

# *Coûts Et De L'Efficacité De La Qualité Des Soins De Santé Primaire Au Service De Santé Du Deuxième Echelon A L'Hôpital Bon Berger De Tshikaji*

PAMBI MUKANGA Pascal

Enseignant à l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kananga, Ville de Kananga, en République démocratique du Congo.

MScPH en Santé Publique, Option : Management des Services et Programmes de Santé à l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi, en République démocratique du Congo.

Contacts : +243 995289398

E-mail : [pambi.mukanga@unilu.ac.cd](mailto:pambi.mukanga@unilu.ac.cd)

[pambimukanga92@gmail.com](mailto:pambimukanga92@gmail.com)



## Résumé

**Introduction :** Notre recherche porte sur les coûts et de l'efficacité de la qualité des soins de santé primaires au service de santé du 2<sup>e</sup> échelon à l'hôpital Bon Berger de Tshikaji. D'une manière générale, ce travail vise à évaluer le coût et l'efficacité de la qualité des soins de santé primaires au service de santé du 2<sup>e</sup> échelon à l'hôpital Bon Berger de Tshikaji et de la promotion de l'équité et de la solidarité pour le partage de risque sanitaire et de revenu dans l'accès aux soins de santé. D'une manière spécifique : Identifier les modes usuels de paiement des soins de santé primaires à l'hôpital Bon Berger de Tshikaji dans la ZS Tshikaji ; déterminer l'appartenance de la population aux organes de co-paiement des soins tels que les agences d'assurance santé et/ou la mutuelle santé dans la ZS Tshikaji ; déterminer la perception de la population sur l'équité des soins de santé à l'hôpital Bon Berger de Tshikaji.

**Méthode :** pour la réalisation de ce travail, nous avons opté pour une étude d'observation descriptive transversale avec la méthode prospective.

**Résultats :** 71,56 % de nos enquêtés avaient répondu avoir l'accès aux soins par la référence de Cs à l'HGR ; 61,61 % de nos enquêtés avaient répondu très satisfaits ; 47,39 % de nos enquêtés avaient répondu toujours à la fréquence de satisfaction ; 64,45 % de nos enquêtés avaient répondu non relativement abordable par rapport au cout des soins ; 74,4 % de nos enquêtés avaient dépensé plus de 1000.000 FC pour leurs soins de santé ; 64,45 % de nos enquêtés avaient des difficultés pour payer les soins ; 71,09 % de nos enquêtés estimaient que le coût des soins par rapport à la qualité était juste ; 82,94 % de nos enquêtés avaient suggéré la gratuité des soins.

**Mots clés :** coûts, efficacité, qualité, soins de santé primaires, service de santé, deuxième échelon, hôpital.

## Abstract

**Introduction:** Our research focuses on the costs and effectiveness of primary health care quality in the 2<sup>e</sup> echelon health service at Bon Berger Hospital in Tshikaji. In a general way, this work aims to evaluate the cost and effectiveness of primary health care quality at the 2<sup>e</sup> echelon health service at Bon Berger Hospital in Tshikaji and the promotion of equity and solidarity for health risk and income sharing in access to health care. Specifically: to identify the usual methods of payment for primary health care at Bon Berger de Tshikaji Hospital in the Tshikaji HZ; to determine the population's membership of health care co-payment bodies such as health insurance agencies and/or mutual health insurance in the Tshikaji HZ; to determine the population's perception of health care equity at Bon Berger de Tshikaji Hospital.

