

Fonctionnement des formations sanitaires privées en ville de Bunia, Province de l'Ituri, République Démocratique du Congo

[Operation of private health facilities in Bunia Town, Ituri Province, Democratic Republic of Congo]

Ngakpa Bini Vianney¹ and Amuda Baba Dieu-Merc²

¹Chercheur indépendant, Licencié en Gestion des Institutions de Santé, Division Provinciale de la Santé Ituri, RD Congo

²Professeur Associé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bunia (ISTM, Bunia), RD Congo

Copyright © 2025 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the *Creative Commons Attribution License*, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: The aim of this study was to describe the operation of private health facilities in Bunia town, in the Province of Ituri, Democratic Republic of Congo.

The survey method, supported by semi-structured interviews and documentary analysis, was used to carry out this work. The data were analyzed using the percentage.

After analyzing the data, the study revealed what follows:

- More than 4/5 of private health facilities have authorization to open the facilities;
- The majority of health facilities have 1 to 3 buildings;
- A weight scale, blood pressure monitor, microscope and consultation table are the basic materials and equipment needed to start up a private health facility;
- Nearly half of private health facilities receive 1 to 3 capacity-building sessions each year.

In view of these results, it is important that the health authorities put in place appropriate strategies not only to supervise the opening of private health facilities, but also to ensure that they operate in accordance with standards.

KEYWORDS: operation, private health facilities, Bunia.

RESUME: Cette étude a été réalisée dans le but de décrire le fonctionnement des formations sanitaires privées de la Ville de Bunia, en Province de l'Ituri, République Démocratique du Congo.

La méthode d'enquête, appuyée par l'interview semi-structurée et l'analyse documentaire a été utilisée pour réaliser ce travail. Les données ont été analysées au moyen de l'indice de pourcentage.

Après l'analyse des données, nous avons abouti aux résultats ci-après:

- Plus de 4/5 des formations sanitaires privées disposent de l'autorisation d'ouverture d'établissement sanitaire;
- La majorité de formations sanitaires disposent de 1 à 3 bâtiments;
- La pèse-personne, le tensiomètre, le microscope et la table de consultation sont les matériels et équipements de base pour commencer une structure sanitaires privées;
- Près de la moitié de formations sanitaires privées bénéficient de 1 à 3 fois de séances de supervision chaque année.

Au vu de ces résultats il s'avère important que les autorités sanitaires mettent sur pieds des stratégies appropriées non seulement pour encadrer l'ouverture d'une formation sanitaire privée, mais également se rassurer que leur fonctionnement est conforme aux normes.

MOTS-CLEFS: fonctionnement, formations sanitaires privées, Bunia.

1 INTRODUCTION

Depuis la publication du rapport sur la santé dans le monde en 2000 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une attention particulière est de plus en plus accordée à l'évaluation de l'efficacité des systèmes de santé comme en témoignent de nombreux travaux dans le domaine avec des applications aussi bien dans les pays développés qu'en développement. En effet, ce rapport met l'accent sur la nécessité pour chaque système de santé de s'intéresser à l'utilisation et à la valorisation des ressources pour parvenir aux résultats escomptés. Cette approche accorde plus d'importance à l'objectif primordial de chaque système de santé, qui est l'amélioration de l'état de santé de la population (Avon, 2019). Le système de santé a bien évolué aussi bien à travers le monde qu'en Afrique.

Le système de santé américain, libéral et fondé sur le marché, s'organise autour d'assurances privées souvent liées à l'emploi et d'une assurance maladie obligatoire, liée notamment à la vieillesse et aux faibles revenus (Galnis-Narinos, 2009).

En Chine, c'est l'hôpital public qui est le principal acteur de santé car il a le monopole de l'offre des soins. Néanmoins, à côté du secteur public, il existe aujourd'hui un secteur privé n'assurant que 5% des offres de soins, mais dont le rôle effectif dans l'ensemble du système de santé s'avère plus important, notamment pour la qualité des soins et le développement de certaines techniques de pointe (Durant-Droubin, 2011).

Le contexte de la République Démocratique du Congo a profondément changé depuis la promulgation de la Constitution de la 3ème République avec l'adoption de la Stratégie de Renforcement de Système de Santé en 2006.

