

Analyse de l'impact de l'offre privée des soins de santé à Kinshasa : profil de l'entrepreneur, management des services et satisfaction de la patientèle

Joseph Yenga Matali¹ and Théophile BUKÉLE Kekemb²

¹MD, MPH Student, School of Public Health, Kinshasa University, Democratic Republic of Congo

²MPH, PhD, School of Public Health, Kinshasa University, Democratic Republic of Congo

Received 25 May 2024, Accepted 18 June 2024, Available online 19 June 2024, Vol.12 (May/June 2024 issue)

Resume

L'offre privée de soins attire de plus en plus les chercheurs dans le domaine médical car il constitue un moteur important dans l'amélioration des conditions de vie des pays pauvres. Elle est devenue progressivement un acteur incontournable du système de santé de la RDC (République démocratique du Congo), mais l'étendue de ses contributions est encore largement inconnue. L'objectif de cette étude est de vérifier la relation entre les aspects managériaux et techniques de l'entrepreneur et la satisfaction globale de l'utilisateur de soins. Pour y parvenir, le modèle des équations structurelles a été utilisé pour mesurer les relations structurelles entre variables au moyen de l'algorithme PLS (Partial least square : moindres carrés partiels). Les résultats de l'estimation de ce modèle ont montré, d'une part, que le profil de l'entrepreneur, l'efficacité et la gouvernance réactive exercent un impact sur la satisfaction globale de l'utilisateur et, d'autre part, que la satisfaction globale de l'utilisateur est le reflet de l'accessibilité, du délai d'attente, de l'interaction avec le prestataire et de l'accueil/confort.

Mots clés : Offre privée, entrepreneur, satisfaction de l'utilisateur, ESSSP, variables latentes, Kinshasa

Abstract

The private provision of care is increasingly attracting researchers in the medical field because it constitutes an important engine in improving the living conditions of poor countries. It has gradually become a key player in the health system of the DRC (Democratic Republic of Congo), but the extent of its contributions is still largely unknown. The objective of this study is to verify the relationship between the managerial and technical aspects of the entrepreneur and the overall satisfaction of the care user. To achieve this, the structural equation model was used to measure the structural relationships between variables using the Partial Least Square (PLS) algorithm. The results of the estimation of this model showed, on the one hand, that the profile of the entrepreneur, efficiency and reactive governance have an impact on overall user satisfaction and, on the other hand, that overall user satisfaction is a reflection of accessibility, waiting time, interaction with the service provider and welcome/comfort.

Key words: Private offer, entrepreneur, user satisfaction, ESSSP, latent variables, Kinshasa

Introduction

Les difficultés liées à l'accès de la population aux soins de santé ont amené l'Etat congolais à autoriser les établissements de soins et services de santé privés à exercer dans le domaine de la santé afin de suppléer aux établissements de soins et services de santé publics [1].

Les établissements privés de la santé sont devenus progressivement des acteurs incontournables du système de santé de la RDC, mais l'efficacité de leurs contributions est pratiquement peu connue [2].

Quelques enquêtes qui ont été réalisées sur cette situation indiquent que les prestations des établissements de soins de santé privés sont entachées de motivations lucratives et de déviation de la pratique clinique [3].

En effet, l'ouverture de la filière infirmière ainsi que de nouveaux établissements de formation en santé est à la base de l'augmentation excessive des prestataires de soins diplômés, qui sont déversés chaque année sur le marché, sans garantie d'emploi, et occasionne la création de établissements de soins et services de santé privés lucratifs qui offrent des soins de faible qualité [4].

La question principale de recherche est de savoir : L'offre privée en santé exerce-t-elle un impact sur la

*Corresponding author's ORCID ID: 0000-0000-0000-0000

DOI: <https://doi.org/10.14741/ijmcr/v.12.3.19>

performance du système de santé en RDC ? Question secondaire : quels sont les facteurs déterminants dans cette relation d'impact ?

L'objectif pour cette étude est de vérifier la relation entre les aspects managériaux et techniques de l'offre privée des soins de santé et la satisfaction de la patientèle des établissements de soins concernés.

Comme hypothèses de travail, en s'inspirant de la revue des travaux de Bara A. et al, 2021, il est retenu ce qui suit :

Premièrement, le profil de l'entrepreneur en santé, l'efficacité, l'efficacité clinique et la gouvernance réactive des établissements de soins privés ont un impact sur la satisfaction globale de l'utilisateur de soins ;

Deuxièmement, l'accessibilité, le délai d'attente, l'information en santé, l'aspect relationnel et l'accueil/confort traduisent la satisfaction globale de l'utilisateur de soins ;

Troisièmement, l'efficacité dans un ESSSP est dépendante du profil de l'entrepreneur ;

Quatrièmement, la gouvernance réactive est dépendante du profil de l'entrepreneur.

Materiel & Methodes

Type d'étude et unité statistique

Une étude analytique quantitative a été menée à Kinshasa sur les données établissements de soins privés au cours du mois d'Avril 2023.

Afin d'atteindre l'objectif de cette recherche, trois unités statistiques ont été ciblées : l'établissement de soins et services de santé privé (ESSSP) et l'entrepreneur en santé privé associé à l'ESSSP investigué, d'une part, et les usagers de soins, d'autre part.

Echantillonnage

D'abord, un échantillon de 72 ESSSP tiré de 9 Zones de Santé de la ville de Kinshasa a été constitué sur base d'un échantillonnage à trois degrés, en l'occurrence, le district, la zone de santé et l'ESSSP. Au total, tous les quatre districts ont été retenus et un échantillon de 9 zones de santé a été sélectionné en termes d'un quart de zones de santé sur les 35 que compte la ville de Kinshasa.

Les neuf zones de santé suivantes ont été sélectionnées de manière aléatoire sur base d'une liste obtenue au niveau de la DPS Kinshasa : Binza météo,

Gombe, Kalamu, Lemba, Lingwala, Maluku 1, Mont Ngafula2, Ngiri Ngiri et Selembao. Ensuite, pour chacune de Zones de santé retenues, 8 ESSSP et pour chacun d'eux, l'entrepreneur en santé associé a été sélectionné pour constituer un échantillon d'un effectif total de 72 unités.

Concernant les usagers de soins, l'échantillon a été constitué à partir de la base de sondage constituée par tous les malades répertoriés sur le registre des malades ayant consulté au cours du mois d'avril 2023.. A partir de là, les usagers ayant utilisé les établissements de soins durant les 15 jours avant le début de l'enquête enregistrés au mois d'Avril 2023 au niveau de ces établissements ont été listés puis regroupés par avenue et/ou rue.

La taille de l'échantillon a été calculée en s'appuyant sur l'information fournie au niveau de la Division provinciale de la santé de Kinshasa indiquant le taux d'utilisation de services à 90%. Ainsi, deux usagers par établissement ont été tirés aléatoirement pour être visités au niveau de leurs ménages. L'échantillon était ainsi constitué de 144 usagers de soins.