**Method:** For this study, we opted for a cross-sectional descriptive observational study using the prospective method.

**Results:** 71.56% of our respondents answered that they had access to care through Cs referral at the HGR; 61.61% of our respondents answered that they were very satisfied; 47.39% of our respondents answered that they were always satisfied; 64.45% of our respondents answered that they were not relatively affordable in relation to the cost of care; 74.4% of our respondents had spent more than 1000. 000

**FC for their health care; 64.45% of our respondents had difficulty paying for care; 71.09% of our respondents felt that the cost of care in relation to quality was fair; 82.94% of our respondents suggested free care.**

**Key words: costs, efficiency, quality, primary health care, health service, second level, hospital.**

## 0. INTRODUCTION

### 0.1. État de la question

La mise en place des systèmes de santé qui offrent un paquet de soins essentiels, qui soient socialement acceptables et rendus universellement accessibles à tous les individus, à toutes les familles et à toutes les communautés, à tous les stades de leur développement, et ce, dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination, a été au cœur de l'engagement pris par les ministres de la santé de la plupart des pays à Alma Ata à l'occasion du premier sommet de l'OMS sur l'équité des soins pour tous. (1)

L'accessibilité universelle aux soins de santé est actuellement au cœur de tous les débats de l'heure sur le progrès vers la couverture sanitaire universelle. (2) Elle est garantie par une équité de l'accès géographique, socioculturelle et surtout financière aux paquets standardisés des soins de santé pour toute la population. L'un des buts ultimes des systèmes de santé est de protéger les populations contre les risques socio-sanitaires d'une part et contre l'appauvrissement suite aux dépenses sanitaires catastrophiques d'autre part. (3)

Pour garantir une bonne accessibilité financière des populations aux services de santé, l'OMS estime que les individus ne devraient pas payer de manière directe les soins d'une part, et que le montant qu'ils payent ne devrait pas constituer une dépense catastrophique, c'est-à-dire une dépense qui coûte plus de 40 % du revenu mensuel de la personne qui paie les soins. (4) Pour ce faire, le mode de paiement indirect des soins devrait être privilégié en se faisant par voie des systèmes d'assurance ou de mutuelle de santé, ou par voie des systèmes de prépaiement ou de co-paiement (subside de l'État ou d'un organe de cofinancement) des soins. (5) Une telle perspective est surtout favorisée et favorise par rétroaction l'équité et la solidarité des individus, des ménages et des collectivités. Dans la plupart des villes en Afrique, l'accessibilité géographique et socioculturelle aux soins de santé semble céder le pas aux préoccupations de l'accessibilité financière des populations aux soins pour la plupart des décideurs. (6)

Cependant, de l'évaluation de ses OMD (4 et 5), il ressort des avancées significatives, quand bien même les objectifs n'ont pas été atteints en général. Entre 1990 et 2015, les taux de mortalité dans le monde ont diminué respectivement de 45 %, passant de 380 à 210 décès pour 100 000 naissances vivantes, et de 53 % (passant de 90 à 43 décès pour 1000 naissances vivantes). (7)

Malgré ces progrès, la situation de la santé de la mère et de l'enfant reste toujours alarmante, car les femmes et les enfants continuent à mourir, surtout environ 830 femmes meurent chaque jour suite aux problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement, dont la grande majorité se trouve dans les pays en développement (99 %), et environ 16 000 enfants de moins de 5 ans meurent encore chaque jour. (8)

En effet, les OMD de 2011 à 2030 sont arrivés à leurs échéances à la fin de l'année 2015. Les décideurs internationaux ont alors opéré pour les objectifs de développement durable (ODD) qui incitent les pays à redoubler les efforts pour réduire le taux de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité néonatale à moins de 12 pour 1000 naissances vivantes, et réduire considérablement la mortalité maternelle d'ici 2030. (4)

Ainsi, la Tunisie apparaît à la 112<sup>e</sup> place par ordre décroissant. Les taux de mortalité des enfants ont progressé de façon significative : la mortalité infanto-juvénile a diminué de 198 pour mille naissances vivantes en 2006 à 127 en 2012, soit une réduction de 34 %. (5)

Ainsi, la santé maternelle reste toujours alarmante : environ une femme sur 200 perd la vie en donnant naissance. Pour les femmes qui meurent, les causes directes sont essentiellement : les hémorragies, les infections, l'éclampsie, l'anémie et les avortements clandestins. Cette situation place ainsi la RDC parmi les six pays du monde qui contribuent à 50 % au fardeau mondial de la mortalité maternelle et parmi les cinq qui contribuent à 49 % des décès des enfants de moins de 5 ans. (10)

