

Satisfaction des usagers et participation communautaire dans la pérennité organisationnelle de RADEM-ONG (Users' satisfaction and community involvement in the organizational sustainability of RADEM-NGO)

Kasongo Mulongo Jibrill,

Master en Santé publique et Doctorant, Ecole de Santé publique, Université de Lubumbashi & Chef de Section-Adjoint, Institut Supérieur d'Etudes Sociales, Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Résumé :

Contexte : Les soins de santé primaires nécessitent la participation communautaire. La satisfaction des usagers constitue un indicateur de qualité. La politique sanitaire de la République Démocratique du Congo a institué les organes de participation communautaire à différents échelons, mais leur niveau de fonctionnalité reste faible. Les formations sanitaires de RADEM-ONG collaborent avec les différents organes précités. L'interruption de son financement extérieur était survenue en 2015, malgré cela les populations continuent à fréquenter lesdits services.

Objectif : Cette étude vise à : 1) déterminer le niveau de satisfaction des usagers des formations sanitaires ciblées et 2) analyser la participation communautaire dans la continuité des formations sanitaires de RADEM-ONG.

Méthodes et Matériels : La présente étude transversale était réalisée sur un échantillon probabiliste corrigé de 450 personnes sur 77.795 habitants. Une enquête directe à questionnaire structuré était réalisée du 6/9/2021 au 28/02/2022. Le dépouillement des données recueillies était manuel, l'encodage était par EPI-Info 7.2.2 et leur analyse était réalisée par SPSS et Excel 2010.

Résultats : Il y avait 56,0 % des enquêtés qui fréquentaient les centres RADEM-ONG pour les soins curatifs. Leur perception des services était prédominée par: a) une bonne qualité de service de 87,4% des enquêtés ; b) un bon accueil selon 86,2% ; d) une bonne communication des prestataires 89,1% ; e) des infrastructures bien propres 81,7% ; f) un bon confort des malades 72,0% et une satisfaction globale des usagers des services 86,2%, contre 31,9% qui jugeaient le tarif trop cher. Cependant, 84 % souhaitaient continuer la fréquentation des services de RADEM-ONG.

Conclusion : L'offre des services et l'accessibilité aux soins sont tributaires de l'insuffisance de de la sensibilisation et de l'implication de la communauté . La pérennité des services dépend des facteurs institutionnels, organisationnels et communautaires. Les études approfondies doivent élucider le défi de financement durable de la santé en partenariat avec la population.

Mots clés : satisfaction des usagers, participation communautaire, pérennité organisationnelle, République Démocratique du Congo, RADEM-ONG

Abstract:

Background: The Primary health cares require a community participation. The Users' satisfaction is an indicator of quality. The health policy of the Democratic Republic of Congo has established community participation bodies at different levels, but their functionality remains low. RADEM-ONG's clinics collaborate with the various bodies mentioned above. The interruption of its external funding occurred in 2015, despite this the populations continue to use these services.

Purpose: This study aims to: 1) determine the level of satisfaction of users of targeted health facilities and 2) analyze community participation in the continuity of RADEM-NGO services.

Materials and Methods: The present cross-sectional study was carried out on a probability sample corrected up to 450 people out of 77,795 inhabitants. A direct structured questionnaire survey was conducted from 6/9/2021 to 28/02/2022. The data collection was manual, the encoding was by EPI-Info 7.2.2 and their analysis was carried out by SPSS and Excel.

Results: About 56.0% of respondents attended RADEM-NGO centers for curative care. Their perception of services was predominated by: a) a good quality of service by 87.4% of respondents; b) a good reception for 86.2%; d) good communication of providers 89.1%; e) clean infrastructures 81.7%; f) good patient comfort 72.0% and overall satisfaction of service users 86.2%, against 31.9% who considered the cost very expensive. However, 84% wanted to continue using RADEM-NGO clinics.

Conclusion: *The provision of health cares and access to health facilities depend on insufficient awareness and community involvement. This study shows that the sustainability of services depends on institutional, organizational and community factors. In-depth studies are required to elucidate the challenge of sustainable financing of health cares in partnership with the population.*

Keywords: *users' satisfaction, community involvement, organizational sustainability, Democratic republic of Congo, RADEM-NGO*

Date of Submission: 05-01-2023

Date of Acceptance: 19-01-2023

I. Introduction

Les soins de santé primaires constituent une stratégie de l'objectif de la « Santé pour tous » adopté à Alma-Ata en 1978. A titre de rappel, la définition des soins de santé primaires consacre le rôle de la participation communautaire. Les communautés doivent participer à l'identification de leurs besoins sanitaires et contribuer à la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des programmes de santé (9). La participation communautaire en santé n'est pas un concept nouveau, plusieurs siècles avant Alma Ata même les guérisseurs bénéficiaient du soutien de la communauté. Actuellement, c'est un impératif surtout dans les pays à faible revenu dont le financement public de la santé est inférieur aux besoins des populations 9; 9; 9; 9).

La satisfaction des usagers constitue un indicateur de qualité pour l'évaluation du degré de participation communautaire, bien qu'elle soit peu fréquente dans notre pays. La mesure de la satisfaction oriente les managers dans l'amélioration de la qualité des soins. Elle s'appuie sur des moyens multiples: les plaintes, les questionnaires de sortie mais aussi des enquêtes spécifiques ou générales (9;9).

