI MWALABU Bruno⁶, NSEYA MBOMBO Josée⁷, BUKASA TSHILONDA Jean Christophe⁸

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Institut Supérieur des Sciences de Santé de Croix-Rouge de Mbuji mayi, Mbuji mayi, RDC

⁸ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbuji mayi, Mbuji mayi, RDC

AUTEUR CORRESPONDANT : BUKASA TSHILONDA Jean Christophe.

E-mail : j.bukasa1966@gmail.com

1. INTRODUCTION

Selon la politique sanitaire de notre pays, un malade ne peut pas quitter la maison directement vers un Hôpital General de Référence (HGR). Mais il doit suivre la pyramide de soins tel qu'elle est établie dans le Plan National de Développement des ressources Humaines. Pour la santé (**PNDRHS 2011-2015**) c'est à dire il doit passer par une institution sanitaire de premier niveau qui est un centre de santé. Et si le cas dépasse la compétence de celui-ci, on doit établir un billet de référence, et quand le cas serait arrivé et prise en charge à l'HGR, ce dernier élaborera à son tour une contre référence pour activer l'action et assurer le renforcement des capacités.

Par contre, il a été constaté que les patients court-circuitent cette organisation ; car ils arrivent à l'HGR sans billet de référence. Or selon la norme avant de consulter, ils doivent transiter par une institution médicale du niveau 1^{er}. Aussi les rares cas qui y arrivent avec un billet de référence, la contre référence est inactive ou non assurée au niveau de l'HGR

L'activité de référence ou contre référence nourrit à ce jour les débats en milieu sanitaire non seulement dans la ville de Mbuji-Mayi, mais dans toute la RDC et dans d'autres pays africains. Beaucoup d'études ont été publiées sur les différents facteurs de recule de cette activité dans les systèmes de santé, entre autres :

- L'absence de référentiel ;
- La tension existante entre les prestataires des deux niveaux (**LAABID, Ahmed 1996**).
- La forte compétitivité des structures de niveau inférieur ;
- Le court-circuitage par les malades pour accéder aux hôpitaux élevés ou leur refus d'obtempérer à la décision de transfert ;
- Le coût élevé des prestations ;
- La vétusté des équipements ou un plateau technique inadéquat.
- Les barrières physiques ;
- La barrière « culturelle » ;
- Les barrières institutionnelles : la communication et l'empathie envers le patient ;
- La qualité de la communication ;
- Les hospitalisations au niveau Centre de santé ;
- L'impact de la référence sur le prestige des infirmiers ;
- Les obstacles à la référence : (**Online2015**).

En France comme dans d'autres pays européens, le système de référence inter établissements passe sous la coupe d'une régulation fortement organisée mais réservée en exclusivité aux urgences pré-hospitalières. Il est créé au niveau départemental ou dans certains centres hospitaliers, un service d'assistance médicale d'urgence (SAMU) qui s'occupe de la gestion du flux des patients afin de le rendre fluide et cohérent.

Dans la ville de Mbuji-Mayi il n'y a aucune organisation mise en place pour renforcer le système de référence et contre référence. Mais cette situation est limitée encore aux urgences pré-hospitalières et n'aborde pas en profondeur tous les aspects touchant à la culture de référence inter-hospitalière à savoir, le renforcement des dispositifs, le dialogue entre les prestataires, la communication avec les patients et la population, la participation communautaire, etc...

De ce qui précède, le système de référence se trouverait à ce jour dépourvu de force pour persuader les prestataires à mutualiser leurs compétences dans un cadre plus dynamique et harmonieux afin de mettre les moyens à la disposition des patients où qu'ils se trouvent à l'intérieur du réseau hospitalier. L'offre de soins serait amputée à cause du dysfonctionnement de son système de référence et contre-référence. Cette situation nous amène à nous interroger ainsi :

- « Peut-on améliorer la prise en charge d'une population sans que le mécanisme de référence et contre référence soit bien organisé et réellement mis en œuvre? ».

- « Quelles sont les raisons de faible application du système de référence par les prestataires (IT) ».

A ces questions nous pensons qu'il est pertinent d'y réfléchir si nous voulons rendre le système de soins dans la ville encore plus réactive.

PRESENTATION DES RESULTATS

Résultats des analyses descriptives.

