
IV COIN DES BONNES PRATIQUES

4.1. ZONE DE SANTE DE KARISIMBI : INSCRIPTION DE LA POPULATION DE RESPONSABILITE PAR LE DOSSIER FAMILIAL INFORMATISE, IMPACT ET DEFIS A RELEVER. Cas du CSMU Karisimbi-Rapha

Auteur : Dr Angerose VALINANDI

Co-auteur : Dr Jean Pierre NOTERMAN

1) Résumé

Sous la responsabilité de la Direction des Etudes et Planification du Ministère de la Santé Publique, une initiative innovante de réorganisation du centre de santé en milieu urbain est en cours d'expérimentation dans deux quartiers populaires de la ville de Goma depuis avril 2019. Entreprise sous la forme d'une recherche-action, cette initiative est pilotée par la Division Provinciale de la Santé, coordonnée par les bureaux centraux des Zones de Santé de Goma et de Karisimbi et bénéficie de l'appui technique et financier d'ULB Coopération dans le cadre du programme santé subsidié par l'Union européenne et la Coopération belge.

Cette initiative vise principalement à développer une offre de soins centrée sur la personne et non plus seulement sur la maladie, appliquant les orientations de la Stratégie Nationale de Renforcement du Système de Santé adoptée en 2006, suivant une approche biopsychosociale de la santé entreprise par une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, d'infirmiers, de kinésithérapeutes, de psychologues et d'assistant sociaux.

La population de responsabilité du centre de santé est de 12 à 15.000 personnes soit 2.000 à 2.500 ménages, est établie sur la base d'une inscription librement consentie, gratuite et conditionnelle des ménages intéressés à bénéficier des soins offerts, soit l'habituel paquet minimum d'activités relevant du premier échelon du système de santé, les soins curatifs, y compris les affections chroniques, les soins préventifs CPN-CPoN, CPS et PF et les activités de promotion de la santé à base communautaire, élargi à des soins de kinésithérapie, de santé mentale et de prestations sociales.

Grace à l'instauration du dossier familial en format numérique, chacun des deux Centres de Santé Médicalisés Urbains (CSMU) dispose depuis 2022 d'informations précises sur chacun des membres qui compose chaque ménage inscrit, les principaux problèmes de santé qui les affectent, les facteurs de préventions primaires propres à leur cadre de vie tels que l'accès à l'eau, à l'électricité, la salubrité de l'habitat, l'utilisation de moustiquaire, et les facteurs socioéconomiques tels que les professions exercées les sources de revenus, le type de logement, la capacité à payer le coût des soins. L'ensemble de ces informations qui caractérise chaque ménage facilite la délivrance de soins globaux, continus et intégrés adaptés aux patients inscrits au centre.

L'informatisation progressive des dossiers médicaux des patients ainsi que celle de la gestion de l'information sanitaire et des ressources, y compris la pharmacie, permet de suivre les performances obtenues et d'apporter les correctifs nécessaires sur des bases objectives et factuelles.

La constitution d'un comité des usagers représentant l'ensemble des ménages inscrits permet de créer une relation interactive entre la population qui fréquente le centre et le personnel de santé qui est à l'écoute des doléances exprimées et d'entreprendre des actions communautaires de promotions de la santé.

2) Introduction

Le Programme de Renforcement de l'Offre et de Développement du Système de Santé (PRO DS 2017-2023) du Gouvernement congolais a prévu d'entreprendre des recherches-action qui donneront des résultats utilisables au niveau national sur divers thèmes portant sur l'organisation des services et la qualité des soins.

Au Nord-Kivu, le Projet d'Appui au Développement Intégré du Système de Santé (PADISS – 2017-2021) cofinancé par l'Union européenne (11^{ème} FED) et la Coopération belge, a entrepris à la demande du Ministère de la Santé Publique, une recherche-action portant sur une réorganisation de l'offre de soins au niveau du centre de santé en milieu urbain, dénommée Centre de Santé Médicalisé Urbain (CSMU).

Cette initiative innovante s'inscrit dans l'évolution contextuelle du secteur de la santé qui se caractérise par un accroissement rapide des populations vivant en ville, par une augmentation du nombre des différentes catégories de professionnels de santé (médecins, psychologues, kinésithérapeutes, nutritionnistes, pharmaciens, techniciens de laboratoire, dentistes, assistants sociaux...), par une part de plus en plus importante de la prévalence des maladies chroniques non transmissibles (diabète, hypertension, épilepsie, asthme, handicaps psychomoteurs...), par le recours à l'automédication et à des pratiques de soins ésotériques et par l'explosion en milieu urbain d'une offre de soins du secteur privé lucratif soit de bonne qualité technique mais inaccessible financièrement à la majorité, soit relativement bon marché mais de qualité douteuse faute d'un dispositif approprié de contrôle et de régulation fonctionnel.