En République Démocratique du Congo, l'organisation de l'offre de soins est assurée par les structures publiques et privées à but lucratif et sans but lucratif, dont fait partie RADEM-ONG (Recherche et Action pour un Développement Multisectoriel). La politique sanitaire du pays a institué les organes d'intégration de la communautaire à différents échelons, entre autres : le Conseil d'administration de la zone de santé (CA), le Comité de gestion (COGE), Equipe cadre de la Zone de santé (ECZS), la Cellule d'animation communautaire (CAC), les Relais communautaires (RECO), les Pairs éducateurs (PE), le Comité de développement et santé (CODESA) et ou le Comité de santé (COSA). Les formations sanitaires de RADEM-ONG s'alignent sous le contrôle des Autorités politiques et administratives (APA) et de l'Equipe cadre de la Zone de santé (ECZS). Elles collaborent avec les différents organes précités en fonction de leur niveau de fonctionnalité variant d'une aire de santé à une autre. Ce partenariat est élargi aux ménages bénéficiaires des services et pourvoyeurs des ressources nécessaires. Le diagnostic récent (9), lors de l'élaboration du Plan national de développement sanitaire 2019-2022, relevait une faible fonctionnalité des organes de participation communautaire et l'absence de mécanismes de recueil des attentes de la population quant à leur satisfaction. Pour contribuer à l'amélioration de l'offre des services de santé, RADEM-ONG avait mobilisé les ressources pour la construction, la dotation en équipement, la prise en charge du personnel et le fonctionnement des sept formations sanitaires dans les trois provinces du Haut-Katanga, Lualaba et Haut-Lomami. L'interruption du financement extérieur était survenue à la fin de l'année 2015, malgré cela les populations continuent à bénéficier des services suivant la politique sanitaire en vigueur. Comment est-ce que les usagers des services de RADEM-ONG ont-ils maintenu leur fréquentation des services malgré l'interruption de l'aide financière extérieure ?

Cette étude vise à : 1) déterminer le niveau de satisfaction des usagers des formations sanitaires de RADEM-ONG et 2) analyser leur participation communautaire dans la continuité des services de RADEM-ONG dans les zones de santé urbaines et rurales de Lubumbashi, Tshamilemba, Kipushi et Lualaba.

II. Méthodes et matériels

La présente étude transversale était réalisée sur un échantillon probabiliste corrigé de 450 personnes sur 77.795 habitants des aires de santé desservies par les quatre formations sanitaires de RADEM-ONG ciblées. Les enquêteurs neutres étaient recrutés, aucun d'eux ne résidait dans les aires de santé ciblées par notre enquête. La collecte des données était réalisée du 6/9/2021 au 28/02/2022 par une enquête directe à questionnaire structuré (9) dans les aires de santé de Hewabora, Gambela, Lualaba et Lumata. Le questionnaire avait 45 questions ouvertes et fermées, dont 12 questions d'identification des enquêtés, 6 sur les connaissances et perception des services par les usagers, 7 sur la satisfaction des usagers des services, 12 sur l'utilisation des services, 8 sur la participation communautaire. Parmi les 33 questions de fond et d'opinion, il y avait 7 questions d'appréciation à échelle de Likert. Le dépouillement des données recueillies était manuel, tandis que leur encodage était fait par EPI-Info 7.2.2 et leur analyse était réalisée par le logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Suivant les principes usuels d'opérationnalisation (9; 9; [9] ; [12], avant leur saisie et analyse, toutes les données collectées étaient codées manuellement en nombres entiers pour faciliter leur exploitation par le logiciel SPSS. Après l'analyse informatisée, toutes les données étaient de nouveau décodées et rétablies en variables

qualitatives ou quantitatives exprimées par catégories, classes ou taux en vue de les interpréter, les synthétiser et générer les tableaux et graphiques en Excel.

III. Résultats

3.1. Résultats des analyses descriptives

3.1.1. Distribution des enquêtés par site :

Les données étaient recueillies auprès des populations des aires de santé ciblées : 42% (n=189) de Hewabora, 23,1 % (n=104) de Lumata, 21,8 % (n=98) du Lualaba et 13,1 % (n=59) de Gambela.

3.1.2. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

Tableau n° 1:Distribution des enquêtés selon les caractéristiques socio-démographiques

Variable	Effectif (n=450)	Pourcentage	Variable	Effectif (n=450)	Pourcentage
1) Sexe			5) Occupation		
Femme	372	82,7	Sans emploi	99	22
Homme	78	17,3	Agriculteur/rice	82	18,2
2) Age (années)			Ménagère	72	16
15 - 25	143	31,8	Petit commerce	59	13,1
26 - 40	221	49,1	Libérale	59	13,1
41 - 60	67	14,9	Couturière/Esthétic	29	6,5
61 et plus	19	4,2	Enseignante	21	4,7
3) Niveau d'études			Etudiant	11	2,4
Cycle universitaire	43	9,6	Taxi/Mécanicien	8	1,8
Cycle secondaire	321	71,3	Creuseur minier	5	1,1
Cycle primaire	67	14,9	Fonctionnaire	5	1,1
Aucun étude	19	4,2	6) Religion		
4) Etat-civil			Pentecôtiste	381	84,7
Célibataire	44	9,8	Catholique	45	10,0
Marié-e	380	84,4	Islam	11	2,4
Veuf-ve	13	2,9	Témoin de Jéhovah	4	0,9
Divorcé-e	13	2,9	Autre	9	2,0

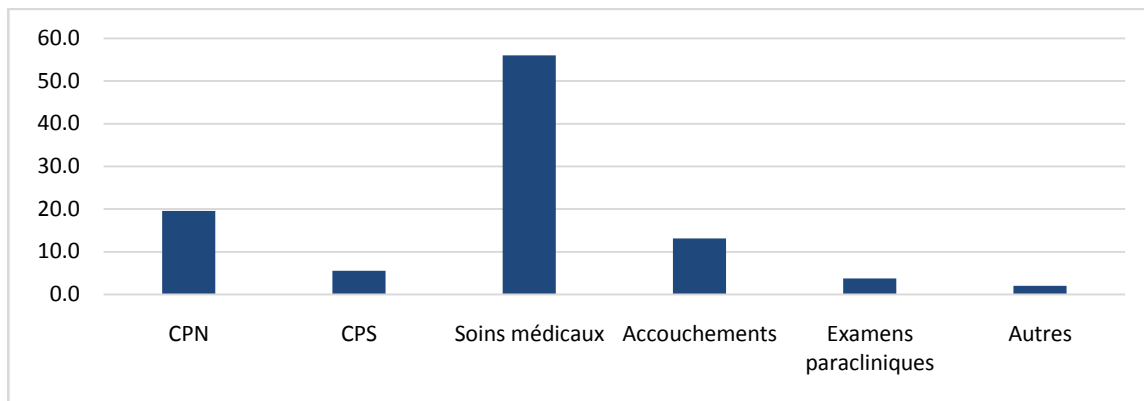
3.1.3. Ancienneté de fréquentation des services des formations sanitaires de RADEM-ONG