Collecte des données

Trois outils de collecte des données ont été utilisés dans cette étude : un questionnaire structuré sur l'entrepreneur en santé lors des entretiens individuels, une fiche de collecte pour obtenir les données sur l'ESSSP et un questionnaire structuré sur la satisfaction globale de l'utilisateur de soins.

Les participants ont été préalablement informés de la nature, de l'objectif et de l'intérêt de l'enquête. Le consentement des participants a été ensuite sollicité : un formulaire de consentement libre et éclairé a été lu et signé par ceux-ci lors de l'administration du questionnaire donnant le droit à chaque participant de se retirer lorsqu'il le désirait.

Variables d'étude

En raison des techniques d'analyse utilisées, cette étude comprend deux types de variables : les variables latentes et les variables manifestes (ou indicateurs). Les variables latentes suivantes ont été retenues en s'inspirant du modèle théorique de Derquenne C. et Hallais C., 2004 et Fernandes, 2012 : le profil de l'entrepreneur, l'efficacité, l'efficacité clinique, la gouvernance réactive de l'ESSSP et la satisfaction globale de l'utilisateur de soins. Pour mesurer chaque variable, plusieurs indicateurs ont été utilisés (tableau 1).

Tableau n°1 : Définition opérationnelle des variables latentes et leurs indicateurs de mesure

Nom de la variable	Définition opérationnelle	Indicateurs
Profil de l'entrepreneur en santé	Ensemble de caractéristiques qui définissent les capacités de l'entrepreneur pour exercer ou remplir un certain nombre de tâches	1)Age de l'entrepreneur 2)Niveau d'étude de l'entrepreneur 3)Profession de l'entrepreneur

		4)Statut de l'entrepreneur 5)Position de l'entrepreneur 6)Expérience antérieure de l'entrepreneur sur la gestion d'un établissement de soins
Efficiences	Utilisation adéquate des services conduisant au bon résultat	1)Taux d'occupation des lits 2)Délai moyen de séjour
Efficacité clinique	Niveau d'atteinte des résultats à partir de prestations fournies	1)Taux de mortalité 2)Taux de réadmission 3)Taux de référence 4)Taux de contre référence
Gouvernance réactive	Meilleure utilisation des ressources pour assurer leur disponibilité et la continuité de services	1)Niveau d'absentéisme du personnel 2)Fréquence de rupture de stock
Satisfaction globale de l'utilisateur de soins	Niveau de satisfaction des usagers de soins par rapport aux prestations fournies	1)Profil de l'entrepreneur 2)Efficiences 3)Efficacité clinique 4)Gouvernance réactive 5)Accessibilité 6)Délai d'attente 7)Information en santé 8)Aspect relationnel de prise en charge 9)Accueil/Confort

Sur base du même modèle, les variables manifestes ou de mesure ou encore indicateurs, leurs modalités et échelles de mesure sont définis dans le tableau II

Tableau II : Définitions, modalités et échelle de mesure des variables de mesure

N°	Type de variables	Définition opérationnelle	Modalités	Échelle de mesures
1	Age de l'Entrepreneur	Nombre d'années au dernier anniversaire	1. < 25 ans (Score : 1) 2. 25 à 39 ans (Score : 2) 3. 40 à 54 ans (Score : 3) 4. ≥ 55 ans (Score : 4)	Ordinale
2	Sexe de l'Entrepreneur	Caractère physique permanent de l'individu permettant de le distinguer dans l'espèce humaine	1.Masculin (score : 1) 2.Féminin (Score : 2)	Nominale
3	Niveau d'instruction de l'Entrepreneur	Plus haut niveau atteint par l'individu à la fin de ses études	1.Aucun (Score : 1) 2.Primaire (Score : 2) 3.Secondaire (score : 3) 4.Supérieur ou universitaire (Score : 4) 5.Ne sait pas (Score : 0)	Ordinale
4	Profession de l'Entrepreneur	Activité exercée actuellement à la structure de soins	1.Infirmière (Score : 1) 2.Assistant Médical (Score : 2) 3.Médecin (Score : 3) 4.Kinésithérapeute(Score : 4) 5.Dentiste (Score : 5) 6.Laborantin (Score : 6) 7.Radiologue (Score : 7) 8.Opticien (Score : 8) 9.Autre profession (Score : 9)	Nominale
5	Etat matrimonial de l'Entrepreneur	Statut de vie actuelle de l'individu	1.Célibataire (Score : 1) 2.Marié (e) (Score : 2) 3.Divorcé (e) (score : 3) 4.Veuf (ve) (Score : 4)	Nominale
6	Statut de l'Entrepreneur	Situation de l'entrepreneur par rapport à la propriété de l'établissement	1.Individuel (Score : 2) 2.Associé (Score : 1)	Nominale
7	Position de l'Entrepreneur	Situation de l'entrepreneur par rapport à la gestion de l'établissement	1Promoteur/Propriétaire (Score : 2) 2.Gestionnaire (Score : 1) 3.Autre (Score : 0)	Nominale

8	Expérience antérieure de la gestion d'un établissement	Nombre d'années de l'entrepreneur dans la gestion d'un établissement de soins	Nombre	Quantitative
9	Statut de fonctionnement	Reconnaissance par l'autorité compétente de l'établissement à fonctionner	1.Avec autorisation d'ouverture (Score : 2) 2.Sans autorisation d'ouverture (Score : 1) 3.Autre (Score : 0)	Nominale
10	Niveau d'octroi d'autorisation	Localisation de l'instance ayant livré le document d'autorisation	1.Local (Score : 1) 2.Provincial (Score : 2) 3.National (Score : 3)	Nominale
11	Durée de la structure	Temps écoulé depuis le début du démarrage des activités jusqu'à ce jour	Nombre d'années	Quantitative
12	Taux d'occupation de lit	Rapport de l'utilisation optimale de la capacité de l'établissement soins	Nombre	Quantitative
13	Délai moyen de séjour	Rapport entre le nombre total de jours passés par chacun des usagers de soins hospitalisés sur l'ensemble des usagers admis en hospitalisation	Nombre	Quantitative
14	Taux de réadmission	Rapport entre le nombre des cas ayant présenté un nouvel épisode de la maladie sur le nombre total de cas reçus pour la période	Nombre	Quantitative
15	Taux de guérison	Rapport entre le nombre de cas de rétablissement et la population totale moyenne sur une période et dans un territoire donné pour la période	Nombre	Quantitative
16	Taux de mortalité dans l'établissement	Rapport entre le nombre de décès et le nombre de malades reçus pour les soins pour la période	Nombre	Quantitative
17	Taux de référence	Rapport du nombre des usagers envoyés vers un établissement de soins approprié sur l'ensemble des usagers reçus.	Nombre	Quantitative
18	Taux de contre référence	Rapport du nombre des usagers retournés par l'établissement de soins appropriés vers l'établissement qui les y a envoyés sur l'ensemble des usagers reçus.	Nombre	Quantitative
19	Niveau d'absentéisme du personnel	Nombre des travailleurs qui se sont absentés au cours du mois précédant le début de l'enquête	Nombre	Quantitative
20	Fréquence rupture de stock	Nombre de ruptures de stock connues au cours du trimestre	1.Aucune rupture (score : 4) 2.Une rupture (score : 3) 3.Deux ruptures (score : 2) 4.Trois ruptures (score : 1) 5.Plus de trois ruptures (Score : 0)	Ordinale
21	Accessibilité	Temps mis par l'utilisateur	1.Moins d'une heure de marche	Ordinale

