

Modèles organisationnels des services de santé de première ligne employant des médecins dans la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Kaya MC¹, Chuy KD^{2,3}, Chengé MF^{1,2,3}, Tambwe MA^{1,2}, Balaluka GB K.C⁴, Mashini NG^{1,2}, Luboya N.O^{1,2}

1. Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, République Démocratique Congo.
2. Ecole de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi, République Démocratique Congo.
3. Centre des Connaissances en Santé en République Démocratique du Congo
4. Ecole Régionale de Santé Publique de Bukavu, République Démocratique du Congo.
- 5.

Resumé:

Contexte: Cette étude visait à identifier les modèles organisationnels des services de santé de première (SSPL) ligne employant des médecins, dans la ville de Lubumbashi en République Démocratique du Congo.

Méthodes: Nous avons mené une étude de cas descriptive et transversal, de Mars à Septembre 2019, sur un échantillon exhaustif de 325 SSPL employant de médecins dans la ville de Lubumbashi. Trois agents (un médecin, un infirmier et un administratif) ont répondu aux questions de notre guide d'entretien individuel et semi-structuré conduit en face-à-face, pour le compte de chaque SSPL, jusqu'à l'atteinte de la saturation des informations. Les données de ces entretiens ont été mises à plat par une transcription mot à mot sous forme d'un verbatim, approuvé par les répondants. Le verbatim a été manuellement analysé en contenu par thème correspondant au modèle organisationnel du SSPL.

Résultats: Les SSPL appartiennent aux privés lucratifs, à l'Etat, aux confessions et aux organisations non gouvernementales. Ils se distinguent en quatre modèles organisationnels: le modèle professionnel de contact (47,4%), le modèle professionnel à prestataire unique (35,8%), le modèle professionnel de coordination intégré (3,4%) et le modèle communautaire (13,4%). L'ordre d'importance de l'utilisation des services par la population reflète celui des modèles organisationnels des SSPL. La majorité (80%) des services de santé de première ligne est couverte par le modèle professionnel tandis que le modèle communautaire ne couvre plus que 13,4 %. Les utilisateurs à revenus limités utilisent surtout le modèle communautaire tandis que les entreprises abonnent les membres de leur personnel dans les services du modèle professionnel de coordination intégré.

Conclusion: Il existe quatre modèles organisationnels des SSPL parmi lesquels le modèle professionnel (plus des médecins) est le plus dominant en proportion et en utilisation des services. La population plus démunie utilise surtout le modèle communautaire (plus d'infirmiers). Le gouvernement devra veiller à l'extension de la couverture en SSPL du modèle communautaire, bénéfique aux populations aux ressources limitées dans les villes, en RDC.

Mots-clés: Médecin, modèle organisationnel, service de santé, première ligne des soins, Lubumbashi.

Date of Submission: 02-12-2020

Date of acceptance: 17-12-2020

I. Introduction

La première ligne des soins de santé primaires représente la ligne de front des systèmes de santé partout dans le monde [1]. Elle assure les fonctions de premier contact et recours des soins, mais aussi de coordination, de responsabilité et de synthèse des informations sanitaires d'une population bien définie, dans les systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires (SSP) en Afrique Subsaharienne [1,2,3].

En République Démocratique du Congo (RDC), les normes d'organisation sanitaire sur le terrain ne prévoient pas la présence ni les prestations des médecins dans les services de santé de première ligne, représentés par les centres de santé censés fonctionner seulement avec des infirmiers polyvalents et tenus chacun sous la responsabilité d'un (e) infirmier titulaire [4,5]. Ceci permet le maintien d'un gradient des plateaux techniques entre les centres de santé (première ligne des soins) et les hôpitaux généraux de référence (deuxième ligne des soins), favorisant ainsi un fonctionnement harmonieux et intégré du système de référence et de contre-référence entre les deux lignes des soins au niveau opérationnel/local du système de santé [4,5].