Tableau n° 2:Distribution des enquêtés selon l'ancienneté de fréquentation des services

Ancienneté de fréquentation (années)	Effectif (n=450)	Pourcentage
0 - 5	223	49,6
≥ 6	227	50,4
Total	450	100,0

Il ressort de ce tableau n°2 que 50,4 % (n=227) des enquêtés avaient plus de 5 ans d'ancienneté de fréquentation des services RADEM-ONG et l'ancienneté médiane était de 6 ans.

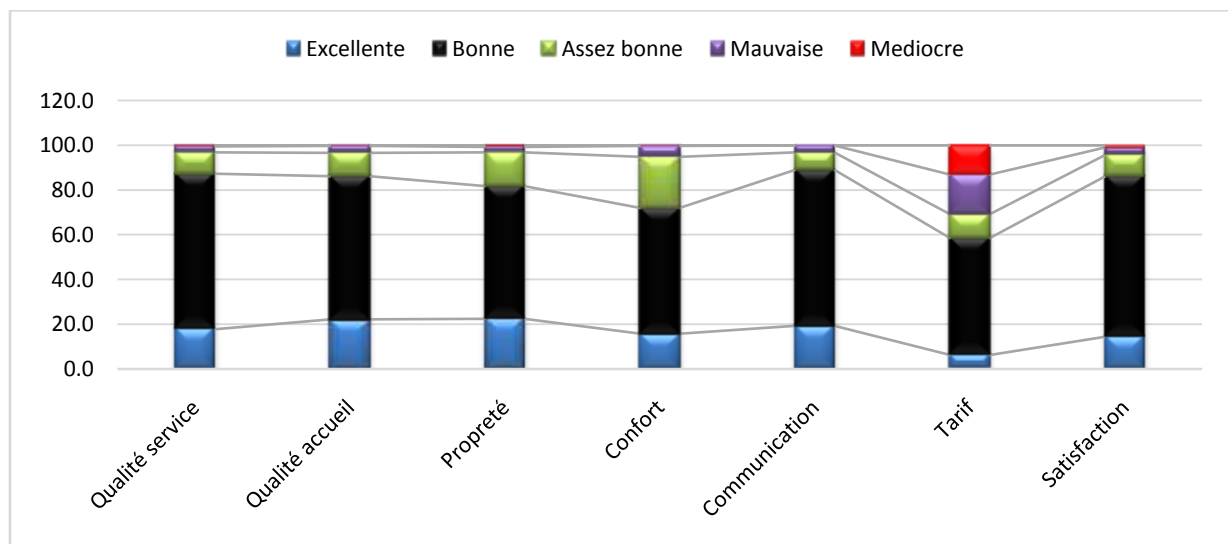
3.1.4. Raisons de fréquentation des formations sanitaires de RADEM-ONG



Graphique n° 1 : Distribution des enquêtés selon les raisons de fréquentation

Il ressort du graphique n° 1 que soit 56,0 % (n=252) des enquêtés fréquentaient les formations sanitaires de RADEM-ONG pour obtenir les soins curatifs, 19,6% (n=88) pour les consultations prénatales, 13,1% (n=59) pour l'accouchement et 5,6% (n=25) pour les consultations préscolaires.

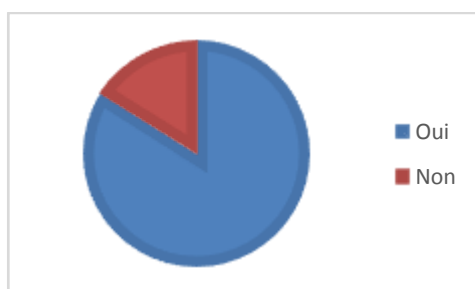
3.1.5. Perception des services RADEM-ONG par les usagers



Graphique n° 2 : Distribution des enquêtés selon la perception des services par les usagers

Il ressort du graphique n° 2 que la perception des services par les usagers se résumait comme suit : a) La qualité globale de service étaient estimée bonne par 87,4% (n=393) des enquêtés ; b) La qualité de l'accueil était de bonne qualité selon 86,2% (n=388) des enquêtés ; c) Le tarif des services était considéré adapté et abordable par 69,1% (n=311) des enquêtés, cependant 31,9% (n=139) des enquêtés trouvaient le même tarif trop cher ; d) La communication des prestataires était de bonne qualité pour 89,1% (n=401) des enquêtés ; e) La propreté des infrastructures était considérée bonne par 81,7% (n= 368) des enquêtés ; f) Le confort des malades était bon selon 72,0% (n=324) des enquêtés et la satisfaction globale des usagers des services était bon pour 86,2% (n=388) des enquêtés.

3.1.6. Continuité de la fréquentation des services



Graphique n° 3 : Distribution des enquêtés selon l'intention de continuer la fréquentation des services

Il ressort du graphique n° 3 que 84 % (n=378) des enquêtés souhaitent continuer la fréquentation des services de RADEM-ONG.