De ceci, il a été noté qu'en 2015, avec les performances actuelles du système de santé de notre pays, sans mesures d'accélération de la couverture des interventions à haut impact avec leur potentiel de réduction de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et chez les mères, le pays n'atteindra pas les ODD 5 en 2035. (11)

Au regard de cette situation préoccupante, depuis 2015, la RDC s'était dotée avec l'ensemble des partenaires du secteur de la santé d'un cadre d'accélération de la réduction de la mortalité des mères et des enfants permettant de dresser une analyse systématique des goulots d'étranglement qui repaissent et bloquent la poursuite des interventions nécessaires à la réalisation des ODD concernés et d'inventorier les solutions des plans d'actions coordonnés pour lever ces obstacles et accélérer les progrès. (12)

Dans la province du Kasaï central, les progrès ont aussi été enregistrés au cours des six dernières années concernant la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Mais ils n'ont pas été assez suffisants pour permettre à notre province d'atteindre les OMD. (13)

Les indicateurs sanitaires sont inférieurs à la moyenne du pays, ce qui atteste une mauvaise situation sanitaire. Pour 100 naissances vivantes, les décès des enfants de moins de 5 ans ont été de 135. (14)

Face à cette situation, les différents partenaires du développement avaient décidé de mettre en place un projet d'accélération des progrès vers l'atteinte des OMD 4 et 5 (PA OMD 4 et 5) qui constituait un outil de mise en œuvre de la province, bénéficiant d'un double financement de l'Unicef et de l'Union européenne. (15)

Dans la ville de Lubumbashi, en République démocratique du Congo, l'accessibilité financière aux soins de santé entrave significativement l'utilisation des services de soins (Ministère de la Santé-RDC, 2016). Les modes de paiement, l'accès financier, l'équité et la solidarité ne sont pas encore systématiquement exploités dans la littérature. (16)

## 0.2. Problématique

Dans le cas de la ville de Kananga, ce travail veut répondre à la question principale ci-après : quels sont les modes de paiement et les mécanismes d'équité et de solidarité qui sont mis en jeu et qui déterminent l'accessibilité financière aux soins de santé primaire à l'hôpital Bon Berger de Tshikaji dans la zone de santé Tshikaji, ville de Kananga, en République démocratique du Congo) ?

En regard de tout ce qui précède, nous nous sommes posé la question suivante :

Quel est le coût moyen des soins de santé primaires à l'hôpital Bon Berger de TSHIKAJI ?

## 0.3. Objectifs du travail

### 0.3. 1. Objectif général

Ce travail vise à évaluer le coût et l'efficacité de la qualité des soins de santé primaires au service de santé du 2<sup>e</sup> échelon à l'hôpital Bon Berger de Tshikaji et de la promotion de l'équité et de la solidarité pour le partage de risque sanitaire et de revenu dans l'accès aux soins de santé.

### 0.3.2. Objectifs spécifiques

Pour atteindre cet objectif général, ce travail vise de manière spécifique à :

- Identifier les modes usuels de paiement des soins de santé primaires à l'hôpital Bon Berger de Tshikaji dans la ZS Tshikaji ;
- Déterminer l'appartenance de la population aux organes de co-paiement des soins tels que les agences d'assurance santé et/ou la mutuelle santé dans la ZS Tshikaji.
- Déterminer la perception de la population sur l'équité des soins de santé à l'hôpital Bon Berger de Tshikaji.

## II.2. METHODOLOGIE

Pour la réalisation de ce travail, nous avons opté pour une étude d'observation descriptive transversale.

### a) Méthode utilisée

Ainsi, pour ce travail, nous avons utilisé la méthode prospective.

### b) Techniques utilisées

Selon Larousse, une technique est l'ensemble de procédés dont le but est de parvenir à un résultat donné, que ce soit en ce qui concerne la science, la technologie, l'art ou n'importe quel domaine. Autrement dit, une technique est un ensemble de règles, méthodes ou protocoles employés comme moyen pour arriver à une fin. (10)

Pour ce travail, nous avons utilisé les techniques suivantes :

#### 1. Technique documentaire

Elle nous a permis de recourir aux sources écrites (livres, mémoires, articles, thèses doctorales et toute autre littérature ayant trait à l'évaluation de coût et à l'efficacité de la qualité des soins).