Depuis 1964, le nombre des médecins et celui des services de santé de première ligne employant des médecins augmentent de manière exponentielle surtout dans les villes, à l'instar de la ville de Lubumbashi [6,7]. Dans cette ville, le système de santé présente une mauvaise organisation des services des soins de santé

caractérisée par une désintégration, une désarticulation et une fragmentation de l'offre des soins et une faiblesse du système de référence et de contre-référence [8]. Les médecins apportent des nouvelles configurations au niveau de la première ligne des soins dont une bonne compréhension peut élucider les perturbations que connaissent la collaboration et l'intégration du fonctionnement entre les services de santé [9].

L'objectif de cette étude a été d'identifier les typologies d'organisation des services de santé de première ligne employant des médecins dans la ville de Lubumbashi, RDC.

II. Méthodes

Type d'étude: Nous avons mené une étude de cas descriptive et transversale, de Mars à Septembre 2019.

Milieu d'étude: La ville de Lubumbashi, ville chef-lieu de la province du Haut Katanga, située au Sud-Est, a servi de milieu pour cette étude en RDC. Cette ville s'étend sur une superficie de 747 Km² avec une population estimée à 1794118 habitants. Cette ville compte environ 594 services de santé dont 69 Hôpitaux et 525 Centres de santé, répartis dans 11 ZS: Lubumbashi, Kampemba, Katuba, Kenya, Kisanga, Kowe, Kamalondo, Mumbunda, Ruashi, Tshamilemba et Vangu. Deux de ces ZS sont spéciales (Kowe de la police et Vangu des militaires). Chaque ZS a au moins un hôpital général de référence qui offre les soins de référence, et des services de santé de première ligne. La ville a en plus l'hôpital général provincial de référence Sendwe, les cliniques universitaires de l'université de Lubumbashi, et l'hôpital du cinquantenaire, et bien d'autres services de santé privés de niveau supérieur au deuxième échelon.

Unités d'analyse: Les unités d'analyse ont été tous les 325 services de santé de première ligne (SSPL) employant des médecins et retenus après exploration de 598 SSPL identifiés dans la pyramide sanitaire du DHIS2 2018 de la division provinciale de la santé de la province du Haut Katanga. Le mode de prestation des médecins et le type d'organisation des services dans ces SSPL ont constitué le focus de l'analyse de l'étude. Le choix de cette pyramide comme source de ces données a été motivé par son avantage à considérer tous les services sanitaires recensés, reconnus et classés comme SSPL et services sanitaires de deuxième ligne par l'autorité sanitaire provinciale.

Collecte des données: Sur rendez-vous pris avec trois répondant par SSPL (un médecin, un infirmier, et un administratif), nous avons recueilli les données par des entretiens individuels et semi-structurés en face-à-face, grâce à un guide d'entretien prétesté sur le mode de prestation des médecins et le type d'organisation du SSPL concerné, jusqu'à la saturation des informations obtenues.

Analyse des données: Les données recueillies ont été transcrites par SSPL. Une comparaison et un regroupement ensemble des SSPL présentant des modes de prestation des médecins et des types d'organisation similaires ont été réalisés. Nous avons effectué une analyse manuelle de contenu en thématique correspondant aux dimensions de l'analyse typologique des SSPL (vision, structure, ressources, pratiques) proposées par l'équipe de Pineault et ses Collaborateurs [11]. Les répondants ont approuvés les informations recueillies. L'équipe de recherche a aussi effectué une validation des résultats des analyses.

Aspects éthiques: Cette étude fait partie intégrante d'une recherche dont le protocole a été approuvé par le Comité d'Éthique Médicale de l'université de Lubumbashi sous le numéro (UNILU/CEM/092/2018). Un consentement éclairé et libre, avec garantie d'anonymat et de libre participation a été obtenu des participants et des propriétaires des SSPL inclus dans cette étude.

III. Résultats

Caractéristiques d'appartenance des SSPL employant des médecins : Les SSPL qui emploient des médecins sont surtout ceux des privés lucratifs, ensuite de ceux des confessions et des organisations non gouvernementales, et enfin ceux de l'Etat.

Modèles organisationnels des SSPL à Lubumbashi : Nous avons trouvés trois modèles organisationnels des SSPL à Lubumbashi dont deux de type professionnel et un de type communautaire –Cfr. **Tableau 1**.