3.2. Résultats d'analyse des facteurs associés

3.2.1. Satisfaction globale des usagers des services et facteurs associés

Tableau n°3 : Satisfaction globale des usagers des services et facteurs associés

Paramètres	Satisfaction globale					Khi-carré	p-value
	Excellente (n= 65)	Bonne (n= 323)	Assez bonne (n=43)	Mauvaise (n= 15)	Médiocre (n= 4)		
Qualité de l'accueil						259,386	0,0001
Excellente	40 (40,0)	54 (54,0)	6 (6,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Bonne	22 (7,6)	241 (83,7)	19 (6,6)	5 (1,7)	1 (,3)		
Assez bonne	3 (6,4)	24 (51,1)	16 (34,0)	2 (4,3)	2 (4,3)		
Mauvaise	0 (0,0)	4 (28,6)	1 (7,1)	8 (57,1)	1 (7,1)		
Médiocre	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Qualité globale de service						259,042	0,0001
Excellente	32 (40,0)	43 (53,8)	4 (5,0)	1 (1,3)	0 (0,0)		
Bonne	29 (9,3)	261 (83,4)	19 (6,1)	3 (1,0)	1 (,3)		
Assez bonne	4 (9,3)	16 (37,2)	18 (41,9)	4 (9,3)	1 (2,3)		
Mauvaise	0 (0,0)	2 (16,7)	2 (16,7)	6 (50,0)	2 (16,7)		
Médiocre	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)		
Communication						257,463	0,0001
Excellente	34 (39,1)	47 (54,0)	6 (6,9)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Bonne	28 (8,9)	257 (81,8)	24 (7,6)	3 (1,0)	2 (0,6)		
Assez bonne	3 (8,6)	18 (51,4)	10 (28,6)	3 (8,6)	1 (2,9)		
Mauvaise	0 (0,0)	1 (7,1)	3 (21,4)	9 (64,3)	1 (7,1)		
Médiocre	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Confort						188,530	0,0001
Excellente	26 (36,6)	37 (52,1)	7 (9,9)	1 (1,4)	0 (0,0)		
Bonne	30 (11,9)	195 (77,1)	15 (5,9)	10 (4,0)	3 (1,2)		
Assez bonne	8 (7,8)	82 (79,6)	12 (11,7)	1 (1,0)	0 (0,0)		
Mauvaise	1 (4,5)	9 (40,9)	9 (40,9)	3 (13,6)	0		
Médiocre	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)		
Appréciation du tarif						105,990	0,0001
Très bien adapté	13 (46,4)	14 (50,0)	1 (3,6)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Abordable	35 (14,9)	183 (77,9)	15 (6,4)	2 (,9)	0 (0,0)		
Moins cher	4 (8,3)	39 (81,3)	3 (6,3)	0 (0,0)	2 (4,2)		
Un peu cher	7 (8,75)	58 (72,5)	13 (16,3)	2 (2,5)	0 (0,0)		

Il ressort du tableau n°3 que la différence statistique était hautement significative ($p=0,0001$) concernant la satisfaction globale et les facteurs suivants : 1) la qualité d'accueil, 2) la qualité globale de service, 3) la communication, 4) le confort des malades et 5) le tarif des services.

3.2.2. Continuité de fréquentations des formations sanitaires

Tableau n°4 : Continuité de fréquentation des services et facteurs associés

Paramètres	Continuité Fréquentation		khi-carré	p-value
	Oui (n=378)	Non (n=72)		
Qualité globale des services			92,094	0,0001
Excellente	72 (90,0)	8 (10,0)		
Bonne	280 (89,5)	33 (10,5)		
Assez bonne	25 (58,1)	18 (41,9)		
Pas du tout bonne	1 (8,3)	11 (91,7)		
Médiocre	0 (0,0)	2 (100,0)		
Satisfaction globale			78,190	0,0001
Excellente	60 (92,3)	5 (7,7)		
Bonne	288 (89,2)	35 (10,8)		
Assez bonne	25 (58,1)	18 (41,9)		
Pas du tout bonne	4 (26,7)	11 (73,3)		
Médiocre	1 (25,0)	3 (75,0)		
Communication			57,906	0,0001
Excellente	79 (90,8)	8 (9,2)		
Bonne	274 (87,3)	40 (12,7)		
Assez bonne	22 (62,9)	13 (37,1)		
Pas du tout bonne	3 (21,4)	11 (78,6)		
Qualité de l'accueil			53,372	0,0001
Excellente	90 (90,0)	10 (10,0)		
Bonne	254 (88,2)	34 (11,8)		
Assez bonne	29 (61,7)	18 (38,3)		
Pas du tout bonne	5 (35,7)	9 (64,3)		
Médiocre	0 (0,0%)	1 (100,0)		
Appréciation Tarif			37,786	0,0001
Très bien adapté	26 (92,9)	2 (7,1)		
Abordable	213 (90,6)	22 (9,4)		
moins cher	41 (85,4)	7 (14,6)		
un peu cher	63 (78,8)	17 (21,3)		
Exagéré	35 (59,3)	24 (40,7)		
Propreté du centre			16,142	0,003
Excellente	87 (86,1)	14 (13,9)		
Bonne	234 (87,6)	33 (12,4)		
Assez bonne	48 (70,6)	20 (29,4)		
Pas du tout bonne	7 (63,6)	4 (36,4)		
Médiocre	2 (66,7)	1 (33,3)		

Il ressort du tableau n°4 qu'une différence statistique était hautement significative concernant l'intention de la continuité des services et les facteurs ci-après : 1) la qualité globale de service, 2) la satisfaction globale des usagers, 3) la qualité de la communication des prestataires, 4) la qualité de l'accueil, 5) l'appréciation du tarif et 6) la propreté des centres.