Pilotée par la Direction des Etudes et de la Planification du MSP, l'initiative CSMU est coordonnée par la Division Provinciale de la Santé au sein d'un sous-groupe de travail « Santé urbain » et réalisée par les Equipes Cadres des Zones de Santé de Goma et Karisimbi où un CSMU a été implanté dans chacune d'elles avec l'appui scientifique de l'assistance technique d'ULB-Coopération.

Après une phase d'étude approfondie basée sur la littérature et de visite d'expériences en Belgique, au Mali et au Sud Kivu, portant sur la médicalisation du premier échelon, un modèle organisationnel adapté au contexte de Goma a été conçu.

3) Méthodologie

Le modèle organisationnel du CSMU Karisimbi-Rapha qui a été adopté et tel qu'il est en fonction depuis le mois d'avril 2022, se distingue de celui du CS classique par différents aspects (voir à la page suivante le tableau comparatif entre le CS et le CSMU).

Parmi les particularités qui caractérisent l'organisation du CSMU, celle portant sur la définition de la population de responsabilité a fait l'objet d'une approche originale consistant à solliciter les ménages résidents dans les quartiers avoisinants et ceux qui avaient une tendance naturelle à fréquenter le CSMU pour leurs soins à s'y inscrire de manière formelle.

L'outil qui a été utilisé pour formaliser cette inscription est **le dossier familial**. Celui-ci va notifier l'ensemble des informations nécessaires à la dispensation d'une offre de soins centrées sur la personne envisagée dans sa dimension biopsychosociale.

Tableau comparatif entre le CS classique et le CSMU

Critères	Centre de Santé	Centre de Santé Médicalisé Urbain
Approche des soins	Centrée sur la maladie et les activités préventives (CPN, vaccination des enfants, PF)	<u>Concept de santé familiale</u> : approche biopsychosociale centrée sur la personne envisagée dans son contexte familial, environnemental, sanitaire et socio-économique. Prise en compte des déterminants sociaux de la santé.
Population de responsabilité	Aire de santé / tout venant et à la demande Souvent plus de 30.000 habitants !	Ménages inscrits sur une base libre, volontaire, gratuite mais conditionnelle (engagement de fréquentation des services et de suivi des soins) Ménage = unité de prise en charge (limité à 2.500 ménages soit 15.000 habitants maximum) Facilite la globalité et l'intégration des soins (préventifs, chroniques).
Personnel de santé et activités de soins	Infirmiers par délégation des tâches supervisées (ordinogrammes et instructions opérationnelles). Curatif, préventif et promotionnel. Activités préventives de groupe.	Equipe pluridisciplinaire (3 médecins, 3 infirmiers, 1 psychologue, 2 kiné, 2 assistants sociaux) Toutes les consultations sont médicalisées y compris préventives (colloque singulier) PMA classique élargi à des prestations de kiné, de santé mentale et sociales Recours à des protocoles thérapeutiques (MSF) Réunion hebdomadaire d'audit de cas critiques (remplace la supervision)
Accès	Permanence 24h/24	Jours ouvrés de 8 à 17h et de 8 à 12h le samedi
Observation	Jour et nuit	Seulement la journée. Les urgences survenant en dehors des heures d'ouverture et les soins de référence sont invités à se rendre dans l'un des trois hôpitaux conventionnés de la ville : HPNK, Virunga et Keshero
Maternité	Accouchements eutociques seulement	Conventions avec maternités équipées pour tout accouchement
Labo	Avec microscopie	Sans microscopie. Tests bio-sérologiques rapides. Convention avec labo équipés pour les examens complémentaires
Participation communautaire	Comité de Santé, Cellules d'action communautaire, relais communautaires	Comité des usagers (réunion périodique avec le personnel du CSMU)
Financement	Forfait global : ticket modérateur patient et tiers payant par FASS (subsidés UE)	
Pharmacie, gestion, entretien, gardiennage et maintenance	Internalisé	Externalisé. Convention de délégation de tâches confiées à des opérateurs externes. Exemple : Afemed est chargé de la gestion de la pharmacie.