Tableau 1. Modèles organisationnels des SSPL dans la ville de Lubumbashi (n=325)

Dimensions organisationnelles		Modèle professionnels				Modèle communautaire 13,4%
		A prestataire unique 0%	De contact 80,2%	De coordination 0%	De coordination intégrée 6,4%	
Vision	Responsabilisation	NA	Individus qui se présentent-fidélisation	NA	Clientèle-individus qui se présentent-fidélisation	Population-fidélisation-individus qui se présentent
Structure	Gouverne	Privée-professionnelle				Publique-confessionnelle
	Intégration interne-externe	NA	Moyen-faible	NA	Elevé- faible	Elevé-élevé
Ressources	Quantité et variété	NA	Peu	NA	Moyennes	Peu
Pratiques	Rendez-vous, etc.	NA	En majorité sans rendez-vous Rendez-vous après la première consultation	NA	En majorité sans rendez-vous Rendez-vous après la première consultation	En majorité sans rendez-vous Rendez-vous après la première consultation
	Etendue des services	NA	Restreinte	NA	Grande	Moyenne

NA: Non applicable

Les modèles professionnels et le modèle communautaire se distinguent par le type de gouverne organisationnel-privée, publique et confessionnel. Ils varient aussi selon la vision avec laquelle les services s'organisent, la complexité de leur structure, leur capacité d'intégration à l'ensemble du système des soins et les pratique organisationnelles.

Le modèle professionnel de contact : Ce modèle regroupe 80,2% des formations sanitaires. Ce modèle fourni des services médicaux aux patients qui se présentent pour obtenir ces services (clients) et ainsi répondre aux besoins ponctuels des malades. La majorité des malades reçus sont sans rendez-vous. Le rendez-vous peut être donné à un malade après la première consultation. Les équipes médicales sont de tailles variables, constituées des médecins généralistes et des infirmiers. Le médecin peut y travailler seul ou en groupe, assisté par une ou deux infirmières. Les médecins qui prestent seul organisent de plus en plus des visites à domicile avec une tendance à créer une espèce de médecine de famille qui n'est pas encore bien définie. Ces formations sanitaires sont censées offrir le paquet minimum d'activité, malheureusement, les services offerts sont très diversifiés mais de faible qualité, il y a même certaines formations sanitaires qui ont intégrées la chirurgie dans leur paquet d'activités. Dans ces formations sanitaires, il y a une rétention des malades. La référence est faite dans la plus part des cas lorsque le malade est dans un état critique et dépouillé de toutes ses ressources. Le mode de paiement des soins est essentiellement par acte et le personnel est rémunéré sur base des recettes propres de la formation sanitaire. Le modèle professionnel de contact est constitué de formations sanitaires privées, qui selon l'organisation de notre système de santé devraient être coordonnées par l'équipe cadre de district. Malheureusement, ces formations sanitaires sont très faiblement coordonnées et n'obéissent presque pas aux instructions de l'équipe cadre.

Le modèle professionnel de coordination intégré : Ce modèle regroupe 6,4% des formations sanitaires, se distingue par une bonne répartition des tâches entre les différents prestataires de la formation sanitaire. Les équipes sont constitué des plusieurs médecins et des infirmiers. Le travail de groupe y est formalisé et ces formations sanitaires utilisent les médecins spécialistes et d'autres professionnels de santé. Les modes de consultation sont sur et sans rendez-vous et ces formations sanitaires offrent une grande étendue des services. Elles ne participent pas au système de référence et contre référence. C'est lorsqu'ils se rendent compte que le malade est sur le point de mourir qu'il le réfère à l'hôpital général provincial ou aux cliniques universitaires pour s'en débarrasser, ils ne veulent pas que les malades décèdent dans leur formation sanitaire. Le mode de paiement des soins est mixte à l'acte et le forfait payé par les entreprises pour leurs agents. La majorité des malades payent par acte.

Le modèle communautaire : Ce modèle comprend 13,4% des formations sanitaires. Elles priorisent la continuité des soins et une responsabilisation à l'égard de la santé de la population. Les équipes soignantes sont généralement composées de plus de deux médecins qui travaillent formellement en groupe, mais aussi d'infirmières. Ils offrent une vaste étendue de services et des consultations sur et sans rendez-vous. Les organisations de ce modèle sont constituées des formations sanitaires du secteur étatique et confessionnel, elles sont toutes intégrées dans les structures du système public et participent au système de référence et contre référence. Par imitation et étant dans un système non régulé, ces formations sanitaires commencent, elles ont à créer des salles d'opérations.