Malgré l'absence ou l'inadéquation de certaines lois indispensables à la bonne marche du secteur, plusieurs textes réglementaires ont été produits. Cependant, ils sont insuffisamment vulgarisés et appliqués. Ce phénomène est aggravé par l'absence des mesures coercitives, ce qui explique en partie la faible qualité des soins fournis à la population. Pour relever le défi lié à l'insuffisance d'application des textes, le ministère devra non seulement les vulgariser, mais surtout renforcer les missions de contrôle et d'inspection, et développer les mécanismes de lutte contre la corruption et les autres antivaleurs. (Ministère de la Santé Publique RDC, 2010).

Si la mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé, notamment en ce qui concerne les actions proposées au niveau périphérique et intermédiaire a fait du chemin, il n'en est pas de même du niveau central dont la structure continue de poser des problèmes pour assurer la coordination intra et inter sectorielle (Ministère de la Santé Publique RDC, 2010).

A cause du désengagement progressif de l'Etat dans le financement du système de santé et le manque de contrôle de la gestion des formations sanitaires, il s'est créé au fil des années, un système de taxation informelle et non équitable équivalant au reversement de 5-10 %. Ce système a été essentiellement alimenté par la contribution des malades aggravant ainsi l'appauvrissement des ménages (Ministère de la Santé Publique RDC, 2010).

Par ailleurs, le manque d'outils de gestion dans la majorité des formations sanitaires, et l'absence de contrôle régulier de gestion par l'autorité de tutelle constituent des facteurs importants des malversations financières.

Le secteur privé à but lucratif s'est considérablement développé dans les villes bien que la hauteur de sa contribution au financement de la santé reste méconnue. Au niveau des structures de premier contact, on a constaté une émergence des services privés lucratifs non coordonnés et de qualité douteuse et qui rendent encore plus complexe l'organisation de l'offre des soins de qualité (Ministère de la Santé Publique RDC, 2010).

Cette situation est due d'une part à l'offre du personnel de santé qui de plus en plus dépasse la demande et dont l'exercice libéral de la pratique médicale constitue la seule voie d'issue, et d'autre part au développement des stratégies de survie individuelle et institutionnelle qui se traduisent par une ouverture anarchique et en surnombre des postes de santé, des dispensaires, des centres de santé dits de référence dans lesquels on fait de la chirurgie (Ministère de la Santé Publique RDC, 2010).

On note à titre d'exemples en 2021, 2022 et en 2023 respectivement 106,110 et 150 formations sanitaires privées, soit une augmentation de 41,5 % implantées dans la Ville de Bunia. Il y a donc une évolution ascendante des formations sanitaires privées en ville de Bunia.

L'objectif poursuivi par cette étude est de décrire le fonctionnement des formations sanitaires privées de la Ville de Bunia.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette étude a été réalisée dans les formations sanitaires privées de la Ville de Bunia, dans la Province de l'Ituri, en République Démocratique du Congo.

La population était constituée des gestionnaires des formations sanitaires privées de la Ville de Bunia. Le tableau ci-dessous décrit les catégories de formations sanitaires privées en Ville de Bunia.

Tableau 1. Répartition de la population d'étude par catégorie des formations sanitaires

N°	Catégories de formations sanitaires privées	Effectif
01.	Centre Médical	18
02.	Centre hospitalier	6
03.	Clinique	32
04.	Dispensaire	8
05.	Poste de Santé	86
	TOTAL	150

L'échantillonnage stratifié pondéré dont les détails sont repris dans le tableau II ci-dessous a permis de déterminer la taille des sous échantillons par catégorie des formations sanitaires.

Tableau 2. Répartition des sous échantillons par catégories des formations sanitaires privées

N°	Catégories	Effectif	%	n
01.	Centre Médical	19	13	14
02.	Centre hospitalier	5	3,33	3
03.	Clinique	32	21,33	23
04.	Dispensaire	8	5,3	6
05.	Poste de Santé	86	57	62
	TOTAL	150	100	108

La formule de Lynch telle que décrite par Kothari (2004) a été utilisée pour déterminer la taille de l'échantillon qui s'élève à 108.