#### 2. Technique d'observation

Ici, il s'agit d'un suivi attentif des phénomènes, sans volonté de les modifier à l'aide des moyens d'enquête et d'étude appropriés.

Il s'agit ici d'une perception par les sens.

#### 3. Technique d'interview

Celle-ci nous a aidés à entrer en contact avec les utilisateurs de service engagés afin d'avoir leur appréciation sur les soins et les effets.

### c) Matériels utilisés

Il s'agit de l'ensemble des éléments que le chercheur utilise une fois qu'il a mené son étude et collecté les données, les informations nécessaires.

Pour réaliser cette étude, nous avons utilisé la méthode d'enquête transversale qui nous a permis d'entrer en contact avec nos enquêtés afin d'avoir des données fiables.

Pour récolter les données, nous avons distribué aux participants les questionnaires comprenant des questions accompagnées d'un stylo. Les répondants devaient fournir les informations en 30 minutes après cette opération. Nous avons recueilli les données de notre investigation à partir de ce questionnaire d'enquête.

### d) Échantillonnage

Nous avons opté pour un échantillonnage probabiliste de type aléatoire systématique dont la taille de notre échantillon est de 422 personnes résidant dans la zone de santé ciblée par notre étude, trouvée à partir de la formule suivante :

Légende :

n : taille de l'échantillon

$Z^2$  : coefficient de confiance pour un degré de confiance de 95% ce coefficient est égal à 1,96

P : la proportion de la population ayant la connaissance

Q : proportion de la population n'ayant pas la connaissance

Cette taille de l'échantillon a été obtenue à l'aide de la formule ci-après :

$$n = \frac{z_{\alpha}^2(PXQ)}{d^2} = 1.96 \times 1.96$$

- P=50%
- Q=1-L
- d<sup>2</sup>=5%

$$n = \frac{z_{\alpha}^2(PXQ)}{d^2} =$$

$$n = \frac{3,8416(0.5 \times 0.5)}{d^2} = 384.16$$

$$n = 384,16 + 38,416 = 422 \text{ personnes.}$$

Pour combler les erreurs de non répondant, de perdu de vue et autres notre taille de l'échantillon a été amplifiée à 10% de la taille trouvée ce qui fait : n=384,16+38,416= 422 personnes.

#### Population d'étude

La population cible de notre étude est constituée de tous les patients ayant reçu les soins à l'hôpital Bon Berger de Tshikaji.

#### II.2.7. ANALYSE DES DONNEES

Après avoir été collectées, ces données ont été saisies sur le logiciel SPSS. Elles ont été épurées et codifiées, les analyses statistiques ont été effectuées, notamment les fréquences exprimées en pourcentage, les résultats sont dans les tableaux et sont commentés.

#### II.2.4. CRITÈRES D'INCLUSION ET DE NON-INCLUSION

##### 1. CRITÈRES D'INCLUSION

Sont inclus dans notre étude les sujets ayant rempli les critères suivants :

- Être patients à l'hôpital Bon Berger de Tshikaji ;
- personnel et les procédures de retraitement des agents ;
- Accepter de participer volontairement à l'enquête et enfin ;
- Être présent lors de notre descente.

##### 2. Critères de non-inclusion

Est non inclus de cette étude tout personnel n'ayant pas rempli les critères ci-haut cités.

#### 6. CONSIDÉRATION ÉTHIQUE

Nous avons reçu une attestation de recherche des autorités compétentes de l'université de Kananga autorisant notre descente sur les terrains.

Nous avons reçu une autorisation du responsable de l'hôpital Bon Berger de Tshikaji avant d'entrer en contact avec les personnels.

Au cours de cette recherche, quelques règles d'éthique ont été observées, il s'agit de : la confidentialité et l'anonymat des participants.