Le recours au dossier familial n'est pas une innovation. Il a déjà été exploité dans le passé dans différents contextes, dont en RDC dans les ZS de Kasongo, de Kinshasa, de Kisantu... Toutefois, il a été chaque fois abandonné parce que son usage s'était avéré trop lourd en termes d'archivage ainsi que d'actualisation et d'exploitation des données. Par exemple, pour les fiches de soins que le CS doit classer par ordre chronologique, on constate régulièrement que soit le patient a égaré le jeton qui porte son numéro d'identification, soit le CS ne la retrouve pas dans le désordre et l'accumulation de supports d'information dans lequel il est habituellement noyé comme l'illustre les images ci-dessous d'un CS au Nord Kivu.



Pour pallier cet écueil, l'option d'informatiser à titre expérimental le dossier familial mais également les outils du système d'information et de gestion a été choisie.

De ce fait, chaque fois qu'un membre de famille inscrit se présente au CSMU, il lui suffira de donner son nom pour que l'on accède directement aux informations du dossier familial auquel son ménage appartient. Concomitamment, l'ensemble des fiches opérationnelles de soins des membres de famille sont classées en fonction du code de ménage qui lui a été attribué. Plus besoin de numéro qu'on oublie ou qui se perd ou de fiche qu'on ne retrouve plus !

Pour permettre au CSMU de bien s'occuper et suivre la santé de chaque famille, le nombre d'inscrits est limité entre 12 à 15 mille personnes maximum, soit environ 2.000 à 2.500 ménages. Dès que ce nombre est atteint, il n'y a plus de nouvelles inscriptions et ce ne sont plus que les familles inscrites qui ont accès au CSMU. Les autres seront orientées vers le centre de santé de l'aire de santé où ils habitent.

L'inscription des familles au CSMU est libre, gratuite et volontaire. Néanmoins, cette inscription implique un certain nombre d'obligation tant de la part du ménage que du personnel du CSMU.

Obligations de la famille :

- Inscrire tous les membres du ménage sans exception, c'est-à-dire tous ceux qui vivent et dorment sous un même toit au moins six mois par an ;
- S'engager à fréquenter le CSMU pour l'ensemble des activités de soins organisées, curatives, préventives et promotionnelles ;

- Participer activement ou par délégation aux activités du comité des usagers inscrits au CSMU, l'équivalent du Comité de Santé au Centre de Santé ;
- Informer le CSMU de tous changements survenant dans la composition de la famille (naissance, décès, arrivée ou départ) ou de déménagement.
- Le droit à pouvoir se désinscrire en cas d'insatisfaction, de déménagement ou toutes autres raisons.

Obligations du CSMU :

- S'engager à offrir à tous les membres des ménages inscrits l'ensemble des prestations de soins du paquet minimum d'activités élargi tel que défini.
Veiller notamment que les patients viennent aux rendez-vous qui leur auront été fixés pour le suivi de leur traitement (maladie chronique) ou de l'épisode préventif (CPN, CPS, PF) auquel ils sont enregistrés. Par exemple, amener les enfants à la consultation préscolaire jusqu'à cinq ans pour le suivi de la croissance et le dépistage précoce de la malnutrition, et non pas jusqu'à un an comme c'est le cas actuellement lorsque l'enfant a reçu tous les vaccins. Ceux qui ne viennent pas au rendez-vous seront systématiquement recontactés par téléphone ou par une visite à domicile. Le refus répété de suivre le traitement ou la consultation préventive par négligence, pourra mener le CSMU à désinscrire le ménage pour non-respect des conditions préalables.
- Gérer le CSMU pour qu'il soit en permanence fonctionnel : personnel présent, respect des heures d'ouverture, médicaments disponibles, bâtiment et équipement en bon état, gestion financière transparente ;
- Collaborer avec le comité des usagers pour assurer le meilleur fonctionnement possible de l'ensemble des actions entreprises et encourager toute initiative de promotion de la santé répondant aux besoins rationnels exprimés par les membres des ménages inscrits ;
- Accepter de soigner tout patient non-inscrit qui se présenterait avec une urgence médicale.

Si le chef de ménage ou son représentant est d'accord avec le dispositif organisationnel proposé, l'inscription est réalisée. Elle se fait obligatoirement au domicile du ménage.