Tableau 1 : OPÉRATIONNALISATION DES VARIABLES

1.1 VARIABLES EN RAPPORT AVEC LES COMPÉTENCES DU PERSONNEL SOIGNANT

VARIABLE	CATEGORIE	EFFECTIF	%
Personnel Formé ou Briefé	Oui	61	54
	Non	52	46
Présence d'ordinogramme	Oui	64	56,6
	Non	49	43,4
L'utilisation	Régulièrement	10	8,8
	Rarement	54	47,8
	Jamais	49	43,4
Référer	Oui	68	60,1
	Non	45	39,8
	Autre	1	1,4
Motif	Examens	48	70.6
	Prise en charge	19	28

Facteur1 :

Méconnaissance du système de référence	Oui	24	21,2
	Non	89	78,8
Facteur 2 : Manque de Retro Info	Oui	92	81,4
	Non	21	18,6
Facteur 3 : Garder la confiance du malade	Oui	3	2,7
	Non	110	97,3
Facteur 4 : La Distance	Oui	1	9
	Non	112	99,1
Facteur 5 : Moyen de Transport	Oui	0	0
	Non	113	100
Facteur 6 : Mauvais accueil à l'HGR	Oui	3	2,7
	Non	110	97,3
Facteur 7 : qualité de la Communication	Oui	1	9
	Non	112	99,1
Facteur 8 : Les Soins Chers à l'HGR	Oui	2	1,8
	Non	111	98,2
Facteur 9 : Manque de Motivation par l'Etat	Oui	111	98,2
	Non	2	1,8

Contacter le médecin	Oui	0	0
	Non	113	100
Feed Back	Régulièrement	1	9
	Parfois	55	48,7
	Jamais	57	50,4
Référence déclarée injustifiée	Oui	0	0
	Non	92	81,4
	Jamais	21	18,6
Information de la prise en charge par HGR	Régulièrement	9	8
	Rarement	42	37,2
	Jamais	62	54,6

Au regard de ce tableau 1, nous constatons qu'en rapport avec la structure d'accueil, 98,2% accusent le manque de motivation par l'Etat étant donné que presque toutes les structures sont privées ;

81,4% déclarent le manque de rétro information, 60,2% des malades ont été référés, 56,6% des structures seulement ont les ordinogrammes, 54,6% dénoncent le non réalisation de l'information sur la prise en charge des malades référés et pour 50,4% les feedback ne sont pas réalisés.

TABLEAU 1.2 : VARIABLES EN RAPPORT AVEC LES FACTEURS ORGANISATIONNELS

VARIABLE	CATEGORIE	EFFECTIF	%
Communication du motif de la référence au malade	Oui	74	65,5
	Non	32	34,5
Moyen d'Eduquer la population	Education sanitaire et Relais communautaire(ReCo)	111	98,2
	Porte ouverte et collaboration avec ONG	2	1,8
	Information	0	0
	Aucun	0	0
Ces Moyen sensibilisent les malades	Oui	110	97,3
	Non	3	2,7
Le CS tient compte du Moyen financier du malade	Oui	8	7,1
	Non	80	70,8
	Peu Importe	25	22,1
Le malade adhère à la référence	Facilement	4	3,5
	Difficilement	101	89,3
	Jamais	8	7,1
Patient rend compte à l'IT	Toujours	7	6,2
	Parfois	86	76,1
	Jamais	20	17,7
Garder Prestige	Ne pas Référer	23	20,4
	Référer	90	79,6

Les résultats de ce tableau indiquent que :

- Quant au moyen d'éduquer la population, c'est par l'Education Sanitaire et par l'entremise des relais communautaires qui domine et a été cité à 98,2%.
- 97,3% des participants confirment que l'éducation sensibilise réellement la population.
- Mais 89,5% trouvent que les malades adhèrent difficilement à la référence.
- En rapport avec la conservation de prestige la majorité des IT, soit 79,6% estiment qu'il est meilleur de référer les malades.
- La majorité des patients qui rendent parfois compte sont ceux qui ont été référés pour les examens (Echographie, Radiologie ECG...) et ils représentent 76,1% des enquêtes.
- 65,5% des IT avouent avoir informé aux patients les motifs de la référence.

TABLEAU 3 : VARIABLES EN RAPPORT AVEC LES FACTEURS LIÉS A L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

VARIABLE	CATEGORIE	EFFECTIF	%
Moyen d'évacuation du malade	Ambulance	0	0
	Moto	90	79,6
	À Pied	23	20,4
Distance	1 - 3 Km	22	19,5
	3,5 – 5 Km	70	61,9
	5,5 et Plus	21	18,6

En rapport avec les Facteurs liés à l'environnement physique, le moyen facile d'évacuation des malades est la moto citée par 79,6% et 61,9% parcourent une distance de 3,5 à 5 Km pour arriver à l'institution de soins.