### III. RESULTATS

Dans ce chapitre, nous allons présenter et interpréter les résultats obtenus de nos enquêtes issues du terrain d'étude. Les résultats sont repris en fonction des variables consécutives de notre étude.

#### 1. Résultats

Tableau I. Répartition des enquêtés selon les caractéristiques socio-démographiques

Paramètres	Effectif (n = 422)	Pourcentage (%)
<b>Sexe</b>		
Masculin	238	56
Féminin	184	44
<b>Tranche d'âge des répondants</b>		
15-19	73	17
20-24	56	13
25-29	194	46
30-34	84	20
35 plus	15	4
<b>Profession</b>		
Commerces	69	16
Fonctionnaire de l'État	197	47
Enseignement	45	11
Secteur privé	71	17
Autres	40	9
<b>Statut marital des répondants</b>		
Mariée	315	75
Célibataire	45	11
Divorcée	25	6
Veuve	37	8
<b>Niveau d'étude des répondants</b>		
Primaire	95	23

Secondaire	188	45
Universitaire	83	19
Sans niveau	56	13

Il ressort de ce tableau que 46 % des enquêtés sont de la tranche d'âge de 23-26 ans, contre 4 % de 40 ans et plus. 56 % des enquêtes sont du genre masculin contre 44 % du genre féminin. 45 % des enquêtés ont un niveau d'étude secondaire, contre 13 % qui n'ont aucun niveau d'étude. 47 % des enquêtés ont comme fonction des fonctionnaires publics, contre 9 % qui font d'autres activités. 75 % des enquêtés sont des mariés, contre 6 % qui sont des divorcés.

Tableau II. Répartition des enquêtes selon l'accès aux soins.

Accès aux soins	Effectif	Pourcentage (%)
Référence de CS à l'HGR	302	71,56
Un membre de la famille	100	23,70
Recommandation d'un ami	20	4,74
Autres à préciser.	-	-
Total	422	100

Dans ce tableau, nous constatons que 71,56 % de nos enquêtés avaient répondu d'avoir l'accès aux soins par la référence de Cs à l'HGR.

Tableau III. Répartition des enquêtes selon la qualité des soins

Qualité des soins	Effectif	Pourcentage (%)
Très satisfaite,	260	61,61
Satisfaite	50	11,85
Moyenne	112	26,54
Insatisfaisante	-	-
Très insatisfaisante.	-	-
Total	422	100

Au vu de ce tableau, 61,61 % de nos enquêtés avaient répondu très satisfait.

Tableau IV. Répartition des enquêtes selon la fréquence de satisfaction

Fréquence	Effectif	Pourcentage (%)
Toujours	200	47,39
La plupart du temps	50	11,84
Parfait,	40	9,48
Rarement,	122	28,91
Jamais.	10	2,37
Total	422	100

Dans ce tableau, nous constatons que 47,39 % de nos enquêtés avaient répondu toujours à la fréquence de satisfaction.

Tableau V. Répartition des enquêtes selon le coût de soins.

Coût	Effectif	Pourcentage (%)
Oui, très abordable	10	2,37
Oui relativement abordable.	70	16,59
Non relativement abordable.	272	64,45
Non, très chères.	70	16,59
Total	422	100

Au vu de ce tableau, 64,45 % de nos enquêtés avaient répondu non relativement abordable par rapport au cout de soins.

Tableau VI. Répartition des enquêtes selon les dépenses de soins.

Dépenses	Effectif	Pourcentage (%)
Moins de 10.000 FC	20	4,74
Entre 10.000 Fc et 50.000 Fc	28	6,63
Entre 500.000 Fc et 1000.000 Fc	60	14,22
Plus de 1000.000 FC	314	74,4
TOTAL	422	100

Les résultats de ce tableau démontrent que 74,4 % de nos enquêtés avaient dépensé plus de 1000.000 FC pour leurs soins de santé.

Tableau VII. Répartition des enquêtes selon les difficultés à payer des soins.