Chaque ménage aura un numéro de code qui lui correspond et qui, à défaut de registre d'état civil qui permettrait d'avoir un numéro d'identification national, est construit sur la base de la zone de santé, de l'aire de santé, du quartier et de l'avenue où il réside. A chaque membre du ménage sera attribué un numéro d'ordre lié au code dudit ménage. Exemple : un ménage qui réside avenue Boteti au quartier Kasika situé dans l'aire de santé de Rapha de la Zone de Santé de Karisimbi aura un code qui commence par KARAKABO, suivi d'un numéro d'identification, du code de la personne qui a réalisé son inscription, puis du numéro d'ordre au sein du ménage (ex. : KARAKABO36.L2-1).

Les informations recueillies portent sur :

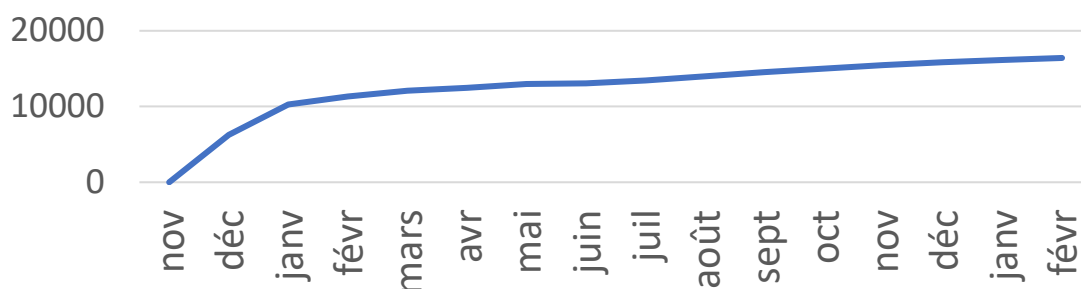
- Les données d'identification de chaque membre du ménage : nom, prénom et postnom, genre, état civil, niveau de scolarité, religion, lien avec le chef de ménage. Adresse (quartier, avenue, n° de l'habitation) et code GPS ;
- La présence parmi les membres de ménage de personne souffrant d'une affection chronique (HTA, diabète, Tbc, infection HIV, épilepsie, handicap moteur, drépanocytose...) et des informations portant sur le recours ou les services de santé habituellement utilisés pour les soins de santé (soins curatifs, préventifs, accouchements, hospitalisation) ;
- Les conditions de vie et le degré de satisfaction de facteurs de prévention primaire tels que le niveau de salubrité du quartier et de l'hygiène de l'habitat dont la gestion des déchets ménagers, l'accès à l'eau potable, la ou les sources d'éclairage et en alimentation en électricité, l'usage de moustiquaire imprégnée d'insecticide ;

- Le statut socioéconomique du ménage soit les professions exercées par les membres du ménage et les sources de revenus, s'il est propriétaire, locataire (prix du loyer) ou logé à charge d'un tiers, le nombre de chambre à coucher par rapport au nombre de membre de ménage, la capacité à payer le coût des soins (exemple : les 5\$ du ticket modérateur), la présence de biens d'équipements (véhicule, machine à coudre, moulin...) ou de production (jardin potager, petit élevage...)

L'ensemble de ces informations est numérisé sur une tablette informatique et synchronisé au niveau d'un serveur interne (intranet) situé au CSMU et qui peut être alimenté à l'énergie solaire.

Concrètement, la majorité des inscriptions a été réalisée de décembre 2021 à mars 2022 par le personnel du CSMU et par quatre agents scolarisés de la communauté formés théoriquement et pratiquement au dispositif d'inscription. Un forfait de 1\$ a été alloué par ménage inscrit et de 0,5\$ aux relais communautaires ayant facilités l'identification des ménages potentiellement intéressés à s'inscrire. Ensuite, les inscriptions se sont poursuivies pour les ménages de patients qui se présentaient spontanément pour leurs soins au CSMU et qui réunissaient les conditions requises.

Nombre d'inscrit de déc 2021 à fév 2023



4) Résultats

La raison d'être du dossier familial et des informations qu'il contient sont destinées à être exploitées systématiquement par les prestataires de soins du CSMU chaque fois que l'un d'eux est en présence d'un patient. A cet effet, chaque service dispose d'une tablette informatique permettant d'accéder à toutes les informations figurant dans le dossier familial et de les exploiter.

Page d'accueil de la tablette du dossier familial

CSMU ADMIN

- Accueil
- Menage
- Membre
- Zone de santé
- Centre de santé
- Localisation
- Nationalité
- Réligion
- Scolarité
- Lien parental
- Etat civil
- Source d'eau
- Facteur sanitaire
- Prevention primaire
- Niveau socio-eco.