3.2.3. Raisons de la continuité de fréquentation des services

Tableau n°5 : Raisons de la continuité de la fréquentation des services et facteurs associés

Paramètres	Motifs de continuité de la fréquentation		khi-carré	p-value
	Oui (n=378)	Non (n=72)		
Soins de qualité			47,082	0,0001
Oui	214 (96,0)	9 (4,0)		
Non	164 (72,2)	63 (27,8)		
Propreté du centre			17,585	0,0001
Oui	94 (97,9)	2 (2,1)		
Non	284 (80,2)	70 (19,8)		
Bon accueil			12,567	0,0001
Oui	106 (94,6)	6 (5,4)		
Non	272 (80,5)	66 (19,5)		
Proximité du domicile			11,572	0,001
Oui	63 (98,4)	1 (1,6)		
Non	315 (81,6)	71 (18,4)		

Il ressort de ce tableau n°5 que la différence statistique était hautement significative pour l'intention de la continuité de fréquentation des services et les facteurs ci-après : 1) les soins de qualité, 2) la propreté des infrastructures, 3) le bon accueil et 4) la proximité du domicile des formations sanitaires de RADEM-ONG.

IV. Discussion

Les usagers des services de RADEM-ONG étaient catégorisés selon leur ancienneté à raison de 50,4% (n=227) de 6 ans et plus et 49,6 % (n=223) de moins de 5 ans de fréquentation. L'ancienneté médiane était de 6 ans de fréquentation. Les raisons de fréquentation étaient à 56,0 % (n=252) pour les soins curatifs et 25,2 % (n=113) pour les activités préventives et promotionnelles. Les représentations du tableau n° II et du graphique n° 1 traduisent une faible organisation des services préventifs et promotionnels dans les formations sanitaires de RADEM-ONG. Ces résultats se rapprochent d'une précédente étude (9) dans la ville de Likasi en République Démocratique du Congo, décrivant une faible utilisation de service découlant d'une faible organisation des services, en l'occurrence l'incapacité du personnel de santé qui ne favorisait pas la participation communautaire et ne maintenait pas des relations de partenariat.

La perception des services de RADEM-ONG par les usagers est caractérisée par une bonne qualité des soins et la satisfaction variant de 89,1 % à 72,0 %, bien que le tarif soit estimé trop cher par 31,9% (n=139) des enquêtés. Pour Mashini une faible qualité des soins réduirait l'efficacité des services à Likasi et augmenterait des couts des services, en limitant l'accessibilité financière des populations aux services de santé (9). Par ailleurs une étude sur 540 indigents au Burkina Faso (9) démontrait que la seule exemption de frais des soins ne suffirait pas pour justifier l'accroissement d'utilisation des services, face à 46,2% indigents exemptés des frais de soins contre 42,1% des usagers sans exemption des frais de santé.

La satisfaction globale 86,2% (n=388) des usagers des services de RADEM-ONG, était reliée aux cinq facteurs repris dans le tableau n° III. En outre, l'intention de continuer la fréquentation des services de RADEM-ONG par les usagers étaient reliée aux facteurs associés ($p=0,0001$), figurant aux tableaux n° IV et V ci-après : 1) les soins de qualité 87,4% (n=393), 2) le bon accueil 86,2% (n=388), 3) la satisfaction globale 86,2% (n=388), 4) la propreté des infrastructures 81,7% (n= 368), 5) le confort des malades 72,0% (n=324), 6) le tarif abordable 69,1% (n=311) et 7) l'accessibilité géographique facile des populations aux services RADEM-ONG implantés à proximité de leurs domiciles. Ces résultats se diffèrent de l'étude comparative de la satisfaction des usagers de la planification familiale du Ghana, du Kenya et de la Tanzanie (9). Le niveau de satisfaction était à 99,4 % dans les hôpitaux privés contre 96,8% dans les hôpitaux publics de la Tanzanie. Par ailleurs 12 % des clients étaient insatisfaits par manque de propreté dans les hôpitaux publics du Ghana. Dans une autre étude de la satisfaction des 235 malades hospitalisés au pavillon de Cardiologie du CHU Yalgado Ouédraogo de Burkina Faso (9), nos résultats étaient légèrement supérieurs, leur niveau de satisfaction était de 78,3%, l'accueil 68,1%, le confort du patient 65,8%, la qualité des soins 84,7% et tous les patients ciblés consentaient de recommander ce service à leurs proches. Une autre étude au Niger (9), sur 227 patients admis au service des urgences chirurgicales de l'HNZ, exprimait 54,6% (n=124) de patients satisfaits par les soins et 75,8 % (n=112) estimaient un bon accueil. La propreté des locaux était mauvaise pour 27,38% des patients, la communication soignant – patient était mauvaise pour 63,0 % (n=143) et le temps d'attente était long pour 41,4 % (n= 94), malgré une bonne accessibilité au service des urgences pour 72,7 %. Toutefois 83,3 % (n= 189) affirmaient l'intention de revenir au service. Au Burkina Faso une autre étude (9), auprès des usagers du Centre hospitalier régional de Koudougou, avait obtenu les résultats inférieurs à notre étude, avec la satisfaction moyenne de 72,1 % des répondants, 73,5 % avaient l'intention de la continuité des soins, 80,1 % se sentaient en sécurité et confort hôtelier, 76,9 % percevaient l'efficacité et la rapidité du personnel de santé. Par contre la bonne qualité des prestations était perçu par 33,4 % des usagers.

Au Ghana une étude qualitative explorative (9) avait identifié plusieurs déterminants de la satisfaction des 56 femmes fréquentant 4 centres à Kumasi pour la consultation prénatale ou l'accouchement, notamment: 1) la courtoisie du personnel, la dignité des femmes enceintes observée par le personnel, 3) la communication et l'implication du personnel, 4) la familiarité du personnel avec les femmes enceintes, 5) l'issu positif de l'accouchement et 6) les compétences des sages femmes. Une étude récente au Mali (9), sur la satisfaction des 83 patients hospitalisés dans le district sanitaire de Koutiala, avait obtenu les résultats légèrement supérieurs que les nôtres. Le taux de satisfaction globale et l'accueil étaient 94,0%, la confiance au personnel soignant était 92,8 %, la collaboration soignant-patient et la dignité des malades étaient 95 % et 95,2 %, le délai d'attente de moins de 5 minutes pour 92,8 % des patients. Cependant la facturation n'était « pas du tout abordable » pour 34,9 % ; pas très éloigné de notre étude ayant 31,9% (n=139) qui jugeaient le tarif trop cher. L'intention de recommander le service à un proche était 94,0%.