Difficultés	Effectif	Pourcentage (%)
Oui,	272	64,45
Non.	150	35,54
Total	422	100

À ce qui concerne ce tableau, 64,45 % de nos enquêtés avaient des difficultés pour payer les soins.

Tableau VIII. Répartition des enquêtes selon le coût de soins par rapport à la qualité

Coût de soins	Effectif	Pourcentage (%)
Oui, tout à fait juste.	300	71,09
Oui, relativement juste	50	11,85
Oui, relativement juste	45	10,66
Non, tout à fait juste.	27	6,4
TOTAL	422	100

Dans ce tableau, nous constatons que, pour 71,09 % de nos enquêtés, le coût de soins par rapport à la qualité était juste.

Tableau IX. Répartition des enquêtes selon les suggestions concernant les soins de santé.

Suggestions	Effectif	Pourcentage (%)
Les soins soient gratuits.	350	82,94
Prix abordable des soins	22	5,21
Aux garants, le personnel qualifié	-	-
Diminuer le prix	40	9,48
Plus de médicaments	10	2,37
Total	422	100

En rapport avec ce tableau, nous avons que 82,94 % de nos enquêtés avaient suggéré la gratuité des soins.

## DISCUSSION

Nous constatons dans ce tableau que 50 % de nos enquêtés avaient une tranche d'âge. Les résultats de ce tableau démontrent que 62,5 % de nos enquêtés étaient de genre masculin contre 37,5 % qui étaient de genre féminin. Dans ce tableau, nous constatons que 62,5 % de nos enquêtés avaient répondu avoir l'accès aux soins par la référence de Cs à l'HGR. Au vu de ce tableau, 54,69 % de nos enquêtés avaient répondu « très satisfaite ». Dans ce tableau, nous constatons que 31,2 % de nos enquêtés avaient répondu « toujours » à la fréquence de satisfaction. Au vu de ce tableau, 46,8 % de nos enquêtés avaient répondu « non relativement abordable par rapport au coût des soins ». Nos résultats sont différents de ceux de 2013. Alors que l'enquête de 2013 portait sur les dépenses de santé des ménages (dépenses pour consulter un médecin généraliste, un spécialiste, un dentiste ou un autre prestataire de soins de santé, dépenses pour médicaments, dépenses hospitalières, etc.), l'enquête de 2018 a examiné la charge financière de ces dépenses, c'est-à-dire la perception subjective qu'ont les ménages de leurs propres dépenses de soins de santé en fonction des ressources financières disponibles.(11)

La question globale sur cette charge, telle qu'elle était utilisée dans l'enquête précédente ("En général, estimez-vous que votre contribution personnelle pour les soins de santé, c'est-à-dire l'argent que vous devez payer vous-même, s'intègre facilement dans votre budget ?")..., a maintenant été divisée en trois questions qui sondent la charge des soins médicaux, des soins dentaires et des médicaments (prescrits et non prescrits). Cette nouvelle question, tirée du module pilote Santé de l'enquête européenne sur les revenus et les conditions de vie, permet d'évaluer facilement si les ménages arrivent à intégrer dans leur budget les soins de santé nécessaires.(13)

La question qui concerne le report de soins de santé pour des raisons financières a été maintenue dans l'enquête de 2018. Le report des soins de santé est considéré comme une charge financière extrême pour les ménages ; une situation dans laquelle un ménage est incapable d'effectuer les dépenses de santé nécessaires pour des raisons financières.

Les résultats de ce tableau démontrent que 46,8 % de nos enquêtés avaient dépensé entre 50 000 FC et 100 000 FC pour leurs soins de santé. En ce qui concerne ce tableau, 54,6 % de nos enquêtés avaient des difficultés pour payer les soins. Dans ce tableau, nous constatons que 31,2 % de nos enquêtés estiment que le coût des soins a qualité. Malgré le caractère universel des soins de santé en Belgique, 15,1 % des ménages indiquent que leurs dépenses de santé (soins médicaux, soins dentaires, achat de médicaments prescrits et non prescrits) sont lourdes à supporter. Le gradient entre le nord et le sud du pays est très clair : en région flamande, 9,7 % des ménages sont concernés, en région bruxelloise, 47 %, et en région wallonne, 22,0 %. De même, les ménages monoparentaux (28,2 %) et les personnes seules (16,1 %) indiquent plus souvent que leurs dépenses de santé sont lourdes à supporter. (17)