APERÇU

Tableau de bord

Menages 2177	Membres 13840	Facteur sanitaire 2177	Fac. de prev. primaire 2177
Niveau socio-eco 2177	Communes 3	Quartiers 21	Avenues 107

Membres récents

Id.	Nom complet	Genre	Scolarité	Date de naissance	Actions
GORAHIDE1.L1-1	THUMBA PASCAL	MASCULIN	Etudes supérieures ou universitaires achevée	30-08-1990	
GORAHIDE1.L1-2	BIKUBANGA NEEMA GRACE	FEMININ	Etudes supérieures ou universitaires achevée	15-04-1994	
GORAHIDE1.L1-3	THUMBA MALKIYA MAELYS_FRANCESCA	FEMININ	AUCUNE	20-02-2021	
GORAHIDE1.L1-4	KAMATE KIBEHO LADI	MASCULIN	Secondaire achevée	01-01-1965	
GORAHIDE1.L1-10	KATUNGU KIBEHO ESTHER	FEMININ	AUCUNE	01-01-2017	

À l'accueil, lorsqu'un patient se présente au CSMU, le réceptionniste ouvre le dossier familial à partir de son nom, parcourt l'ensemble des informations recueillies pour corriger les inévitables erreurs qui ont pu être enregistrées initialement et pour actualiser les données variables : nouvelle arrivée ou départ de membre, décès, naissance, état de la scolarisation en cours des enfants âgés de 6 à 16 ans, usage des moustiquaires...

Vue sur le service de réception du CSMU Karisimbi-Rapha



Lors du colloque singulier à la consultation médicale, de psychologie, de kinésithérapie ou du service social, le prestataire consulte systématiquement les informations du ménage sur sa tablette pour lui permettre de développer une approche globale centrée sur la personne et non plus sur la maladie ou l'activité préventive selon le cas.

Par exemple, lorsqu'un patient est vu à la consultation curative, on pourra constater qu'il y a un autre membre de son ménage qui souffre d'une affection chronique non encore suivie ou un certain nombre d'enfants de moins de cinq ans qui ne suit pas la CPS et de prendre des dispositions pour pallier ce constat. Également, la prise en compte des caractéristiques socioéconomiques propres à chaque ménage, permettra au prestataire d'adapter sa prise en charge et de référer le patient auprès du service social pour une investigation plus poussée.

Médecin à la consultation



Au 31 décembre 2022, le CSMU Karisimbi-Rapha compte exactement 15.844 membres répartis au sein de 2.448 ménages inscrits, soit une moyenne de 6,47 personnes par ménage. Parmi eux on dénombre 8.265 personnes de genre féminin (52,16) et 7.559 de genre masculin.

Nombre de membres adhérent par tranche d'âge et par genre au 31 décembre 2022

Age	Féminin (%)	Masculin (%)	Total	Pourcentage
0-1 an	112 (46,28)	130 (53,72)	242	1,52(*)
1-5 ans	968 (50,34)	955 (49,66)	1.923	12,12
5-20 ans	3.283 (52,63)	2.955 (47,37)	6.238	39,34
20-60 ans	3.545 (52,12)	3.257 (47,88)	6.802	42,90
>60 ans	387 (59,63)	262 (40,37)	649	4,09

(*) Ce pourcentage qui traduirait un taux de natalité de l'ordre 2,02 naissances vivantes pour 100 habitants est certainement inférieur à la réalité. Ceci est dû au fait que les enfants nés au sein de ménage inscrits qui n'ont pas fréquenté le CSMU en 2022 n'ont de ce fait pas été enregistrés. Au 31 décembre 2022, on comptait 51% de ménage qui avait utilisé au moins une fois le CSMU.

Calculé en mars 2022, sur les 12.086 ménages inscrits de décembre 21 à mars 2022, le taux de natalité est de 3,6 naissances vivantes pour 100 habitants. Ce taux est inférieur au 4% généralement appliqué, ce qui pourrait s'expliquer du fait qu'il s'agit d'une population urbaine.

Par ailleurs, on observe que 53% de la population des inscrits est âgé de moins de 20 ans.

On observe également que sur 15.844 membres inscrits :

- 3.004 membres déclarent dormir sous moustiquaire imprégnée, soit 19%, dont 664 enfants de moins de cinq, soit un 30% d'entre eux ou environ 1 enfant sur trois ;
- 8.664 membres (54,7%) sont de confession protestante, 4.916 (32,0%) catholique, 485 (3,1%) musulmane, 258 (1,6%) témoin de Jéhovah, 213 (1,3%) néo-apostolique et... 41 (0,26%) athée.