La méthode d'enquête a été utilisée pour le présent travail. Pour la récolte des données, la technique d'interview semi-structurée et d'analyse documentaire ont été utilisées.

Les données collectées ont été codées puis encodées pour l'analyse au moyen de l'indice en pourcentage.

En ce qui concerne les considérations éthiques, cette étude a été autorisée par la clairance éthique N° 30/2024 du 23 avril 2024 du Comité Ethique de l'ISTM/Nyankunde. En plus de l'avis favorable du Comité Ethique, d'autres considérations éthiques ont été observées: le consentement éclairé, la confidentialité, l'anonymat.

3 RÉSULTATS

Tableau 3. Respect de procédure d'ouverture de formation sanitaire privée

Document d'autorisation de fonctionnement	n=108	Oui		Non	
		Effectif	%	Effectif	%
Demande d'ouverture à la Zone de Santé		86	79,6	22	20,4
Acte de reconnaissance de son statut		90	83,3	18	16,7
Arrêté du Ministre ou du Gouverneur de la Province		11	10,2	97	89,8
Autorisation d'ouverture d'Etablissement		93	86,1	15	13,9

Plus de ¾ des formations sanitaires disposent de l'autorisation d'ouverture d'établissement sanitaire, de l'acte de reconnaissance de leur statut; de la demande d'ouverture d'un établissement sanitaire de Zone de Santé. Par contre, seulement 10,2% disposent de l'arrêté du Gouverneur ou du Ministre.

Tableau 4. Nombre des professionnels de santé selon les catégories et qualifications

Catégories Professionnelles	N	1 à 3		4 à 6		> 6	
		Eff	%	Eff	%	Eff	%
Médecins Généralistes	52	47	90,4	4	7,7	1	1,9
Médecins Spécialistes	9	8	88,9	1	11,1	0	0,0
Total	61	55	90,2	5	8,2	1	1,6
Infirmiers A0	24	22	91,7	2	8,3	0	0,0
Infirmiers A1	91	79	86,8	10	11,0	2	2,2
Infirmiers A2	87	82	94,3	4	4,6	1	1,1
Total	202	183	90,6	16	7,9	3	1,5
Sage-femme A0	12	10	83,3	2	16,7	0	0,0
Sage-femme A1	34	29	85,3	5	14,7	0	0,0
Sage-femme A2	9	8	88,9	1	11,1	0	0,0
Total	55	47	85,5	8	14,5	0	0,0
TLM A0	16	15	93,8	1	6,2	0	0,0
TLM A1	46	39	84,8	6	13,0	1	2,2
TLM A2	12	9	75,0	2	16,7	1	8,3
Total	74	63	85,1	9	12,2	2	2,7
Autres pro-santé A0	4	2	50,0	1	25,0	1	25,0
Autres pro-santé A1	31	11	35,5	17	54,8	3	9,7
Autres pro-santé A2	21	18	85,7	2	9,5	1	4,8
Total	56	31	55,4	20	35,7	5	8,9

TLM: Technicien de Laboratoire Médical

La majorité des formations sanitaires disposent des médecins, des infirmiers, des sages-femmes, des techniciens de laboratoire médical et des autres professionnels de santé avec 1 à 3 agents.

Tableau 5. Nombre des bâtiments

Caractéristiques	N	1 à 3		4 à 6		> 7		
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Type de FOSA	Clinique	18	15	83,3	3	16,7	0	0,0
	Centre Hospitalier	6	2	33,3	2	33,3	2	33,3
	Centre Médical	34	30	88,2	3	8,8	1	2,9
	Dispensaire	16	16	100,0	0	0,0	0	0,0
	Poste de Santé	34	34	100,0	0	0,0	0	0,0
Total	108	97	89,8	8	7,4	3	2,8	
Ancienneté	1 à 5 ans	46	42	91,3	4	8,7	0	0,0
	> 5 ans	62	55	88,7	4	6,5	3	4,8
Total	108	97	89,8	8	7,4	3	2,8	

Près de 90% des formations sanitaires disposent de 1 à 3 bâtiments.