Il y a des différences socio-économiques importantes dans l'accessibilité aux soins de santé : les ménages ayant une personne de référence peu instruite (primaire/sans diplôme, secondaire inférieur, secondaire supérieur) indiquent plus souvent par rapport aux ménages plus instruits que les dépenses de soins de santé sont lourdes à supporter (22,1 % des ménages les moins instruits contre 9,5 % des ménages les plus instruits).

La différence devient encore plus importante lorsque l'on considère le revenu des ménages : pas moins d'un quart des ménages (32 %) appartenant au quintile de revenus le plus bas indiquent que les dépenses de santé sont lourdes à supporter ; pour le quintile de revenu le plus élevé, cela ne concerne plus "que" 6,3 % des ménages. (18)

Comme mentionné ci-dessus, la nécessité de reporter les soins de santé pour des raisons financières est considérée comme une forme extrême de charge financière. En 2018, 9,1 % des ménages ont indiqué que, pour des raisons financières, ils devraient reporter des soins de santé nécessaires (soins médicaux, soins dentaires, achat de médicaments (prescrits), achat de lunettes, soins de santé mentale). Ce pourcentage est légèrement supérieur, mais pas significativement différent de celui constaté en 2013 (8,4 %) et est plus faible en Région flamande (5,4 % des ménages) qu'en Régions bruxelloise (16,1 %) et wallonne (12,8 %). Là encore, les ménages les plus vulnérables sont les ménages monoparentaux (22,6 % de ces ménages ont déclaré avoir dû reporter les soins de santé), les personnes seules (10,7 %), les ménages dont la personne de référence a un faible niveau d'instruction (13,6 %) et les ménages à faible revenu (18,4 % des ménages appartenant au quintile de revenu le plus bas). (19)

## Conclusions

En termes de conclusion, l'évaluation du coût et de l'efficacité de la qualité des soins de santé primaires au service de santé du 2<sup>e</sup> échelon à l'hôpital Bon Berger de Tshikaji sur la période 2021-2023 constitue une étude cruciale pour comprendre comment les ressources sont utilisées, quel impact cela a sur la qualité des soins et comment ces résultats peuvent informer des décisions futures. Les conclusions tirées de cette étude permettent de souligner l'importance cruciale de la gestion efficace des ressources dans un environnement de soins de santé. Elles mettent en évidence la nécessité de veiller à ce que les ressources soient allouées de manière judicieuse pour maximiser l'efficacité des soins sans compromettre la qualité.

Cette évaluation soulève également des questions importantes quant à l'optimisation des coûts, la recherche de sources de financement alternatives et l'innovation dans la prestation des soins de santé primaires. Elle souligne l'importance d'investir dans la formation du personnel, l'amélioration des infrastructures et l'adoption de technologies de pointe pour améliorer la qualité des services et la satisfaction des patients.

En définitive, l'étude de l'évaluation de coût et d'efficacité de la qualité des soins de santé primaire à l'hôpital Bon Berger de Tshikaji de 2023-2024 constitue une contribution significative à la compréhension de la gestion des ressources dans le contexte des soins de santé primaires. Les recommandations découlant de cette évaluation devraient être prises en compte par les décideurs pour améliorer la qualité des soins de santé et garantir des services accessibles et durables pour la population desservie par l'établissement.