Sur les 2.448 ménages inscrits :

- 482 soit 19,3% ont des femmes chef de ménage. Parmi elles 54,6% sont veuves, 22,6% sont divorcées ou séparées de leur conjoint et 17,4% sont célibataires ;
- 350 déclaraient la présence d'un membre souffrant d'une affection chronique connue ;
- 1.117 (46,0%) sont propriétaire de leur logement, 1.127 (42,3%) sont locataire et 285 (10,5%) sont logés par des tiers, principalement des membres de famille ;
- 2.283 (93,3%) peuvent payer le montant de 5\$ du ticket modérateur d'une consultation adulte, 88 (3,3%) de manière aléatoire (suivant des revenus périodiques) et 76 (3,4%) sont dans l'incapacité de payer et peuvent être considérés comme « indigent ». Ce sont ceux là que le CSMU s'engage à soigner sans payement de ticket modérateur.

Le coût d'acquisition des équipements nécessaires à l'installation du dispositif de dossier familial informatisé hormis l'installation solaire est :

- Serveur intranet et ses équipement annexes (rack, routeur, moniteur, clavier, souris : 900\$
- 7 tablettes informatiques avec chargeur et son étui de protection : 2.100\$

Niveau de scolarisation

Parmi la population des membres inscrits âgée de plus de 16 ans, le niveau de scolarisation se répartit comme suit :

Niveau d'étude	Femme	%	Homme	%	Total
Aucune	281	81,92	62	18,08	343
Primaire non achevé	692	75,63	223	24,37	915
Primaire achevé	96	71,64	38	28,36	134
Secondaire non achevé	1201	63,21	499	26,26	1900
Secondaire achevé	1047	51,17	999	48,83	2046
Technique ou professionnel	15	44,12	19	55,88	34
Supérieur non achevé	320	41,08	459	58,92	779
Supérieur achevé	220	26,86	599	73,14	819
Total	4743	53,02	4201	46,98	8944

Parmi la population des membres inscrits âgée entre 6 et 16 ans, l'état de scolarisation se répartit comme suit :

Niveau d'étude	Fille	%	Garçon	%	Total
Aucune	84	59,57	57	40,43	141
Scolarité en cours	2049	51,69	1915	48,31	3964
Scolarité interrompue	101	63,13	59	36,88	160
Total	2234	52,37	2031	47,63	4265

Ces informations montrent que de manière générale parmi la population âgée de plus de 16 ans, le niveau de scolarisation est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Toutefois, parmi la population des enfants âgés de 6 à 16 ans, ce déséquilibre est moins important, bien que la proportion de fille qui a abandonné les études reste plus élevée que celui des garçons.

5) Discussion

L'informatisation du dossier familial constitue probablement une initiative qui n'a encore jamais été réalisée.

Son utilisation permet :

- La maîtrise de la population de responsabilité et de nouer un lien formel entre le service de soins de premier échelon et chacun des ménages inscrits et de pouvoir établir une relation humaine avec chacun d'eux ;
- La mesure précise des indicateurs d'utilisation curative, de couverture préventive, de mortalité (alternative à l'absence de registre d'état civil) ;
- La dispensation de soins intégrés et globaux ;
- La prise en compte effective des déterminants sociaux de la santé ;
- La reconnaissance des « indigents » sur la base de critères objectifs.

Il est aussi un outil dont plusieurs paramètres variables doivent être systématiquement mis à jour pour qu'ils soient en phase avec les changements qui interviennent au sein de toute population.

Le dossier familial informatisé n'est pas un automate qui remplace l'homme dans l'accomplissement de ses tâches. Il doit être compris comme étant un support d'informations qui exige d'en maîtriser

l'utilisation pour pouvoir exploiter à bon escient l'ensemble des informations qu'il contient et faciliter la délivrance d'une offre de soins centrée sur la personne dans sa dimension biopsychosociale. Cela exige un effort important de changement dans la manière de mener une consultation qui peut être complexe à obtenir surtout chez les prestataires ayant déjà pris l'habitude de centrer leur approche sur la maladie plutôt que la personne. C'est pourquoi, l'introduction du dossier familial dans un centre de santé nécessite un accompagnement de proximité pour une réelle appropriation et une exploitation optimale qui semble plus aisée à obtenir auprès des jeunes que des anciens. Sans cet accompagnement, il risque de devenir superflu et rangé progressivement dans les armoires à souvenirs.