Tableau 6. Fréquence de supervision à l'interne par année

	n	1 à 3 fois		4 à 7 fois		8 à 11 fois		12 à 15 fois		
		Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	
Type de FOSA	Clinique	18	12	66,7	4	22,2	2	11,1	0	0,0
	Centre Hospitalier	6	4	66,7	2	33,3	0	0,0	0	0,0
	Centre Médical	34	24	70,6	8	23,5	2	5,9	0	0,0
	Dispensaire	16	9	56,2	4	25,0	1	6,3	2	12,5
	Poste de Santé	34	24	70,6	10	29,4	0	0,0	0	0,0
Total	108	73	67,6	28	25,9	5	4,6	2	1,9	
Ancienneté	1 à 5 ans	46	34	73,9	10	21,8	0	0,0	2	4,3
	> 5 ans	62	39	62,9	18	29,1	5	8,0	0	0,0
Total	108	73	67,6	28	25,9	5	4,6	2	1,9	

Près de 70% des formations sanitaires privées bénéficient de 1 à 3 séances de supervision à l'interne chaque année.

4 DISCUSSION DES RÉSULTATS

4.1 RESPECT DE PROCEDURE D'OUVERTURE DE FORMATIONS SANITAIRES PRIVEES

Plus de 75% des formations sanitaires privées disposent de l'autorisation d'ouverture d'établissements sanitaires, de l'acte de reconnaissance de leur statut, de la demande d'ouverture. Par contre, près de 90% ne disposent pas d'arrêt du Gouverneur ou du Ministre de la Santé, Hygiène et Prévoyance Sociale (Tableau III).

Nos résultats ne sont pas semblables à ceux de l'étude menée par Kamundu (2021) en Ville de Goma, qui avait trouvé que 50,3% des formations sanitaires privées et 58,8% n'avaient pas respecté la procédure d'ouverture.

Le fait que la plupart de formations respectent la procédure d'ouverture se justifierait par leur maîtrise de la procédure d'ouverture d'un établissement sanitaire. Par contre, le fait que près de 90% des formations sanitaires privées ne disposent pas d'Arrêté du Gouverneur ou du Ministre de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale se justifierait par la lourdeur administrative dans l'octroi de ces documents.

4.2 NOMBRE DE PROFESSIONNELS DE SANTE SELON LES CATEGORIES

La plupart de formations sanitaires privées disposent d'un personnel de 1 à 3 agents dans les différentes catégories professionnelles (tableaux IV).

Ce résultat est différent des normes proposées par Anonyme (2006) relatives au management et à l'administration du personnel de santé qui stipulent que le personnel médical, paramédical et administratif représente respectivement 15%, 70%, 15%.

Il y a donc lieu de conclure que les formations sanitaires privées implantées à Bunia ne respectent pas ces normes. Cela se justifierait par l'ignorance ou la négligence dans la mesure où aucune inspection de ce genre ne serait mise en place.

Ce résultat peut se comprendre en ce sens que le caractère non attractif des salaires payés crée une instabilité du personnel qui se retrouve dans une recherche continue du plus offrant. Il se poserait donc un problème de déséquilibre dans la vie des employés. Ce qui conduit certains d'entre eux à pouvoir créer des structures sanitaires privées d'une part. D'autre part, le chômage peut être aussi considéré comme le *leitmotiv* de création des structures sanitaires privées surtout par les médecins.

4.3 NOMBRE DES BÂTIMENTS

La majorité des formations sanitaires privées disposent de 1 à 3 bâtiments (Tableaux V).

Par rapport au nombre des bâtiments, notre résultat est supérieur à celui de l'étude de Kamundu (2021) qui avait trouvé que 31,3% des formations sanitaires avaient un bâtiment non proportionné au paquet complémentaire d'activités.

Le nombre réduit des locaux et des lits peut se justifier par le petit nombre des bâtiments et par l'improvisation de la création des structures sanitaires qui du reste peut aussi expliquer le manque des clôtures pour certaines structures sanitaires.

Il faut également noter que la plupart des structures sanitaires privées fonctionnent dans des maisons de location, c'est ce qui peut justifier le nombre réduit des infrastructures ne répondant pas aux normes exigées de construction d'une infrastructure sanitaire.

4.4 FREQUENCE DE SUPERVISION À L'INTERNE PAR ANNEE

La majorité des formations sanitaires privées bénéficient en moyenne de 1 à 3 séances de supervision chaque année (Tableau VI).