		pour atteindre l'établissement de soins	(Score : 2) 2.1 à 3 heures de marche (Score : 1) 3.Plus de 3 heures de marche (Score : 0)	
22	Délai d'attente	Temps que se met à attendre un usager avant d'accéder à un service au sein de l'établissement de soins	1.Moins de 10' (Score : 4) 2.Entre 10 et 30' (Score : 3) 3.Au-delà de 30' mais moins d'une heure (Score : 2) 4.1 heure ou plus (score : 1) 5.Ne sait pas (Score : 0)	Ordinal
23	Aspect relationnel de prise en charge	Interaction entre le prestataire et l'usager de soins occasionnant le sentiment de soutien	1.Pas d'interaction (Score : 1) 2.Interactif (Score : 2) 3.Ne sait pas (Score : 0)	Nominale
24	Information médicale	Renseignement donné à l'usager sur les soins de santé à recevoir	1.Oui (Score : 2) 2.Non (Score : 1) 3.Ne sait pas (Score : 0)	Nominale
25	Accueil/Confort	Impression de l'usager de soins sur l'hospitalité lui manifestée par les prestataires de soins depuis son arrivée au sein de l'établissement jusqu'à son passage dans différents services afférents à son problème de santé	1.Excellent (Score : 4) 2.Très bon (Score : 3) 3.Bon (Score : 2) 4.Mauvais (Score : 1) 5.Pas d'opinion (score : 0)	Ordinale

Traitement et analyse des données

Les données collectées ont été d'abord saisies sur Microsoft Excel avant d'être importées dans le logiciel XLSTAT (Addinsoft) qui a servi d'implémentation numérique du modèle des équations structurelles à variables latentes.

Le modèle structurel à variables latentes est un modèle de statistique multi variée ayant pour but de modéliser les interactions entre des phénomènes complexes. Ces phénomènes complexes sont formalisés ou modélisés sous forme de variables latentes pour la simple bonne raison que ces derniers ne peuvent faire l'objet d'une quantification ou d'une mesure directe. Une telle variable est cernée par l'entremise d'autres variables appelées « variables de mesure ou variables manifestes ou encore indicateurs ».[5]

Pour cette étude, les variables latentes sont telles que définies dans le tableau I.

La formulation du modèle commence par une double spécification : celle du modèle structurel et celle du modèle de mesure. Dans cette étude, le modèle structurel a été spécifié selon le format ci-après :

Satisfaction globale de l'usager De Soins = α_1 Profil de l'entrepreneur en santé + α_2 *Efficience + α_3 *Efficacité clinique + α_4 *Gouvernance réactive

A titre de rappel, pour le modèle structurel, les relations entre les variables d'analyse sont établies comme des hypothèses à vérifier.

Le type de relation entre la variable latente et ses indicateurs est formatif pour cette étude : la variable latente est générée par ses propres variables

manifestes.Celle-ci est le reflet de ses variables manifestes). Cette variable existe en théorie mais elle est non observable ; « Les indicateurs, en tant que groupe, déterminent conjointement la signification conceptuelle et empirique du modèle » [6].

Les indicateurs sont identifiés sur base du modèle conceptuel à partir de chacune des variables latentes du modèle. Ils sont regroupés autour de leurs variables latentes par bloc [7].

Pour cette étude, ce regroupement s'est fait en 5 blocs :

Le bloc 1 correspond au « Profil de l'entrepreneur » qui est relié à ses indicateurs qui sont : l'âge, le statut, le niveau d'étude, la profession, la position et l'expérience ; Le bloc 2 correspond à « l'Efficience » et ses indicateurs sont le délai moyen de séjour et le taux d'occupation moyen de lits ;

Le bloc 3 correspond à « l'Efficacité clinique » et ses indicateurs sont les taux de mortalité, de réadmission, de référence et de contre référence ;

Le bloc 4 correspond à la « Gouvernance réactive » et ses indicateurs sont le niveau d'absentéisme et la fréquence de rupture de stock ;

Le bloc 5 correspond à la « Satisfaction globale de l'usager de soins » et les indicateurs qui le reflètent sont l'accessibilité, le délai d'attente, l'information médicale, l'interaction et l'accueil/confort.

Les variables latentes de quatre premiers blocs forment aussi un bloc avec la satisfaction globale de l'usager de soins.

L'estimation des relations entre indicateurs et variables latentes correspond à la construction du modèle de mesure [8].

La méthode d'estimation de ces relations choisie pour cette étude est la méthode PLS (Partial least square : moindres carrés partiels) car elle est à visée exploratoire ; elle correspond au type de cette étude qui est à la fois transversale et analytique ; elle semble mieux adaptée aux caractéristiques et conditions de cette étude car elle repose sur un système de calculs alternés entre l'estimation du modèle externe reliant les variables latentes et manifestes et celle du modèle interne qui rattache les variables latentes entre elles à l'aide de régressions multiples [7]

Après estimation des relations, il s'en suit le test de ces relations ou évaluation du modèle qui permet la validation de l'existence des relations structurelles au sein du modèle et la précision de la significativité de ces relations. Pour cette étude, les coefficients structurels ou de régression ont permis d'évaluer la validité et la significativité de ces relations.

Ainsi, l'existence des liens entre variables latentes de cette étude se présente synthétiquement sous la forme algébrique comme un système d'équations structurelles suivantes :

Satisfaction globale de l'utilisateur de soins = $0,017 * \text{Profil De L'entrepreneur médical} + 0,127 * \text{Efficacité clinique} - 0,289 * \text{Efficacité clinique} + 0,174 * \text{Gouvernance réactive}$
 Efficacité clinique = $-0,2502 * \text{Profil De L'entrepreneur médical} + 0,637 * \text{Efficacité clinique}$

Gouvernance réactive = $1,668E-02 * \text{Profil De L'entrepreneur médical} + 0,355 * \text{Efficacité clinique}$

Le modèle de mesure a été évalué sur base de la fiabilité de cohérence interne ou des échelles de mesure, le caractère unidimensionnel des construits (blocs) de relations, la validité convergente des mesures associées aux relations et la validité discriminante.