6) Références

- 7) Amandine Oleffe. Rapport d'étude qualitative sur les itinéraires thérapeutiques des populations dans la ville de Goma ; ULB Coopération – PADISS NK, 2018.
- 8) ANAES. Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), Paris, 2002.
- 9) Balique H, Ouattara O, Iknane A. Ag. Dix ans d'expérience de centre de santé communautaire au Mali. Santé publique 2001, volume 13, no 1, pp. 35-48
- 10) Belche JL. Intégration entre lignes de soins : d'un patient à une population. Thèse, ULG, Liège, 2017, 407p.
- 11) Chenge M, Van der Vennet J, Porignon D, Luboya N, Kabyla I and Criel B. La carte sanitaire de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo : problématique de la couverture sanitaire en milieu urbain. Global Health Promotion 201017 :63.
- 12) Chenge Mukalenge Faustin (2013). De la nécessité d'adapter le modèle de district au contexte urbain : Exemple de la ville de Lubumbashi en RD Congo. Studies in Health Services Organisation & Policy, 22, 2003 Series editors: W. Van Lerberghe, G. Kegels, V. De Brouwere ©ITG Press, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerp, Belgium. 130p.
- 13) Division Provinciale de la santé du Nord Kivu. Bulletin du Système d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique (BUSISE) 2017; DPS Nord Kivu, Goma, 2018.
- 14) Division Provinciale de la santé du Nord Kivu. Bulletin du Système d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique (BUSISE) 2018; DPS Nord Kivu, Goma, 2019.
- 15) Dominique Desplats - Clément Razakarison. Guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar. Concept, organisation, pratiques. Santé Sud, Marseilles, 2011, 319p
- 16) Dominique Desplats. Faisabilité de l'installation des médecins privés communautaires en Afrique et à Madagascar. Facts reports, 2011, pp55-64
- 17) Fédération des Maisons médicales (2013). Equipes, travailleurs des maisons médicales : note d'orientation 2013-2017, Bruxelles, 2013, 35p
- 18) Fédération des Maisons médicales. Action communautaire en Santé. Un outil pour la pratique. Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin, 53p
- 19) Fédération des Maisons médicales. Mouvement des maisons médicales : la charte des maisons médicales, Bruxelles, 2013, 23p
- 20) Grodos D et Tonglet R. Maîtriser un espace urbain cohérent et performant dans les villes d'Afrique subsaharienne : le district de sante à l'épreuve. Tropical Medicine and International Health 2002 ; 7(2) : 977-992.
- 21) Grodos D, Mercenier P: La recherche sur les systèmes de santé: mieux comprendre la méthodologie pour mieux agir. Antwerp: ITG Press; 2000.
- 22) Hanefeld J, Powell-Jackson T, Balabanovaa D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. Bull World Health Organ 2017;95:368–374 | doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.179309>.
- 23) Kahindo JB, Kirikughundi L, Busanga B, Muchekele E, Vutsopire R, Simbi A et Kambumbu M. Etude du premier échelon et de la mise en œuvre du contrat unique au Sud Kivu ; ULB Coopération/ PADISS, Goma, 2018, 19p.