La participation communautaire apparaît par la fréquentation des services et l'intention de continuer la fréquentation selon 84 % (n=378) des répondants. Les graphiques n° 2 et 4, ainsi que les tableaux n°4 et 5 affichent une différence statistique hautement significative concernant l'intention de continuité de fréquentation et les facteurs associés ($p=0,0001$). Ces résultats se rapprochent des autres études (10 ; 9 ;10; 9) qui démontrent

que la participation communautaire exprime la démocratie et la responsabilité. Elle renferme cinq dimensions d'identification des besoins, de leadership, de l'organisation, de la mobilisation des ressources et de la gestion. En outre la participation communautaire en santé est indispensable pour tisser les partenariats intégrateurs, sous une forme décentralisée et régulée par l'Etat. Les experts de l'OMS qui évaluaient le programme régional de lutte contre l'onchocercose dans la partie Est de la République Démocratique du Congo (9), avaient constaté les expériences positives et négatives de participation communautaire dans les zones de santé de Kapolowe, Bengamisa et Makiso. Ils avaient trouvé des structures de participation communautaire telles que : le Comité de développement et santé (CODESA), le Comité de santé (COSA) et le Comité de gestion (COGE). Les formations sanitaires de RADEM-ONG travaillent en partenariat avec les Ménages et les organes similaires au Sud du pays. Toutefois la fonctionnalité de ces structures de participation communautaire nécessite une amélioration. Cependant au Burkina Faso (10), les chercheurs attirent l'attention sur le risque de l'usage excessif des représentations ethnoculturelles et des stéréotypes pour justifier la faible utilisation des services de santé. Ils précisent que les gestionnaires doivent planifier et réaliser les activités en tenant compte des capacités financières des ménages et autres conditions d'accessibilité aux services. Pour clore, une évidence supplémentaire de l'utilité de la participation communautaire était fournie par les chercheurs de Singapour (10), dans leur revue de publications produites de janvier 2000 à septembre 2016. Bien qu'étant un élément fondamental de l'équité et de l'approche basée sur les droits humains, la participation communautaire et les améliorations de la santé n'apparaissent pas spontanément, elles sont obtenues par un long processus tenant compte des facteurs contextuels.

Analyser la pérennité organisationnelle est une tâche complexe, exigeant au préalable de définir le concept et les indicateurs opérationnels, ainsi que contextualiser les facteurs institutionnels de l'organisation et les facteurs de l'environnement communautaire (10; 10; 10; 10; 10). Les résultats de notre étude, selon les graphiques n° 2 et 3 ainsi que les tableaux n° III, IV et V, démontrent l'intention des usagers à continuer leur fréquentation des services d'une part et les facteurs contribuant à la pérennité des services de RADEM-ONG d'autre part. Sur le plan conceptuel, cet article s'approche du cadre d'analyse de la survie de l'enfant (CASE), traduit de l'Anglais *The Child Survival Assessment Framework* (CSSA), utilisé pour analyser sept projets USAID de Bangladesh, Inde, Indonésie, Madagascar, Nicaragua et Sierra Leone (10; 10). Ce cadre possède trois dimensions : 1) la santé et les services sanitaires, 2) la situation organisationnelle et 3) la communauté et l'environnement. Le présent article étudie la satisfaction et la participation communautaire comparable à la 3^e dimension de leur cadre. L'évolution des normes culturelles, la cohésion entre les intervenants et la communauté locale resteront les déterminants du développement et de l'amélioration de la santé. Certains auteurs (10; 10) démontrent que la pérennité organisationnelle est établie lorsque l'entreprise a su, au cours de son histoire, affronter les bouleversements internes et externes et préserver l'essentiel de son identité en justifiant la pertinence des programmes dans son environnement. Les organisations ne survivent que si elles réussissent à gérer leur dépendance aux ressources critiques et développer des stratégies pour réduire leur dépendance. Les managers des organisations ont le pouvoir d'ajuster l'organisation à l'environnement, malgré les fortes contraintes. Cette illustration est comparable à la résilience et la continuité de services de RADEM-ONG sept ans après l'interruption du financement extérieur. Un autre auteur (10) démystifie la pérennité et propose les outils de planification de la pérennité en quatre segments : 1) l'institutionnalisation des programmes, 2) le changement politique, 3) l'appropriation par la communauté et 4) la mobilisation des ressources. Ces étapes ne s'éloignent pas des stratégies de RADEM-ONG et la présente étude s'aligne en partie sur certains critères de la grille d'analyse de développement durable (10), car la couverture santé universelle fait partie des objectifs de développement durable.

V. Conclusion

Les soins de santé primaires exigent la pleine implication de la communauté dans la planification, la gestion et le suivi-évaluation des services de santé. La satisfaction des usagers constitue un indicateur de qualité influençant la participation communautaire, bien qu'elle soit peu fréquente dans notre pays. La mesure de la satisfaction oriente les managers dans l'amélioration de la qualité des soins. L'offre des services et l'accessibilité aux soins sont tributaires de l'insuffisance de la sensibilisation et de l'implication de la communauté dans le fonctionnement des formations sanitaires. D'ailleurs, très peu de progrès sont faits en vue de la création de mutuelles de santé et autres mécanismes de partage des risques. Les communautés doivent être intégrées dans les programmes de santé pendant l'identification des besoins sanitaires, la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des programmes de santé. La présente étude démontre que la pérennité des services dépend des facteurs institutionnels, organisationnels et communautaires. Les managers doivent se préoccuper de la satisfaction des usagers et améliorer la qualité des soins; ils doivent créer les mécanismes de partenariat intégrateur pour la santé, sous la régulation de l'Etat et la participation communautaire. Les études approfondies doivent élucider le défi de financement durable de la santé.