Primo, pour tester la fiabilité, nous avons fait recours à deux indices (Alpha de Cronbach et Rho de Dillon-Goldstein) ; ces indices varient entre 0 et 1 ; la valeur de 0,7 est souvent considérée comme le seuil d'un bon niveau de fiabilité [9]

En général, les tests concluants de fiabilité et de l'unidimensionnalité des blocs suffisent pour attester la bonne qualité du modèle de mesure [10]

Secundo, l'unidimensionnalité des blocs permet de vérifier si les variables manifestes associées à chaque bloc forment un bloc unique ou un tout ; elle se vérifie en étudiant les valeurs propres issues de l'analyse en composantes principales : la première valeur propre doit être supérieure à 1 et la seconde inférieure à 1 ou très inférieure à la première [11] ;

Tertio, la validité convergente exige qu'une variable manifeste doive être plus corrélée avec la variable latente qu'elle doit mesurer qu'avec les autres. Ne s'imposant pas dans le cas de construits formatifs, la validité convergente des mesures repose sur l'examen des corrélations (ou loadings), des mesures avec leur construit respectif. Elle suppose que les variables manifestes doivent être plus corrélées à leur variable latente représentative qu'aux autres blocs du modèle [11].

Quarto, la validité discriminante implique que chaque variable latente doive être plus corrélée à ses indicateurs qu'aux autres blocs latents. Si ces tests se révèlent concluants, alors il y a lieu de conclure sur la bonne qualité du modèle de mesure [10]

Quant à l'évaluation du modèle interne, elle correspond à une mise à l'épreuve des hypothèses formulées. A cet effet, l'index GoF a été calculé ; cet index se situe généralement entre 0 et 1. Ensuite, le coefficient de régression (R^2) a été aussi calculé pour évaluer la qualité d'ajustement du modèle structurel aux données pour chaque bloc. Ce coefficient a été comparé au seuil empirique de 0,1.

Enfin, l'évaluation du modèle global ou d'ensemble a été faite pour apprécier la prédictivité du modèle.

Après cette évaluation, les hypothèses ont été testées sur base de coefficients de détermination et de coefficients structurels. Ces coefficients ont été comparés à la valeur empirique de 0,1 (pour les coefficients de détermination) et aux valeurs de 0,2 et 0,3 (pour les coefficients structurels). Pour la validité des hypothèses, les coefficients de détermination doivent être supérieurs à 0,1 et, les coefficients structurels doivent être supérieurs ou égaux à 0,2 pour être considérées comme valides, et supérieurs à 0,3 pour être considérés comme significatifs.

En définitive, ce sont les coefficients structurels qui fondent toute l'interprétation du modèle quant aux hypothèses formulées, ils permettent de confirmer ou d'infirmer les hypothèses formulées [12]

Limite de l'étude

La principale limite de cette étude est qu'elle ne couvre pas toutes les zones de santé ou tous les ESSSP de la ville de Kinshasa, d'une part, et ne classe pas les ESSSP selon leur niveau des soins. Toutefois, cette limite n'entrave pas la qualité des résultats, en raison de l'échantillonnage

Resultats

Les résultats de cette étude sont présentés dans les différents tableaux ci-dessous :

Les Entrepreneurs médicaux

Le tableau ci-dessous présente les variables sociodémographiques des entrepreneurs médicaux.

Tableau III : Variables sociodémographiques concernant les entrepreneurs médicaux enquêtés à Kinshasa.

Variable	Effectif	Pourcentage
Age (en années)		
< 25	0	0,0
25 – 39	21	29,2
40 – 54	30	41,6
≥ 55	21	29,2
Total	72	100,0

Sexe des enquêtés		
M	64	88,9
F	8	11,1
Total	72	100,0
Niveau d'instruction		
Aucun	0	0,0
Primaire	0	0,0
Secondaire	6	8,3
Supérieur ou universitaire	66	91,7
TOTAL	72	100,0
Statut matrimonial		
Célibataire	7	9,7
Divorcé (e)	1	1,4
Marié (e)	63	87,5
Veuf (ve)	1	1,4
Total	72	100,0

Selon le tableau III, la plupart d'entrepreneurs médicaux enquêtés avaient l'âge qui variait entre 40 et 54 ans (41,6%) et aucun n'était âgé de moins de 25 ans. Dans leur grande majorité, les entrepreneurs médicaux sont de sexe masculin (88,9 %), avaient un diplôme supérieur (91,7%) et étaient mariés (87,5 %).

Management des Entrepreneurs

Le tableau ci-dessous présente les variables d'ordre managérial des entrepreneurs médicaux.

Tableau IV : Variables d'ordre managérial concernant les entrepreneurs médicaux enquêtés à Kinshasa.

Variable	Effectif	Pourcentage
Profession		
Infirmière	30	41,7
Assistant médical	4	5,5
Médecin	31	43,1
Kinésithérapeute	0	0,0
Dentiste	0	0,0
Laborantin	0	0,0
Radiologue	0	0,0
Opticien	1	1,4
Autre profession	6	8,3
Total	72	100,0
Position		
Entrepreneur/Promoteur	67	93,1
Gestionnaire	5	6,9
Autre	0	0,0
Total	72	100,0
Expérience		
< 5 ans	21	29,2
5 à 9 ans	24	33,3
10 à 14 ans	9	12,5
≥ 15 ans	18	25,0
Total	72	100,0

Il ressort de ce tableau que les entrepreneurs médicaux étaient majoritairement de la profession médicale avec 84,8% (dont 43,1% constitués de médecins et 41,7% d'infirmiers). Dans leur très grande majorité, ils étaient promoteurs (93,1 %). La plupart avaient accumulé une expérience variant de 5 à 9 ans d'exercice de leur profession avant de créer l'ESSSP (33,3 %) suivi de ceux qui avaient moins de 5 ans (29,2 %).

Les établissements de soins :

Le tableau qui suit présente les variables d'ordre administratif des ESSSP.

Tableau V : Variables d'ordre administratif concernant les ESSSP enquêtés à Kinshasa.

Variable	Effectif	Pourcentage
Statut de fonctionnement		
Sans autorisation d'ouverture	2	2,8
Avec autorisation d'ouverture	70	97,2
Autre	0	0,0
Total	72	100,0
Niveau d'octroi de l'autorisation d'ouverture		
Local (BCZ)	41	59,6
Provincial (DPS)	17	24,3
National (MSPHP)	8	11,4
Autre (Commune)	4	5,7
Total	70	100,0
Effectif du personnel		
< 5 agents	7	9,7
5 à 9 agents	34	47,2
≥ 10 agents	31	43,1
Total	72	100,0

Selon le tableau ci-dessus, presque la totalité des ESSSP (97,2 %) enquêtés fonctionnaient avec une autorisation d'ouverture délivrée par une autorité publique. Pour plus de détails, parmi les ESSSP disposant d'une autorisation d'ouverture, un peu plus de la moitié (59,6 %) l'avaient obtenue au niveau du Bureau central de la zone de santé (BCZS), presque un quart (24,3 %) au niveau de la Division provinciale de la santé de Kinshasa et un peu plus d'un dixième (11,4 %) au niveau national auprès du Ministère en charge de la santé. En revanche, une petite minorité des ESSSP enquêtés (5,7%) avait obtenu cette autorisation au niveau de la commune administrative. Ces ESSSP fonctionnaient avec un effectif du personnel allant de 5 à 9 agents (47,2%) suivis de ceux avec un effectif de 10 agents ou plus (43,1%) contre une minorité avec un effectif de moins de 5 agents (9,7%).