TABLEAU 4 : VARIABLES EN RAPPORT AVEC LES FACTEURS SOCIO ECONOMIQUES

VARIABLE	CATEGORIE	EFFECTIF	%
Le patient s'acquitte facilement	Oui	5	4,4
	Non	108	95,6

Au miroir de ce tableau le patient référé s'acquitte difficilement des frais de soins du centre qui le réfère 95,6%.

TABLEAU 5 : VARIABLES EN RAPPORT AVEC LA PERCEPTION

VARIABLE	CATEGORIE	EFFECTIF	%
Le système de référence est	Performant	1	9
	Moins Performant	90	79,6
	Non Performant	22	19,1

Pour la perception 79,6% déclarent que le système de référence dans notre ville de Mbuji-Mayi est *Moins performé*.

Résultats de l'analyse bi variée

TABLEAU 6 : variables en rapport avec la compétence du personnel soignant sur la formation ou briefing sur le système de référence et contre référence et l'application de référence/ contre référence.

Déterminants	Catégories	Effectif	χ^2	p	Signification
personnel formé ou briefé	Oui	52	12,835	0,000	S
	Non	61			

Dans ce tableau 6, une signification est trouvée entre le personnel non formé ou briefé sur le système de référence et contre référence; Donc Manque de formé ou briefé le personnel sur le système de référence et contre référence influence la faible utilisation de la référence car la valeur de χ^2 trouvée est supérieur à 3,84. Donc, Il ya un lien significatif, $\chi^2 = 12,835$ et P est de 0,000.

TABLEAU 7 : variables en rapport avec la compétence du personnel soignant sur la présence d'ordinogramme et l'application de référence et contre référence.

Déterminants	Catégories	Effectif	χ^2	p	Signification
Présence d'ordinogramme	Oui	49	6,327	0,012	S
	Non	64			

Au regard de Ce tableau 7, Nous trouvons que la manque d'ordinogramme influence la non référence car la valeur de χ^2 trouvée est supérieure à 3,84. Donc, Il ya un lien significatif, $\chi^2 = 6,327$. Ceci explique que le fait de ne pas avoir l'ordinogramme influence la non référence.

TABLEAU 8 : variables en rapport avec la compétence du personnel soignant sur l'utilisation d'ordinogramme.

Déterminants	Catégories	Effectif	χ^2	p	Signification
Utilisation d'ordinogramme	Toujours	10	10,795	0,005	S
	Parfois	54			
	Jamais	49			

Ce tableau nous renseigne que la non utilisation d'ordinogramme est statistiquement très significative car, les valeurs de P sont inférieures à 0,05 et la valeur de χ^2 trouvée est supérieur à 3,84. Donc le non utilisation d'ordinogramme influence la faible utilisation de la référence.

TABLEAU 9: variables en rapport avec la compétence du personnel soignant Sur le premier facteur qui est la méconnaissance du système de référence et l'application de la référence et contre référence.

Déterminants	Catégories	Effectif	χ^2	p	Signification
Faible connaissance du système de référence	Oui	24	19,683	0,000	S
	Non	89			

Dans ce tableau 11, une signification est trouvée entre la faible connaissance du système de référence car la valeur de χ^2 trouvée est supérieur à 3,84. Donc, Il ya un lien significatif, $\chi^2 = 19,683$ et P est de 000.

TABLEAU 10 : variables en rapport avec la compétence du personnel soignant sur la retro information par le patient a l'IT et l'application de la référence et contre référence.

Déterminants	Catégories	Effectif	χ^2	p	Signification
Patient rend compte à l'IT	Toujours	7	352	0,015	S
	Parfois	86			
	Jamais	20			

Dans ce tableau, un lien significatif est trouvé entre le rare cas de la retro information par le patient à l'IT et la référence, car la valeur de χ^2 est supérieure à 3,84. ce qui est à la base de la faible utilisation du système de référence et contre référence.

TABLEAU 11 : variables en rapport avec la compétence du personnel soignent sur la communication de motif de la référence et l'acceptation de la référence.

Déterminants	Catégories	Effectif	χ^2	p	Signification
Communication de motif	Oui	74	17,907	0,000	S
	Non	39			

Ce tableau nous renseigne que la communication du motif de référence est statistiquement très significatives car, les valeurs de P sont inférieures à 0,05 et la valeur de χ^2 trouvée est supérieur à 3,84. Donc la communication du motif influence l'acceptation de la référence.

TABLEAU 12 : variables en rapport avec les moyens utilisés pour éduquer la population et l'acceptation de la référence.