References

- [1]. WHO – UNICEF (1978). Primary health care : report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sept 1978. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [2]. Wolfgang Bichmann, Susan B. Rifkin & Mathura Shrestha (1989). Peut-on mesurer le degré de participation communautaire? Forum mondial de la Santé, Vol 10. 1989, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/53163/WHF_10_1989_p513-519_fre.pdf.
- [3]. Rifkin, Susan B & World Health Organization. (1990). Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile/planification familiale : analyse sur la base d'études de cas S.B. Rifkin. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39058>, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39058/9242561355_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [4]. Tizio Stéphane 2005. Participation communautaire et rôle de l'État dans les politiques de santé. Quand un dogme chasse l'autre. In: Politiques de santé sous influence internationale : Afrique, Moyen-Orient. Lyon : Maison de l'Orient et de la Méditerranée Jean Pouilloux, 2005. pp. 31-46. (Monde arabe et musulman. Orient-Méditerranée,1) ; https://www.persee.fr/docAsPDF/mom_1633-4310_2005_act_1_1_3975.pdf
- [5]. OMS (2011). Services de santé pour et par les populations Africaines, Réalités, perspectives des communautés - Rapport d'étude, République Démocratique du Congo/Est, APOC, Aout 2011, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325050/325050-fre.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- [6]. Aristide Relwendé Yameogo, Georges Rosario Christian Millogo, Arlette Flore Palm, Joel Bamouni, Germain Dakaboué Mandi, Jonas Koudougou Kologo, André Koudnoaga Samadoulougou, Patrice Zabsonre (2017). Évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouedraogo, Pan African Medical Journal. 2017; 28:267 doi:10.11604/pamj.2017.28.267.13288, <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/28/267/full/>
- [7]. Sanogo B, Diarra B, Sangho H, Ag Iknane A, Le niveau de satisfaction des patients hospitalisés dans le district sanitaire de Koutiala au Mali en 2019, Mali Santé publique, Juin 2019, Tome IX, N° 001, <https://www.revues.ml/index.php/msp/article/view/1480>
- [8]. Plan national de développement sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la Couverture Sanitaire Universelle, Kinshasa, Nov 2018, https://santenews.info/wpcontent/uploads/2020/04/PNDS-2019-2022_GOUVERNANCE.pdf
- [9]. Luc Van Campenhoudt, Raymond Quivy, Jacques Marquet (2011). Manuel de recherche en sciences sociales, DUNOD, Paris, 2011, 4^e Ed., ISBN 978-2-10-056846-8, <https://www.ugb.sn/cours/sarandiaye/Manuel-recherche-sciences-sociaux-Luc-Van-Compenhoudt-Raymon-Quivy-4-Edition.pdf>
- [10]. Olivier Martin, L'enquête et ses méthodes, l'analyse de données quantitatives, Ed Armand Colin, Paris, 2009, 2^e Ed. ISBN :978-2-200-24461-3, https://www.academia.edu/32888854/LANALYSE_DE_DONNEES_QUANTITATIVES
- [11]. Paul N'DA, Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines - Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article, L'Harmattan, Paris, 2015, EAN Epub : 978-2-336-72085-2, https://www.academia.edu/41333862/Recherche_et_méthodologie_en_sciences_sociales_et_humaines
- [12]. Sophie Duchesne et Viviane Le Hay. Conter nos méthodes. Bulletin de Méthodologie Sociologique, 2018, Vol. 137–138 3–8 , DOI: 10.1177/0759106318761447, <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0759106318761447>
- [13]. Mashini Ngongo Ghislain, (2010). Comment organiser les services de santé de premier échelon en milieu urbain pour leur utilisation optimale par la population, Expérience de la ville de Likasi, Thèse doctorale, 2009-2010, Ecole de Santé publique, Université de Lubumbashi
- [14]. Nicole Atchessi, Valéry Ridde and Maria-Victoria Zunzunegui, User fees exemptions alone are not enough to increase indigent use of healthcare services, Health Policy and Planning, 31, 2016, 674–681, doi:10.1093/heapol/czv135, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5886034/>
- [15]. Paul L Hutchinson, Mai Do and Sohail Agha (2011). Measuring client satisfaction and the quality of family planning services: A comparative analysis of public and private health facilities in Tanzania, Kenya and Ghana, BMC Health Services Research, 2011, 11:203, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/203>
- [16]. Adamou H, Amadou Magagi I, Habou O, Halidou M, Karimou S, Sani R, Abarchi H (2017). Satisfaction des patients, élément important dans la globalité des soins : cas d'un service des urgences chirurgicales au Niger, in Le Mali médical, Aug 2017. <http://www.malimedical.org/2017/20b.pdf>
- [17]. W. F. Nana, S. Meda, H Hervé, P. Poda, M. K. Drabo (2018). Enquête de satisfaction des usagers du centre hospitalier régional de Koudougou au Burkina Faso, Revue Bio-Africa n° 18-2018, pp.30-35, https://www.revues-ufhb-ci.org/fichiers/FICHIR_ARTICLE_2308.pdf
- [18]. Veronica Millicent Dzomeku, Brian van Wyk, Lucia Knightand Jody Rae Lori (2018). Determinants of satisfactory facility-based care for women during childbirth in Kumasi, Ghana, International Journal of