Les résultats de cette étude sont voisins à ceux de Babundiaka (2019) qui, en ce qui concerne la supervision, avait trouvé 77,6% des enquêtés affirmant qu'elles ont fait l'objet de supervision par les membres de l'Equipe Cadre de Zone de Santé.

Par ailleurs Babundiaka (2019) a trouvé que chez 78,8% des enquêtés, les supervisions se font sur une base régulière même si elles interviennent uniquement dans le cadre des supervisions intégrées.

Jessica (2023) souligne que les structures sanitaires privées doivent avoir des documents du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale et être supervisées par celui-ci au travers la Division Provinciale de la Santé, l'Inspection Provinciale de la Santé et la Zone de Santé.

La supervision des formations sanitaires privées n'est pas suffisante, cela se justifierait par la charge des travaux et d'autres contraintes (logistique et financière,...).

Cette faible fréquence se justifierait par les charges d'un superviseur et d'autres contraintes (chevauchement des activités, logistique,...).

5 CONCLUSION

Cette étude révèle que bien que le fonctionnement des formations sanitaires privées en Ville de Bunia se conforme aux procédures d'ouvertures, des efforts supplémentaires doivent être conjugués par les autorités sanitaires de la Province sur les ressources humaines, les infrastructures et la supervision.

REFERENCES

- [1] Avon D. (2019), une analyse comparative publique l'efficacité technique des Hôpitaux camerounais. Université de Yaoundé 2-SOA, Yaoundé.
- [2] Badibanga-Kamuleta (2024), unité de gestion du programme de développement du système de santé services de RDC.
- [3] Badr Dehbi (2017) *La problématique de gouvernance sanitaire au Nord de l'Afrique*: cas de Maroc, Algérie et de la Tunisie. 42: 1.
- [4] Bill & Melinda Gates Fondation (2017) Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République Démocratique du Congo. Washington District of Colombia.
- [5] Durant-Droubin J. L. (2011) Les tribunes de la santé (République de Chine) 1: 30; 87 à 112.
- [6] Franck Gautier (2021) Le secteur privé: définition et délimitation. Paris.
- [7] Haddougui D. (2017) Carte sanitaire au Maroc Le pourquoi et le comment. pp. 125.
- [8] Holtz M., Jeanna S. et Intissar Sarker (2019) Évaluation du secteur privé de la santé en République Démocratique du Congo. Kinshasa, pp 11-16.
- [9] Kamundu A.et al. (2018) Etat de lieux des formations sanitaires privées dans la Ville de Goma (RDC). 1: 1; 2-3.
- [10] Konan A. (2022) Côte d'Ivoire, l'offre et la rentabilité des prestations des cliniques et polycliniques. Bouaké, 23.
- [11] Kothari, C.R. (2004) *Research methodology. Methods and techniques* (2nd ed.) New Delhi: New Age International Publishers.
- [12] Latour C. (2019) Activités pour la santé humaine, Activités immobilières, Commerce de détail, à l'exception des automobiles et des motocycles, édition 2019. Loyettes.
- [13] Leboucher C. (2017) Modalités de l'implantation des formations sanitaires, Bouaké, Edition Journals.
- [14] Ministère de la santé Publique de Cameroun (2020) Cameroun, procédure de création et d'ouverture de formation sanitaire privée. Yaoundé.
- [15] Ministère de la Santé Publique RDC (2016) Rapport de la mission d'inspection des actes administratifs et juridiques des établissements des soins privés modernes dans la ville de Goma. Kinshasa.
- [16] Ministère de la santé publique RDC (2018) Investir dans le secteur de la santé en RDC. Kinshasa. 21-25.
- [17] Ministère de la Santé Publique RDC (2019) Recueil des Normes de Création, D'organisation et de Fonctionnement des structures de la Zone de Santé. Kinshasa.
- [18] Pemanakue Babundiaka J. (2019) Système national d'information sanitaire: un outil pour la prise de décision « Forces et faiblesses » Cas de la Ville de Lubumbashi. Mémoire. Inédit.
- [19] Trésor G. (2023) Le secteur de la santé en Afrique du Sud. Pretoria.