Prestation dans les ESSSP

Le tableau ci-dessous présente les variables d'ordre technique des ESSSP.

Tableau VI : Variables d'ordre technique concernant les ESSSP à Kinshasa.

Variable	Effectif	Pourcentage
Temps d'utilisation du Médecin		
Partiel	182	90,5
Plein	19	9,5
Total	201	100,0
Lits installés		
< 5	20	27,8
5 à 9	32	44,4
≥ 10	20	27,8

Total	72	100,0
Usagers enregistrés (Nombre mensuel)		
< 100	48	66,8
100 à 199	14	19,4
≥ 200	10	13,8
Total	72	100,0
Hospitalisés (Nombre mensuel)		
< 10	30	41,6
10 à 19	19	26,4
≥ 20	23	32,0
Total	72	100,0
Nombre de jours d'hospitalisation		
< 3	16	22,2
3 à 4	37	51,4
≥ 5	19	26,4
Total	72	100,0
Usagers guéris		
< 10	7	9,7
10 à 19	4	5,6
≥ 20	61	84,7
Total	72	100,0
Usagers décédés		
< 1	66	91,6
1 à 2	4	5,6
≥ 3	2	2,8
Total	72	100,0
Usagers réadmis		
< 5	59	81,9
5 à 9	6	8,3
≥ 10	7	9,8
Total	72	100,0
Usagers référés		
< 10	69	95,8
10 à 19	2	2,8
≥ 20	1	1,4
Total	72	100,0
Usagers contre référés		
< 10	71	98,6
10 à 19	1	1,4
≥ 20	0	0,0
Total	72	100,0
Effectif d'agents absents au cours du mois		
< 1	50	69,4
1 à 2	19	26,4
> 2	3	4,2
Total	72	100,0
Variable	Effectif	Pourcentage
Fréquence rupture de stock		
< 1	39	54,2
1 à 4	32	44,4
≥ 5	1	1,4
Total	72	100,0

Il ressort de ce tableau que la majorité des médecins au niveau des ESSSP prestaient à temps partiel (90,5%), que

la plupart de ces ESPSP (44,7%) disposaient 5 à 9 lits installés, enregistraient mensuellement moins de 100 malades (66,8%) et moins de 10 malades pour l'hospitalisation (41,6%). La plupart de ces ESSSP avaient hospitalisé les usagers pour 3 à 4 jours (51,4%), la majorité avait enregistré un nombre élevé de cas de guérison des hospitalisés (84,7%), pas de cas de décès de leurs malades (91,6%) et moins de 5 malades en réadmission (81,9%). La majorité des ESSSP avaient référé les malades vers d'autres établissements de soins en-dessous de normes (95,8%) et avaient renvoyé très peu de malades reçus en contre référence (98,6%), plus de la moitié n'avaient pas connu les cas d'absence de leurs agents (69,4%) suivi d'absence d'un ou 2 agents (26,4%), un peu plus de la moitié de ces ESSSP n'avaient pas connu la rupture de stock (54,2%)..

Analyse de la performance des établissements de soins et services de santé privés

Le tableau ci-dessous présente la performance des ESSSP pour la période d'étude.

Tableau VII : Indicateurs de performance dans les ESSSP au mois d'avril 2023 à Kinshasa

Variable	Effectif	Pourcentage
Taux d'occupation moyen de lits (en %)		
< 50	54	75,0
50 à 79	8	11,1
≥ 80	10	13,9
Total	72	100,0
Délai moyen de séjour (en jours)		
< 3	17	23,6
3 à 4	36	50,0
≥ 5	19	26,4
Total	72	100,0
Taux de guérison (en %)		
< 25	13	18,1
25 à 49	0	0,0
≥ 50	59	81,9
Total	72	100,0
Taux de mortalité (en %)		
< 1	66	91,7
1 à 4	6	8,3
≥ 5	0	0,0
Total	72	100,0
Taux de réadmission (en %)		
< 10	69	95,8
10 à 19	2	2,8
≥ 20	1	1,4
Total	72	100,0
Taux de référence (en %)		
< 5	64	88,9
5 à 9	5	6,9
≥ 10	3	4,2
Total	72	100,0

Taux de contre référence (en %)		
< 25	69	96,5
25 à 49	2	2,3
≥ 50	1	1,2
Total	72	100,0

Il se dégage du tableau ci-dessus que 75% d'ESSSP avaient un taux d'occupation de lits inférieur à 50%, que la moitié d'ESSSP (50%) avaient un délai de séjour de 3 à 4 jours, que la majorité des ESSSP (81,9%) avaient un taux de guérison de 50% de malades reçus ou plus, que la grande majorité (91,7%) d'ESSSP n'avait pas enregistré le décès, que la majorité d'ESSSP avait connu un taux de réadmission de moins de 10% de malades reçus au cours du mois d'avril 2023. La majorité d'ESSSP (88,9%) avaient un taux de référence en dessous de 5% et la quasi-totalité des ESSSP (96,5%) avaient renvoyé moins d'un quart de malades reçus en contre référence.

En rapport avec la satisfaction des usagers

Le tableau ci-dessous présente les variables de la satisfaction des usagers ayant fréquenté les ESSSP dans les 15 jours précédant l'enquête.

Tableau VIII : Présentation des variables de la satisfaction des usagers ayant fréquenté les ESSSP dans les 15 jours précédant l'enquête à Kinshasa.

Variable	Effectif	Pourcentage
Temps de marche pour atteindre l'établissement de soins		
Moins d'une heure de marche	122	84,7
1 à 3 heures de marche	21	15,6
Plus de 3 heures de marche	1	0,7
Total	144	100,0
Délai d'attente		
Moins de 10 minutes	97	67,4
Entre 10 et 30 minutes	30	20,8
Au-delà de 30 min mais moins d'une heure	1	0,7
1 heure ou plus	2	1,4
Ne sait pas	14	9,7
Total	144	100,0
Aspect relationnel de prise en charge/Interaction		
Pas d'interaction	18	12,5
Interactif	120	83,3
Ne sait pas	6	4,2
Total	144	100,0
Information médicale donnée		
Oui	39	27,1
Non	90	62,5
Ne sait pas	15	10,4
Total	144	100,0
Variable	Effectif	Pourcentage
Appréciation sur l'accueil/Confort		
Excellent	0	0,0
Très bon	23	15,9
Bon	114	79,2

Mauvais	3	2,1
Pas d'opinion	4	2,8
Total	144	100,0

Il ressort de ce tableau que la majorité des ESSP (84,7%) étaient accessibles aux usagers à moins d'une heure de marche, que le délai d'attente était de moins de 10 minutes dans 67,4% de ces ESSP, que la majorité de prestataires dans ces établissements (83,3%) avaient accordé de l'attention à leurs usagers, que plus de la moitié (62,5%) n'avaient pas donné l'information aux usagers avant de poser un acte sur eux. La plupart des usagers (79,2%) avaient trouvé que les prestations au niveau des ESSP étaient bonnes dans leur ensemble.