- Nursing and Midwifery, Vol. 10(4), pp. 33-40, April 2018, DOI: 10.5897/IJNM2018.0306, <https://academicjournals.org/journal/IJNM/article-full-text-pdf/7D388EC56780>
- [19]. Fournier Pierre, Potvin Louise (1995). Participation communautaire et programmes de santé: les fondements du dogme. In: Sciences sociales et santé. Volume 13, n°2, 1995. pp. 39-59; doi :<https://doi.org/10.3406/sosan.1995.1326>, https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1995_num_13_2_1326
- [20]. Charles Boelen (2001). Vers l'unité pour la santé – Défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. OMS, Genève, 2001, WHO/EIP/OSD/2000.9. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67346/WHO_EIP_OSD_2000.9_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [21]. Loubna Belaid, Patrick Cloos, Valéry Ridde (2017), Mobiliser des représentations ethnoculturelles pour expliquer les disparités d'accès aux soins, Burkina Faso. Canadian Journal of Public Health, Vol. 108, No. 1, 2017 e57, https://www.jstor.org/stable/pdf/90006812.pdf?refreqid=excelsior%3A1d1ab1a9a1c17b1a3f2e37b802cec855&ab_segments=&origin=&acceptTC=1
- [22]. Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, Singh SR, Koh GCH, Seng CK, et al. (2019) Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. PLoS ONE 14 (5): e0216112. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6510456/pdf/pone.0216112.pdf>
- [23]. Shediak-Rizkallah C Mona, and Bone R. Lee, Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and Policy, in Health Education Research, Theory & Practice, 1998, Vol 13 N° 1, https://www.researchgate.net/publication/13120458_Planning_for_the_sustainability_of_community_based-health_programs_Conceptual_frameworks_and_future_directions_for_research_practice_and_policy
- [24]. Eric Sarriot, Jim Ricca, Jennifer Yourkavitch, Leo Ryan, and the Sustained Health Outcomes (SHOUT) Group. (2008). Taking the Long View: A Practical Guide to Sustainability Planning and Measurement in Community-Oriented Health Programming. Calverton, MD: Macro International Inc. <https://www.mchip.net/sites/default/files/TLVManual.pdf>
- [25]. Sophie Mignon, “La pérennité organisationnelle, un cadre d’analyse : introduction”, Lavoisier, Révue française de gestion, 2009/2 (N° 192), p 73-89, doi:10.3917/rfg.192.0073, <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2009-2-page-73.htm>
- [26]. Julia E. Moore, Alekhya Mascarenhas, Julie Bain and Sharon E. Straus (2017). Developing a comprehensive definition of sustainability, Implementation Science 12:110 DOI 10.1186/s13012-017-0637-1, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5581411/>
- [27]. Lawrence A. Palinkas, Suzanne E. Spear, Sapna J. Mendon, Juan Villamar, Charles Reynolds, Costella D. Green, Charlotte Olson, Audrey Adade, C. Hendricks Brown (2019). Conceptualizing and measuring sustainability of prevention programs, policies, and practices, in TBM 2020;10:136–145, doi:10.1093/tbm/ibz170, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7020391/>
- [28]. Yourkavitch Jennifer, Ryan J. Leo, Sarriot G. Eric, 2004, Lessons Learned from Applying the Child Survival Sustainability Assessment (CSSA) Framework to Seven Mother and Child Health Projects, https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadd770.pdf
- [29]. Eric G. Sarriot, Peter J. Winch, Leo J. Ryan, Janice Bowie, Michelle Kouletio, Eric Swedberg, Karen LeBan, Jay Edison, Rikki Welchand Michel C. Pacque, (2004). A methodological approach and framework for sustainability assessment in NGO- implemented primary health care programs, International journal of health planning and management, Int J Health Plann Mgmt 2004; 19: 23–41, DOI: 10.1002/hpm.744, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15061288/>
- [30]. Alice LE FLANCHEC et Jacques ROJOT, Théorie des organisations, Editions ESKA, Paris, 2022, 3e Ed, ISBN 978-2-7472-3223-4, <https://excerpts.numilog.com/books/9782747232210.pdf>
- [31]. Sophie Duchesne (2013). Enseigner les méthodes en sciences sociales. De quoi parle-t-on?: Lecture croisée de deux manuels: « Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives » Pierre Bréchon dir. et Manuel de recherche en sciences sociale de Luc Van Campenhoudt et Raymond Quivy... 2013, Paru in Quaderni, n°80, Hiver 2012-2013 pp 131-136. halshs-00794683, <https://shs.hal.science/halshs-00794683/document>
- [32]. Wolff Tom, Tools for Sustainability, in Global Journal for Community Psychology Practice, 2010, 1(1), 40-57. <https://www.gjcpp.org/pdfs/2009-0017-Final%20Version-011410.pdf>
- [33]. Villeneuve, C., Riffon, O., Tremblay, D. (2016). Comment réaliser une analyse de développement durable? Guide d'utilisation de la Grille d'analyse de développement durable. Département des sciences fondamentales, Université du Québec à Chicoutimi, en partenariat avec l'OIF/IFDD. https://constellation.uqac.ca/id/eprint/3959/4/Guide%20d'utilisation_GADD_2016.pdf

ANNEXES

Considérations éthiques:

Le présent article fait partie intégrante de la recherche doctorale dont le protocole de la Thèse était approuvé par le Comité d’Ethique Médicale (CEM) de l’Université de Lubumbashi (lettre n° UNILU/CEM/033/2021 du 25/02/2021).

Le consentement libre et éclairé était obtenu oralement auprès de chaque enquêté avant l’administration du questionnaire et avant les séances d’auto-évaluation en groupe. Les enquêteurs avaient assuré le respect de l’anonymat, la confidentialité et la dignité des enquêtés pendant et après la recherche.

Conflits d’intérêts : Aucun conflit d’intérêt à signaler.

Remerciements :

A la population des aires de santé Hewabora, Gambela, Lumata et Lualaba pour avoir participé volontairement dans cette enquête.

A mes Encadreurs Luboya Numbi Oscar, Claude Julie Bourque, Mashini Ngongo Ghislain, Kabyla Ilunga Benjamin et Tukumbi Ramazani Gérard pour leurs encouragements, orientations méthodologiques, correction des outils de collecte des données.

A ma chère Epouse Rose MAYUTO MWADJUMA pour avoir consenti son temps et son énergie dans l’encodage des données d’enquête sur EPI-Info et à mes chers enfants pour leur contribution financière et soutien moral.

Contact : KASONGO MULONGO Jibrill, kjibrill@yahoo.fr, +243 997029840 (WhatsApp)