Déterminants	Catégories	Effectif	χ^2	p	Signification
Moyen d'Eduquer la population	Education sanitaire et Relai communautaire(ReCo)	111	4,557	0,102	S
	Porte ouverte et collaboration avec ONG	2			
	Information	0			

Ce tableau nous renseigne que le moyen d'éduquer la population le meilleur est l'éducation Sanitaire faite par l'Infirmier et par le Relais communautaire (ReCo), ceci est statistiquement très significatif car, la valeur de χ^2 trouvée est supérieure à 3,84. Donc la communication du motif influence l'acceptation de la référence.

TABLEAU 13: variables en rapport avec les facteurs organisationnels sur l'adhésion du patient a la référence :

Déterminants	Catégories	Effectif	χ^2	p	Signification
Patient adhère à la référence	facilement	4			

				S
Difficilement	101		0,094	
		4,732		
Jamais	8			

Au regard de Ce tableau 13, un lien significatif est trouvé entre l'adhésion difficile des patients à la référence car la valeur de χ^2 trouvée est supérieure à 3,84.

INTERPRETATION DES RESULTATS (DISCUSSION)

Cette partie comprend trois points à savoir : la discussion des résultats des analyses descriptives ; la discussion des résultats des analyses bi variées ; et les résultats pour la vérification de l'hypothèse.

1 En rapport avec la compétence du personnel soignant sur le personnel formé ou briefé sur le système de référence et contre référence, nous avons enquêtés 54% des personnels de santé formé ou briefé sur le système de référence et contre référence et 64% des personnels de santé non formé ou briefé sur le système de référence et contre référence ; ce qui veut dire qu' il ya un manque de formés ou briefés en ce qui concerne le personnel sur le système de référence et contre référence influence la faible utilisation référence ce qui va d'ensable avec Les résultats de l'étude mené par (Mémoire Online 2000-2015) ont montré que l'infirmier maîtrise peu les enjeux liés à la référence.

2 En rapport avec la compétence du personnel soignant Sur le premier facteur qui est la Méconnaissance du système de référence représente **78,8%**ce qui influence la faible utilisation de référence ce qui va ensable avec les résultats de l'étude menée par (Mémoire Online 2000-2015) qui a montré que l'infirmier maîtrise peu les enjeux liés à la référence.

3. En rapport avec la compétence du personnel soignant sur la retro information par le patient à l'IT, le rare cas de la retro information par le patient à l'IT représente 76,1%, ce qui est à la base de la faible utilisation du système de référence et contre référence.

4. En rapport avec les facteurs organisationnels sur l'adhésion du Patient à la référence, il n'a été constaté que l'adhésion difficile des patients à la référence favorise une faible utilisation du système de référence et contre référence.

Conclusion

En définitive, Les résultats de l'analyse multi variée ont montré que la faible utilisation de ce système est influencée par des personnels de santé non formés ou briefés sur le système de référence et contre référence ; la Méconnaissance du système de référence (les compétences du

personnel), le faible taux de la retro information ou contre référence, l'adhésion difficile des patients à la référence (les facteurs organisationnels).

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

ALBRECHT, Jahn et Vincent DE BROUWERE (2001). *La référence pendant la grossesse et l'accouchement: concepts et stratégies* », Studies in HSO&P, p 239-257

AMULI JIWE, J.P. et Ngoma Mademvo, O. (2011). *Méthodologie de la recherche Scientifique en Soins et Santé, Guide de la rédaction Scientifique, Tome II, Media spaul Kinshasa.*

ATHIAS, Mickaële. (2001) *Elaboration d'un guide d'aide à la régulation au SAMU*, Thèse de doctorat en médecine, Université de Nice-Sophia Antipolis, 65 p.

BELGHITI ALAOUI, Abdelali, (2002) *Analyse des systèmes de santé : le modèle des cinq soucis majeurs, Application au cas du Maroc*, 56 p.

BELGHITI ALAOUI, Abdelali (2001), *Principes généraux de planification stratégique à l'hôpital*, Rabat, 66 p.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al (2001). *Revue transdisciplinaire de santé : RUPTURES, Intégration de soins : dimensions et mise en oeuvre*, Vol. 8, n°2, Montréal, , p 38-52

DE BETHUNE, Xavier et al. (1988) *Le rôle de l'hôpital dans le renforcement des soins de santé primaires*, WORKING PAPER, NR 18, 14 p.