Modélisation des relations entre les facteurs et la performance des établissements de soins :

Estimation du modèle

Après estimation, le modèle structurel obtenu se présente sous la forme algébrique comme ci-après :

$$\text{Satisfaction globale de l'utilisateur de soins} = 0,017 * \text{Profil de l'entrepreneur} + 0,127 * \text{Efficience} - 0,289 * \text{Efficacité clinique} + 0,174 * \text{Gouvernance réactive}$$

Ceci implique que la relation est positive et significative entre le profil de l'entrepreneur et la satisfaction globale des usagers (0,017), positive et significative entre l'efficience et la satisfaction globale des usagers (0,127), négative et significative entre l'efficacité clinique et la satisfaction globale des usagers (-0,289), positive et significative entre la gouvernance réactive et la satisfaction globale des usagers (0,174).

Pour être statistiquement valide, ce modèle estimé a été évalué.

Schématiquement, ce modèle se présente comme le montre la figure ci-dessous.

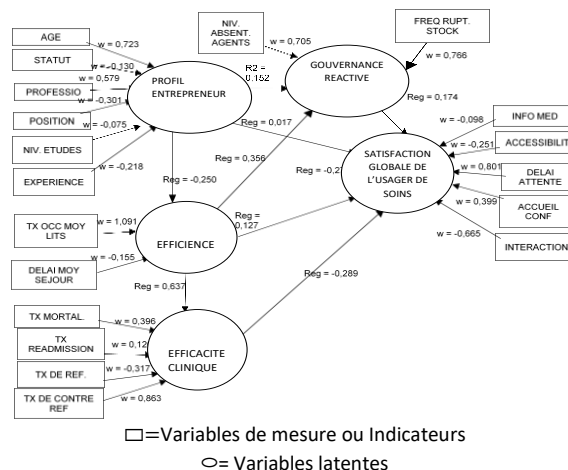


Figure 1 : Résultats d'estimation du modèle

Résultat de l'évaluation du modèle

Le tableau qui suit résume cette évaluation sur base de tests de fiabilité des échelles et d'unidimensionnalité des blocs.

Tableau IX : Fiabilité des échelles de mesure et unidimensionnalité des blocs latents

Variables latentes	Variables de mesure	Dimensions	Alpha de Cronbach	Rho de D.G (ACP)	Valeurs propres
Profil de l'entrepreneur medical	Age	6			1,764
	Statut				1,237
	Profession				1,049
	Position				0,902
	Niv.etudes				0,611
	Expérience				0,438
Efficience	Tx occ moy lits	2	0,777	0,900	1,635
	Délai moyen séjour				0,365
Efficacite clinique	Tx %ortal.	4			1,080
	Tx réadmission				1,047
	Tx de ref.				1,005
	Tx de contre ref				0,868
Gouvernance reactive	Niv.absent. agents	2			1,077
	Freq rupt.stock				0,923
Satisfaction globale de l'usager de soins	Info med	5			1,915
	Accessibilité				1,024
	Délai attente				0,919
	Accueil/confort				0,780
	Interaction				0,362

Selon le tableau IX, les deux indices (Alpha de Cronbach et Rho de Dillon-Goldstein) sont positifs et supérieurs à 0,7 et sont respectivement de 0,777 et de 0,900 pour l'efficience ; ce qui atteste la fiabilité de l'échelle de mesure utilisée.

Concernant l'unidimensionnalité des blocs, ce tableau montre que les valeurs propres associées à chaque variable latente sont supérieures à 1 sauf pour les valeurs de mesure correspondant à la position, au niveau d'étude au délai moyen de séjour, à la fréquence de rupture de stock, au délai d'attente, à l'accueil/confort et à l'interaction pour lesquelles ces valeurs propres sont inférieures à 1. Ceci atteste l'unidimensionnalité des indicateurs et que ces derniers sont bien choisis pour quantifier ces variables.

Les deux critères tendent ainsi à confirmer la bonne spécification du modèle.

Résultat des tests du modèle structurel et du modèle global

Qualité de l'ajustement

Le tableau ci-dessous présente les valeurs de GoF :

Tableau X : Qualité d'ajustement du modèle externe, du modèle interne et du modèle global

	GoF	GoF (Bootstrap)
Absolu	0,224	0,263
Relatif	0,351	0,330
Modèle externe	0,432	0,441
Modèle interne	0,813	0,748

Selon le tableau X, l'index GoF ne se situe pas dans les marges du seuil préconisé qui est 0,9 (Mourre, 2016). En effet, les index GoF interne et externe sont inférieurs à 0,9 avec respectivement comme valeurs 0,813 et 0,432. Les GoF absolu et relatif (respectivement de 0,224 et 0,351) sont également inférieurs à 0,9. En valeur normalisée (GoF_{Bootstrap}), ces index sont aussi bas sauf pour le GoF interne dont la valeur "bootstrap" est légèrement bas que le seuil préconisé (0,748).

Test d'hypothèses

Le tableau qui suit présente les coefficients de régression des variables explicatives du modèle :

Il se dégage de ce tableau XI que tous les coefficients de régression, en valeur absolue, sont supérieurs au seuil empirique préconisé de 0,1 (exception faite pour le coefficient du profil de l'entrepreneur en santé sur la gouvernance réactive). Ils sont donc significatifs. Ainsi, le profil de l'entrepreneur en santé explique à |0,250| l'efficience de l'établissement de soins, à 0,017 la gouvernance réactive et à |0,279| la satisfaction globale de l'usager de soins. L'efficience explique l'efficacité clinique, la gouvernance réactive et la satisfaction globale de l'usager de soins respectivement à 0,637 ; à 1,668 et à 0,127. L'efficacité clinique explique la gouvernance réactive à 0,355 et la satisfaction globale de l'usager de soins à |0,289|. Quant à la gouvernance réactive, elle explique la satisfaction globale de l'usager de soins à 0,174.

Le tableau qui suit présente les coefficients structurels des variables explicatives du modèle :

Tableau XI : Coefficients de régression des variables explicatives du modèle

	Profil de l'entrepreneur en santé	Efficienne	Efficacité clinique	Gouvernance réactive	Satisfaction globale de l'utilisateur de soins
Profil de l'entrepreneur en santé		-0,250		0,017	-0,279
Efficienne			0,637	1,668	0,127
Efficacité clinique				0,355	-0,289
Gouvernance réactive					0,174
Satisfaction globale de l'utilisateur de soins					

Tableau XII : Coefficients structurels des variables explicatives du modèle

	Profil de l'entrepreneur en santé	Efficienne	Efficacité clinique	Gouvernance réactive	Satisfaction globale de l'utilisateur de soins
Profil de l'entrepreneur en santé		-0,250			0,086
Efficienne			0,406	0,127	0,356
Efficacité clinique				-0,279	-0,289
Gouvernance réactive					0,174
Satisfaction globale de l'utilisateur de soins					

Il se dégage de ce tableau XII que tous les coefficients structurels sont supérieurs au seuil empirique de 0,2 (exception faite pour le lien structurel entre le Profil de l'entrepreneur et la satisfaction de l'utilisateur, entre l'efficacité et l'efficacité clinique, et entre la gouvernance réactive et la satisfaction globale de l'utilisateur).