Source habituelle de soins de première ligne : Les organisations des modèles professionnels assument la plus grande partie de la couverture populationnelle des services de première ligne. En effet, les organisations de ces deux modèles desservent 86,6% des utilisateurs de la ville de Lubumbashi. Ce sont les organisations du modèle professionnel de contact qui desservent le pourcentage le plus élevé d'utilisateurs. Le modèle communautaire représente une proportion des utilisateurs de 13,4%.

La proportion d'utilisateurs selon la source habituelle des soins de première ligne : le modèle professionnel de contact a reçu 80,2%, le modèle professionnel de coordination intégré 6,4% et le modèle communautaire 13,4%. Ces différents modèles d'organisations de la première ligne, reçoivent toutes les catégories des personnes sans distinction d'âge, de niveau d'étude et de niveau social. Les SSPL du modèle communautaire reçoivent beaucoup plus des personnes ne disposant pas de beaucoup de ressources financières, tandis que le modèle de coordination intégré reçoit plus des abonnés venant des entreprises et de la mutuelle des enseignants.

IV. Discussion

L'objectif principal de cette étude était de déterminer les différents modèles d'organisations des services de première ligne qui existent dans notre milieu. Cette étude vient d'identifier trois modèles organisationnels des SSPL qui existent dans la ville de Lubumbashi, en RDC. Ces modèles organisationnels sont le modèle professionnel de contact (80,2%), le modèle professionnel de coordination intégré (6,4%) et le modèle communautaire (13,4%). L'ordre d'importance de l'utilisation des services par la population reflète celui des modèles organisationnels des SSPL. La majorité (86,6%) des services de santé de première ligne sont couverts par le modèle professionnel tandis que le modèle communautaire ne couvre que 13,4 %. Les utilisateurs à revenus limités utilisent surtout le modèle communautaire tandis que les entreprises abonnent les membres de leur personnel dans les services du modèle professionnel de coordination intégré.

L'étude vient de montrer, à l'instar d'autres études, que plusieurs modèles d'organisation des services de santé de première ligne existent, allant de la pratique médicale isolée à l'organisation multidisciplinaire intégrée en milieu urbain, notamment dans la ville de Lubumbashi, RDC [10].

Les résultats de cette étude se distinguent légèrement de ceux de l'étude menée par l'équipe de Pineault et al [11]. Ils corroborent moins ceux d'une étude menée par un collectif des chercheurs canadiens ayant analysé les caractéristiques des modèles d'organisation des services de santé de première ligne rencontrés dans la plupart des pays industrialisés (Canada, Etats-Unis, Europe, Océanie) en réalisant une taxonomie des modèles [12] La taxonomie proposée a permis d'identifier quatre grands types de modèles d'organisation des SSPL se différenciant aussi par la vision des SSPL. Deux modèles reposent sur une vision qualifiée de professionnelle (Modèle professionnel de contact et Modèle professionnel de coordination). Les deux autres modèles reposent sur une vision dite communautaire (Modèle communautaire non-intégré et Modèle communautaire intégré [13]. Ils s'éloignent aussi de ceux d'une étude menée dans les pays développés ayant recensé trois modèles d'organisation [14]. Ces trois modèles sont : (i) le **modèle normatif hiérarchisé** dans lequel le système de santé est organisé autour des soins primaires et régulé par l'État (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède); (ii) le **modèle professionnel hiérarchisé** dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système (Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni) et, (iii) le **modèle professionnel non hiérarchisé** qui traduit une organisation des soins primaires laissée à l'initiative des acteurs libéraux (Allemagne, Canada).

Face à l'évolution des profils de personnes pratiquant des métiers classiques de la première ligne (particulièrement, médecins généralistes et infirmiers), on voit émerger des modèles d'organisation avec des accents plus ou moins importants apportés à différents types d'objectifs au sein du système de soins de santé. Par exemple, dans une logique de renforcement des soins de santé primaires, la première ligne se transformera de manière à promouvoir une meilleure autonomie du patient et une plus grande participation des citoyens [9].