DEBIERRE Valérie et al, (2000) *Urgences cardiologiques : alternatives à la médicalisation des transferts secondaires*, 6ème Journée du Collège de Médecine d'Urgence des Pays de Loire,

Dehne et ol, (1995). *Pour une coordination des soins de support pour les personnes atteintes de maladies graves*

DISTRICT SANITAIRE DE MBUJIMAYI. (DSM) (2014) : Revue annuelle du district sanitaire de Mbuji-Mayi, p. 59

GÖRGEN, Helmut, Thomas Kirsch-WoiketBergis Schmidt-Ehry (2004). *Le système de santé de district Expériences et perspectives en Afrique. Manuel à l'intention des professionnels de la santé publique 2ème*, 290

INAS (1995), *Etude sur l'identification des conditions d'amélioration de la référence/ contre référence dans les districts de santé*, Protocole de recherche, 30 p.

KETTE Jean Chrysostome (2010) *Mémoire de fin d'études problématique de la référence inter-hospitalière dans la région de l'oriental du Maroc*

LAABID, Ahmed. (1996) *Rôle de l'hôpital et des structures périphériques dans la prise en charge de la santé de l'enfant, Rapport sur le système de référence et contre référence*,

- Labarere, J. (2010)**, Déterminants de santé : Notes de cours, Ecole de santé publique, Université Joseph Fourier de Grenoble.
- Lututala B & Coll. (2004)**: *Les coûts annexes des soins d'hospitalisation des malades dans le réseau BDOM Kinshasa*, pages 154.
- Macintyre et al, (1999)** *Pour une coordination des soins de support pour les personnes atteintes de maladies graves : proposition d'organisation dans les établissements de soins publics et privés*, Oncologie (2004) : p 7-15
- Manuel belge de la régulation médicale** Version 2.0 (2007)- D/2007/2196/35, 113 p.
- Ministère de la santé/RDC (2005)**, *Le secteur sanitaire en RDC, DEP*, Kinshasa.
- Ministère de la santé (2007)**, *Analyse des services de santé de premier échelon*, Maroc, 59 p.
- Ministère de la santé (2003)**, *Enquête sur la Santé et la Réactivité du Système de Santé-Maroc 7*, 118 p.
- Ministère de la santé (2006)**, *Les hôpitaux publics au Maroc : niveau de l'offre et bilan d'attractivité*, 79 p.
- Ministère de la santé (2006)**, *Manuel national des stratégies sur la référence et la contre référence*, Sénégal, 55 p.
- MURRAY, Christophe et Julio FRENK. (2000)** *Un cadre thématique pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé*, Recueil d'article de l'OMS, n°3, p.152-163
- Mushagalusa Salongo, P. (2005)**. Etude des déterminants socio - économiques de l'utilisation des services de santé par les ménages de la zone de santé de kadutu/province du sud kivu, pages 48.
- Omanyondo, M.C (2013)** : Management des services infirmiers, L2 EASI, Section Sciences Infirmières, ISTM/MB.
- Omanyondo, M.C. (2012)**. Questions approfondies en sciences infirmières, L1 EASI, Section Sciences Infirmières, ISTM/MB.
- OMS, Les systèmes de santé (2003)** : *des soins intégrés fondés sur des principes*, Rapport sur la santé dans le monde, p 111-139
- OMS(2000)** Pourquoi les systèmes de santé sont-ils importants Rapport sur la santé dans le monde, p 1-20.
- OMS. (2008)**. Rapport sur la santé dans le monde : les soins de santé primaires, Genève. p 125
- OMS, (2008)**. *Rapport du GESI sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé*, Rapport sur la santé dans le monde 2000, p79-90.

Online, Mémoire (2000-2015.) 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.

Plan National de Développement des ressources Humaines Pour la santé (2011-2015)
(PNDRHS 2011-2015)

Tshimungu, F. (2015), Cours d'Organisation sanitaires et sociales comparées, deuxième licence EASI, istm/Mbujimayi Pages 111

Site internet

..https://portal.health.fgov.be/.../manuelregulationmedicale1.../manuelregulationmedicale1.../spf_ma
nuel-fr-web_v2.pd...

CANIARD, Etienne. *Les recommandations de bonnes pratiques : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation*, http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/bon_prat.pdf.... 93 p.

CHAUVIN, Franck et al. (1998) *Réseau et filières*, Dossier cancer, adsp n° 25, www.hcsp.fr/explore.cgi/ad254046.pdf, p40-46

www.cmupl.org/06/CARD/debierre.pdfhttp://www.grasspho.org/documents/soins_support/Coord_SOS_Oncologie_IK.pd .

Portail du Ministère de la santé : <http://srvweb/santé.gov.ma>