Discussion

L'objectif général assigné pour cette étude était de vérifier la relation entre les aspects managériaux et techniques de l'entrepreneur et la satisfaction globale de l'utilisateur de soins. Au regard des résultats du modèle estimé, les éléments suivants ont été retenus :

Premièrement, le regroupement des indicateurs à partir de chacune des variables latentes du modèle s'est réalisé.

Deuxièmement, le type de relation entre la variable latente et ses variables manifestes a suivi un schéma formatif étant donné son caractère exploratoire et son adaptation aux caractéristiques et conditions de cette étude qui repose sur un système de calculs alternés entre l'estimation du modèle externe reliant les variables latentes et manifestes et celle du modèle interne qui rattache les variables latentes entre elles à l'aide de régressions multiples. Derquenne C. et Hallais C. ont évoqué cela en parlant d'une méthode alternative dans la comparaison et l'application du modèle conceptuel marketing.

Troisièmement, l'échelle de mesure utilisée est fiable indiquant un bon choix pour la quantification des variables, confirmant ainsi une bonne spécification du modèle.

Quatrièmement, les deux indices (Alpha de Cronbach et Rho de Dillon-Goldstein) sont positifs et supérieurs au seuil préconisé de 0,7 attestant la fiabilité de l'échelle de

mesure utilisée ; les valeurs propres associées à chaque variable latente sont supérieures à 1 attestant l'unidimensionnalité des indicateurs. Les deux critères ont indiqué une bonne spécification du modèle et attesté la bonne qualité de ce dernier.

Cinquièmement, la validité convergente et la validité discriminante ne s'imposent pas pour cette étude ; elles ne sont donc pas pertinentes étant donné que les indicateurs issus d'un schéma de type formatif ne pas par hypothèse, corrélés entre eux. Ceci est similaire au résultat trouvé par Bennaceur A. et Chafik K., 2019 qui ont évoqué que dans un schéma formatif, les variables ne sont pas automatiquement corrélées entre elles.

Cinquièmement, les indices GoF et (GoF Bootstrap) sont compris entre 0 et 1 (bien qu'ils soient inférieurs au seuil préconisé de 0,9). Selon Mourre ML., 2013, bien que les index n'atteignent pas le seuil préconisé, ils sont tout de même satisfaisants (0,813 et 0,748).

Dès lors, la bonne qualité d'ajustement du modèle aux données est attestée. (le modèle affiche une prédictivité globale à travers ces index).

Sixièmement, les coefficients de détermination étaient significatifs et supérieurs au seuil préconisé de 0,1. De leur côté, les coefficients structurels étaient supérieurs au seuil préconisé de 0,2 confirmant la validité des hypothèses formulées.

Ceci revient à dire d'une part que la satisfaction globale de l'utilisateur est le reflet de l'accessibilité, du délai d'attente, de l'information médicale donnée, de l'interaction entre le prestataire et l'utilisateur de soins, de l'accueil/confort, et d'autre part que l'efficacité dans un ESSSP ainsi que la gouvernance réactive (technique et financière) sont dépendantes du profil de l'entrepreneur. Il ressort que les impacts du profil de l'entrepreneur (0,017), de l'efficacité (0,127) et de la gouvernance

réactive (0,174) sont positifs et significatifs, tandis celui de l'efficacité clinique est négatif et significatif sur la satisfaction globale (-0,289) à Kinshasa. Toutefois, elle a poids externe le plus élevé (en valeur absolu).

Dans cet impact, le profil de l'entrepreneur est plus reflété par l'âge dont le poids externe est plus élevé (0,723), l'efficacité et la gouvernance réactive étant respectivement reflétées par le taux d'occupation de lits (1,091) et la fréquence de rupture de stock (0,766). L'efficacité clinique, quant à elle est reflétée par le taux de contre référence (0,848).

Ce résultat implique que la satisfaction de l'utilisateur de soins est en lien avec l'âge du promoteur, l'entrepreneuriat pouvant se déclencher à tout âge de maturité. L'entrepreneur est plus motivé par la recherche de l'autosuffisance et de l'équilibre vital. Ce résultat a été aussi trouvé par Lukoki S., 2014, qui avait indiqué que 29% de petits entrepreneurs étaient âgés de 40 à 49.

L'efficacité est reflétée par le taux moyen d'occupation de lits avec un poids externe de 0,993. Ce résultat s'écarte grandement de normes nationales qui considèrent que le taux d'occupation des lits de 85% est le maximum pour réduire le risque de pénurie de lits. Toutefois, ce résultat se rapproche de celui de Younsi M. sur « l'évaluation du niveau de performance des hôpitaux publics en Tunisie » qui a trouvé un taux moyen d'occupation de 58,1 %, reflet d'un faible niveau d'attractivité qui est dû au coût élevé des prestations et aux soins accordés plus aux patients gravement malades. L'efficacité technique est reflétée par le taux de contre référence qui lui imprime un poids externe de 0,878

La contre référence constitue avec la référence un système de communication entre l'échelon inférieur de soins et l'échelon supérieur ; elle traduit la continuité de service pouvant faire aboutir à la rémission des signes ou amendements des symptômes ayant provoqué la demande de soins par l'utilisateur. ce résultat est comparable à celui trouvé par Kamundu A. et al, à celui de l'étude réalisée au Niger dans le district de Tahoua qui ont indiqué que la contre référence est trop faible et se situe en-dessous de 25%.

Quant à la gouvernance réactive, elle est reflétée par la fréquence de rupture de stock qui lui imprime un poids externe de 0,766 pour cette étude.

Ce résultat a été aussi évoqué par Ouédraogo Adja Mariam et al dans leur publication sur l'analyse de la performance d'un hôpital public à mode de gestion privé au Burkina-Faso qui ont indiqué avoir gardé de petites quantités pour les malades et surtout pour le bloc opératoire. La gestion de stock de médicaments est fondamentale pour la performance des programmes de santé et les ESSSP sont caractérisés par une réduction significative de rupture de stock de médicaments d'autant plus qu'il ne s'agit pas de grandes quantités qui sont mises dans le stock ; ce qui peut occasionner le renouvellement constant de stock.

Conclusion

L'offre privée en santé est prépondérante et incontournable en RDC, particulièrement à Kinshasa mais l'étendue de ses contributions demeure encore largement inconnue indiquant la pertinence d'une étude sur l'analyse de son impact. L'objectif de cette étude était de vérifier la relation entre les aspects managériaux et techniques de l'entrepreneur et la satisfaction globale de l'utilisateur de soins. Pour ce faire, une étude exploratoire basée sur une approche d'estimation d'un modèle d'équations structurelles à variables latentes au moyen de l'algorithme *PLS* a été menée. Deux résultats ont été obtenus : D'abord il y a un impact positif et statistiquement significatif du profil de l'entrepreneur, de l'efficacité et de la gouvernance réactive sur la satisfaction globale de l'utilisateur de soins. Ensuite, la satisfaction globale de l'utilisateur est le reflet de l'accessibilité, du délai d'attente, de l'interaction avec le prestataire et de l'accueil/confort.