Une approche configurationnelle a été utilisée pour étudier les formes organisationnelles des formations médicales de la première ligne [15]. Les regroupements d'organisations obtenues ont le mérite de reposer sur une grande quantité d'informations, permettant ainsi de bien documenter chacun des modèles d'organisations [12,16]. Dans l'étude de Paul A. et al, les organisations de la première ligne ont été classifiées en quatre regroupements homogènes et bien différenciés les uns des autres [13], nous nous sommes également inspirés de cette étude pour définir les modèles organisationnels de notre première ligne. Nous avons également mené une étude sur la perception de la présence des médecins à la première ligne par les usagers, cette étude a permis de recueillir des données sur la façon dont les usagers sont pris en charge à la première ligne et trouvent satisfaisant les soins qui y sont administrés. Cette perception rejoint celle d'une étude menée à Montréal et en Montérégie, où plus de 85 % des utilisateurs des services de santé identifient les cliniques médicales de première ligne, incluant les CLSC, comme leur source habituelle de soins de première ligne [17].

En pratique, la présence des médecins à la première ligne n'est pas encore normative, car le cadre organique du ministère de la santé ne prévoit pas la présence des médecins à la première ligne des soins [4,5]. Comme dans les études de Pineault et al sur le modèle d'organisation des services de première ligne et

l'expérience des soins de la population et l'accessibilité et la continuité des services de la santé : étude sur la première ligne au Québec, les usagers de la première ligne de la ville de Lubumbashi, ont également une perception positive de la présence des médecins à la première ligne des soins [11,16]. Ces auteurs estiment que la présence du médecin a amélioré la qualité des soins et ces sont des soins efficaces. Cette présence a tendance à attirer et à fidéliser les usagers dans les formations sanitaires qu'ils utilisent. Il y a une confiance qui commence à naître entre les usagers et les médecins prestant à la première ligne. Nous observons une sorte d'ébauche de médecine de famille qui commence à s'installer et même s'organiser dans notre système de santé (fidélisation des patients par rapport aux médecins).

Les SSPL du modèle professionnel étant majoritaires (86,6%), cela permet le rapprochement des médecins à la population. Dans ce modèle les formations sanitaires sont privées lucratives ou le critère d'accès aux soins n'est plus l'intensité du besoin de santé, mais bien la capacité de la population à payer les soins, un problème d'équité qu'on ne peut négliger; et comme la pauvreté entraîne tout un lot de problèmes de santé, il est doublement préoccupant (18). La quasi-totalité des SSPL privilégient dans leurs organisations les individus qui se présentent et instaurent de plus en plus une fidélisation des usagers qui les utilisent, car les malades sont reçus majoritairement sans rendez-vous : c'est même le modèle d'organisation professionnel de contact qui apparaît le plus utilisé dans la ville de Lubumbashi.

Cette étude a certaines limites. Il s'agit notamment de son application uniquement en milieu urbain (ville de Lubumbashi). Et, qu'elle n'a notamment pas catégorisé les modèles organisationnels prenant en compte tous les types de personnel qu'un SSPL peut disposer (infirmiers, laborantins, etc.). Elle n'a pas non plus comparé la première et la deuxième ligne des services des soins de santé en RDC.

V. Conclusion

Il existe au total quatre modèles organisationnels des SSPL parmi lesquels le modèle professionnel (ayant beaucoup plus des médecins) est le plus dominant en proportion et en utilisation des services dans la ville de Lubumbashi, RDC. La population vivant avec des revenus limités, représentant près des trois quarts d'habitants des villes congolaises, utilisent plus le modèle communautaire (ayant beaucoup plus d'infirmiers).

Le gouvernement peut ainsi veiller à étendre la couverture en SSPL appartenant au modèle communautaire qui est bénéfique à la majorité de la population urbaine, en RDC.

Des futures recherches peuvent être menées pour, notamment, comparer le modèle organisationnel entre les SSPL et les services de santé de deuxième échelon, entre les milieux urbains et les milieux ruraux, et surtout, identifier les mécanismes d'extension du modèle communautaire qui est plus utilisé par les populations pauvres en RDC.