## REFERENCES

- [1].Pound C, Coyle D. A cost-utility analysis of the impact of electronic nicotine delivery systems on health care costs and outcomes in Canada. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* janv 2022;42(1):29-36.
- [2].Robinson D, Campbell K, Hobson SR, MacDonald WK, Sawchuck D, Wagner B. [Directive clinique no 432a : Maturation cervicale et déclenchement artificiel du travail - Information générale]. *J Obstet Gynaecol Can.* janv 2023;45(1):45-55.e1.
- [3].Robinson D, Campbell K, Hobson SR, MacDonald WK, Sawchuck D, Wagner B. [Directive clinique no 432b : Maturation cervicale]. *J Obstet Gynaecol Can.* janv 2023;45(1):63-69.e1.
- [4].Jain V, Gagnon R. [Directive clinique no 439 : Diagnostic et prise en charge du vasa prævia]. *J Obstet Gynaecol Can.* juill 2023;45(7):519-33.
- [5].Kingdom J, Ashwal E, Lausman A, Liauw J, Soliman N, Figueiro-Filho E, et al. [Directive clinique no 442 : Retard de croissance intra-utérin : Dépistage, diagnostic et prise en charge en contexte de grossesse monofœtale]. *J Obstet Gynaecol Can.* oct 2023;45(10):102155.
- [6].Wong KT, Niles KM. [Mise à jour technique N° 436 : Classification des césariennes au Canada : Critères de Robson modifiés]. *J Obstet Gynaecol Can.* mai 2023;45(5):342-345.e1.
- [7].Turner S, Allen VM, Carson G, Graves L, Tanguay R, Green CR, et al. [Directive clinique no 443b : Opioïdes aux différentes étapes de la vie des femmes : Grossesse et allaitement]. *J Obstet Gynaecol Can.* nov 2023;45(11):102146.
- [8].Wallace AR, Splinter K. Does proximity to a fertility centre increase the chance of achieving pregnancy in Northeastern Ontario? *Can J Rural Med.* 1 avr 2024;29(2):63-70.
- [9].Antoine AL, Borel C, Le Gonidec P, Bonnet-Zamponi D. [The OMAGE comprehension interview: a method for building patient-centered care plans]. *Soins.* juin 2024;69(886):8-12.
- [10]. Pot E, Guenezan L, Pelen F, Facon G. [Evaluation of an experiment in ophthalmology telemedicine]. *J Fr Ophtalmol.* mars 2024;47(3):103986.

- 
- [11]. Majou D, Mekarnia Y, Martin B, Rouzier R, Héquet D. [Episode-based bundled payment model: evaluation of medical costs for early operable breast cancer]. *Bull Cancer*. déc 2021;108(12):1091-100.
- [12]. Etcheverrigaray F, Bulteau S, Machon LO, Riche VP, Mauduit N, Tricot R, et al. [Hospital production cost of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in the treatment of depression]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. août 2015;63(4):268-74.
- [13]. Danet L, Quesnel É, Parthenay A. [A wealth of IPA positions at the CHGR and interprofessional collaboration]. *Soins Psychiatr*. 2024;45(355):45-8.
- [14]. Barateau M, Gautier Y. [Mobilising the team and the patient to prevent pressure ulcers]. *Rev Infirm*. mars 2018;67(239):38-9.
- [15]. Pirson M, Van den Bulcke J, Di Pierdomenico L, Martins D, Leclercq P. [Medical and economic evaluation of oncological inpatients in 14 Belgian hospitals]. *Bull Cancer*. nov 2015;102(11):923-31.
- [16]. Sultan R, Cazaux T, Regina J. [Inappropriate treatment of asymptomatic bacteriuria]. *Rev Med Suisse*. 10 avr 2024;20(869):766-7.
- [17]. Jodet S, Charles J, Longuechaud C. [Thinking about family carers in terms of their experiential knowledge]. *Soins Psychiatr*. 2024;45(353):27-9.
- [18]. Behr M, Le Borgne P, Baicry F, Lavoignet CE, Berard L, Tuzin N, et al. [French national emergency department's crisis: The outcome of a growing gap between health resources and needs?]. *Rev Med Interne*. oct 2020;41(10):684-92.
- [19]. Brenner DR, Gillis J, Demers AA, Ellison LF, Billette JM, Zhang SX, et al. [Not Available]. *CMAJ*. 1 juill 2024;196(24):E836-45.