Deux recommandations en découlent : premièrement, il faut encourager l'offre privée en santé tout en veillant sur le respect de procédures en matière d'octroi d'autorisation pour leur ouverture et deuxièmement, il faut organiser la formation et le recyclage des prestataires en vue d'offrir les soins de qualité à la population.

Bibliographie

- [1] République Démocratique du Congo Ministère de la Santé et Hygiene Publique. Plan National De Developpement Sanitaire 2016-2020. Minist la Sante Publique. 2016;1-96.
- [2] Démocratique R, Cibangu R, Mbaya YME, Kayembe L. Evaluation of compliance with procedures for establishing health facilities in the Kasele health zone , Kasai Oriental Province , Democratic Republic of Congo . Evaluation du respect des procédures d ' ouverture des formations sanitaires dans la zone de. 2021;5(4):732-7
- [3] Brunet J. *Priorités De La Recherche Dans Le Secteur De La Santé*. Vie en santé au Canada.
- [4] Muanakoy Y. et al, 2021, *Evaluation du respect des procédures d'ouverture des formations sanitaires dans la zone de sante de Kasele*, Kasai Oriental, Analyse de l'impact de l'entrepreneuriat sur la réduction de la pauvreté dans la cité de Kimpese. Cas des petits entrepreneurs.
- [5] Vinzi E. et Trinchera L. (2010). *PLS Path Modeling: From Foundations to Recent Developments and Open Issues for Model Assessment and Improvement*
- [6] Jarvis et al., 2004, *PLS Path Modeling: From Foundations to Recent Developments and Open Issues for Model Assessment and Improvement*
- [7] Derquenne C. et Hallais C., 2004, *A Critical Review of Construct Indicators and Measurement Model Specification in Marketing and Consumer Research*
- [8] Jakobowicz E. 2007, *Contribution au modèle structurel à variables latentes*
- [9] Regionale E, Publique DES, Bukavu UCDE. *Evaluation de la performance des zones de santé en situation de crise : cas de la province du sud- kivu / rdcongo de 2011 A 2017*. 2018;

- [10] Akilimali P, Pierre Z. République Démocratique du Congo (RDC) Ministère de la Santé Publique , Hygiène et Prévention *Couvertures nationales et provinciales et autres statistiques de services pour la santé reproductive , maternelle , néonatale et infantile* à partir de données. 2022;1-24.
- [11] Fernandes V., 2012, En quoi l'approche est-elle une méthode à découvrir pour les chercheurs en Management ? vol 15, P. 102-123,
- [12] Mémoire-ESP-UNILU-*L'analyse-comparative-opérationnelle-de-la-référence-et-contre-référence...*Mme-Michoux, 2016.pdf.
- [13] *Manuel pour les soins et la prise en charge des patients dans les centres de soins communautaires* Guide d 'urgence provisoire. 2015;
- [14] Balambo M. et Baz J., 2014, Fernandes V., 2012, De l'intérêt de l'analyse des modèles des équations structurelles par la méthode PLS dans les recherches quantitatives sur les relations inter organisationnelles
- [15] Bukele Kekemb, Mbuyi Yacine, 2022, *Déterminant du processus sanitaire universelle en RD Congo : Approche économétrique par l'algorithme PLS.*
- [16] Regionale E, Publique DES, Bukavu UCDE. *Evaluation de la performance des zones de santé en situation de crise : cas de la province du sud- kivu / rdcongo* de 2011 A 2017. 2018;
- [17] Cabrol M, Nlemvo F. *Le rôle de l'expérience de l'entrepreneur dans le niveau d'internationalisation des jeunes entreprises.* Manag Avenir. 2012;N° 50(10):38-56.
- [18] Mémoire ESP UNIKIN *Déterminants de l'utilisation des services curatifs à l'HGR...*Mozart Mabula, 2016.pdf.
- [19] *Manuel pour les soins et la prise en charge des patients dans les centres de soins communautaires* Guide d 'urgence provisoire. 2015;
- [20] Démocratique R, Cibangu R, Mbaya YME, Kayembe L. Evaluation of compliance with procedures for establishing health facilities in the Kansele health zone , Kasai Oriental Province , Democratic Republic of Congo . Evaluation du respect des procédures d ' ouverture des formations sanitaires dans la zone de. 2021;5(4):732-7.
- [21] République Démocratique du Congo Ministère de la Santé et Hygiène Publique. Plan National De Développement Sanitaire 2016-2020. Minist la Sante Publique. 2016;1-96.
- [22] Parent D. et al., 2006, *Référentiel des compétences infirmières en RD Congo dans le cadre de renforcement des ressources humaines en Santé*, vol 18, 459-473
- [23] Stasse S. et al., 2015, *Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo : acting upon compexity* Glob Health Action.
- [24] Muanakoy Y. et al, 2021, *Evaluation du respect des procédures d'ouverture des formations sanitaires dans la zone de sante de Kansele*, Kasai Oriental, Analyse de l'impact de l'entrepreneuriat sur la réduction de la pauvreté dans la cité de Kimpese. Cas des petits entrepreneurs.
- [25] Cibangu R. et al, 2021, *Du respect de procédure d'ouverture des formations sanitaires dans la zone de santé de Kansele*, Kasai oriental ;
- [26] Kamundu1 A. et al, 2018, *Etat des lieux de formations sanitaires privées dans la ville de Goma*, RDC.
- [27] Brunet J. *Priorités De La Recherche Dans Le Secteur De La Santé.* Vie Médicale au Canada Fr. 1973;2(11):1022-6.
- [28] Dempster G, Kluver J. *Institutional Entrepreneurship in Health Management: A Survey Experiment on Appreciative Inquiry*®. Stud Bus Econ. 2019;14(1):34-50.
- [29] Le Pogam MA, Luangsay-Catelin C, Notebaert J-F. *La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent.* Manag Avenir. 2009;n° 25(5):116-34.
- [30] Bara A, Tougri H, Belrhiti Z, Baguuya A, Ouedraogo AM, Compaoré R, et al. *Analyse de la performance d'un hôpital public à mode de gestion privée au Burkina Faso.* Santé Publique (Paris). 2021;Vol. 32(5):519-23.
- [31] Mémoire-ESP-UNILU-*L'analyse-comparative-opérationnelle-de-la-référence-et-contre-référence...*Mme-Michoux, 2016.pdf
- [32] Muhindo V., 2017, *Analyse du système de référence et contre référence dans la ZS de Gombe Matadi*, Kongo central.
- [33] Dupont M, Macrez A. , 2021, *Le décès en établissement de soins*, 5è éd.Presses de l'EHESP, Rennes Cedex
- [34] Massing N. et al, 2104, *Les Déterminants de l'Entrepreneuriat des Jeunes en Afrique de l'Ouest*, Université Gaston Bergerde Saint-Louis, Dakar ;
- [35] Tunisienne R. *Cahier des charges relatif aux établissements sanitaires privés.* 2007;