- 24) Kahindo JB, Kirikughundi L, Ngaïma S et Simbi A. Etude du premier échelon médicalisé en Belgique et au Mali. Leçons apprises et recommandations pour une médicalisation de la première ligne de soins en RDC ; ULB Coopération/ PADISS, Goma, 2017, 16p.
- 25) Katchunga PB, M'Buyamba-KJR, Masumbuko BE, Lemougoum D, Kashongwe ZM, Degaute JP, Kabinda JM, M'Buyamba-Kabangu JR. Hypertension artérielle chez l'adulte Congolais du Sud Kivu: résultats de l'étude Vitara. *Presse Med.* 2011; 6 (4): 315-323. PubMed | Google Scholar
- 26) KCE, Position paper Organisation des soins maladies chroniques en Belgique
- 27) Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique: de quoi parlons-nous? *Rev Mal Respir* 2005: 31-34.
- 28) Laurence Codjia, Françoise Jabot, Henri Dubois. Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées. Evaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé au Mali. OMS, Genève, 2010, 54p
- 29) Mahler D, Smeeth L and Sekajugo J. Health transition in Africa: practical policy proposals for primary care. *Bull World Health Organ* 2010;88:943–948 | doi:10.2471/BLT.10.077891
- 30) Maïga et Bocquier, Dynamiques urbaines et santé de l'enfant en Afrique Sub-Saharienne : perspectives théoriques. *African Population Studies* 30 (1) : 2213-26 ; 2016
- 31) Michel-Roland. Des outils conceptuels et méthodologiques pour la médecine générale. Thèse, ULB, Bruxelles, 2006, 452p.
- 32) Ministère de la santé de la RDC. Normes de la zone de santé. Edition 2006. Ministère de la santé de la RDC, Kinshasa, 2016, 46p.
- 33) Ministère de la santé de la RDC. Plan national de développement sanitaire 2016-2020. Vers la couverture sanitaire universelle. Ministère de la santé de la RDC, Kinshasa, 2016, 97p.
- 34) Monique Van Dormael et Sylvie Dugas. Projet de recherche « Médecine de première ligne dans les pays en développement ». Etude de cas « Mali ». IMT Anvers, 2000, 54p
- 35) Moussier C, Creuzon C, Lebatard MB, Rouillard. Gestion des risques en établissement de santé. Editions Hatiers, Paris, 2016; 188p.
- 36) OMS : Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais. Edité par l'OMS. Genève: OMS; 2008.
- 37) OMS, 1988 (District de santé, Harare)
- 38) OMS. Guide pédagogique pour la sécurité des patients: édition multiprofessionnelle, OMS Genève, 2015, 270p.
- 39) Organisation Mondiale de la santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde, 2000 : pour un système de santé plus performant. Genève : OMS ; 2000. 248 p. [Visité le 16/08/2014]. En ligne: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf?ua=1.
- 40) Pangu KA. Santé Pour tous d'ici l'an 2000 : c'est possible, expérience de planification et d'implantation des centres de santé dans la Zone de Santé de Kasongo au Zaïre, ULB, Thèse de Doctorat, 1988.
- 41) Pierre Mercenier. Le rôle du centre de santé dans le contexte d'un système de santé de district basé sur les soins de santé primaires. IMT Anvers, 1988.
- 42) Pineault R, Levesque JF, Roberge D, Hamel M, Lamarche P, Haggerty J. L'accessibilité et la continuité des services: une étude sur la première ligne au Québec ; Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine; Québec, 2008.
- 43) RDC/ Ministère de la santé. Normes de la zone de santé en RDC (SRSS). RDC/Ministère de la Santé ; Kinshasa, 2006.
- 44) Saintoyant V, Duhamel G, « Gestion des risques associés aux soins : état des lieux et perspectives ». *Pratiques et Organisation des Soins* 2012/1 (Vol. 43), p. 35-45. DOI 10.3917/pos.431.0035
- 45) Schiavetti B, Wynendaele E, De Spiegeleer B, Mbinze G, Kalenda N, Marini R, Melotte V, Hasker E, Meessen B, Ravinetto R, Van der Elst J, and Ngeleka DM , The Quality of Medicines Used in Children and Supplied by Private Pharmaceutical Wholesalers in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: A Prospective Survey; *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 98(3), 2018, pp. 894–903 doi:10.4269/ajtmh.17-0732.

- 46) Sylvie Dugas et Monique Van Dormael (2003). La construction de la médecine de famille dans les pays en développement. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 22, 2003 Series editors: W. Van Lerberghe, G. Kegels, V. De Brouwere ©ITGPress, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerp, Belgium. 353p
- 47) ULB Coopération, Rapport d'étude sur l'itinéraire thérapeutique des populations dans la ville de Goma. Goma, ULB Coopération – PADISS NK, 2017.
- 48) ULB Coopération, Rapport d'étude sur l'offre des soins dans la ville de Goma en RDC ; ULB Coopération – PADISS NK, Goma, 2018.
- 49) United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division. *World Urbanization Prospects. The 2014 Revision*. United Nations New York, 2015, 493p
- 50) Unwin N, Alberti KG. Chronic non-communicable diseases. *Ann Trop Med Parasitol* 2006;100:455–64. doi:10.1179/136485906X97453 PMID:16899148
- 51) Vlahov D, Freudenberg N, Progetti F, Ompad D, Quinn A *et al.*, *Urban Health* 84 : 16-26 ; 200
- 52) W. Van Lerberghe, G. Kegels, V. De Brouwere. l'approche verticale : une méthodologie d'identification des priorités stratégiques du contrôle des maladies tropicales. In *Intégrations et Recherche*, *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 8, 1998, ITG Press, p 17-43.