Abréviations et sigles:

DS: District Sanitaire (Zone de Santé en RD Congo)

SSPL: Service de Santé de Première Ligne

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

RDC: République Démocratique du Congo

ZS: Zone de Santé

Correspondance: chuykalombola@gmail.com

Conflits d'intérêts: aucun

Contributions:

Auteur et investigateur principal: Charles Kaya Mulumbati.

Révision: Chuy Kalombola Didier.

Encadrement institutionnel: Département de Santé Publique, Faculté de Médecine, UNILU.

Encadrement scientifique: Faustin Chenge Mukalenge, Mashini Ngongo Ghislain, Luboya Numbi Oscar.

Remerciement: Programme RIPSEC.

Références

- [1]. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2008), Rapport sur la santé dans le monde : Les soins de santé primaires Maintenant plus que jamais.(OMS, 2008), www.googlechrone
- [2]. Communauté de Pratique Prestation des services de santé, (2013), Rapport de la Conférence Régionale « Les districts sanitaires en Afrique : Progrès et perspectives 25 ans après la déclaration d'Harare », 21 – 23 Octobre 2013, Dakar, Sénégal, www.googlechrone
- [3]. Ministère de la santé RDC, (2006a), Stratégie de renforcement du système de sante 1^{er} édition Kinshasa, Ministère de la santé.www.googlechrone
- [4]. Ministère de la santé RDC, (2010), Stratégie de renforcement du système de santé en RDC. 2e édition. Kinshasa, Ministère de la santé; 2010, www.googlechrone
- [5]. Ministère de la sante publique RDC, (2012), recueil des normes d'organisation et de fonctionnement des structures sanitaires de la zone de sante en République Démocratique du Congo, Juillet 2012, www.googlechrone
- [6]. Chenge MF, (2013), De la nécessité d'adapter le modèle de district sanitaire au contexte urbain : Exemple de la ville de Lubumbashi en RD Congo.www.googlechrone

- [7]. Ministère de la sante publique RDC, (2011), Plan National de Développement des Ressources Humaines 2011-2015, Kinshasa, www.googlechrone
- [8]. Ministère de la santé RDC, (2016), Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle, Mars 2016, www.googlechrone
- [9]. Munck P et al, (2011), Les métiers de demain de la première ligne de soins, étude réalisée par la Fédération des maisons médicales, www.googlechrone.
- [10]. Cahier course d'obstacles pour soins de santé primaire, les services de santé de première ligne en Belgique sont-ils sur la voie du changement ?, Santé conjugulée - juillet 2006 - n° 37, www.googlechrone
- [11]. Pineault R et al, (2008), Les modèles d'organisation des services de première ligne et l'expérience des soins de la population, www.googlechrone.
- [12]. Bourgueil Y et al, (2009), La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français, S.F.S.P. | « Santé Publique », hs1 Vol. 21 | pages 27 à 38, www.googlechrone
- [13]. Paul A et al, (2003), Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé Ministère de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick Ministère de la Santé de la Saskatchewan Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec Santé Canada, www.googlechrone
- [14]. Bourgueil Y et al, (2009), Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande, Questions d'économie de la santé n° 141, www.googlechrone
- [15]. Witmeur O et al, (2010), Approche configurationnelle de la croissance : Typologie vs. Taxonomie ?, CEB Working Paper N° 10/033, www.googlechrone
- [16]. Pineault R et al, (2008), L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec, Rapport de recherche, www.googlechrone
- [17]. Hamel M et al, (2008), L'organisation des services de santé de première ligne, Portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie, Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine, www.googlechrone
- [18]. Vadeboncoeur A, (2013), Privé en première ligne: un problème présenté comme une solution, Santé et Science, 14 mai 2013, www.googlechrone

Annexe: Guide d'entretien individuel et semi-structuré concernant le modèle organisationnel de la première ligne des soins dans la ville de Lubumbashi, RDC

Vision : Quel type des malades recevez-vous :

- Habituel ?
- Occasionnel ?
- Abonnés ?

Structure :

1. Type de la structure :
 - Poste de Santé ?
 - Dispensaire ?
 - Centre de santé ?
 - Centre de santé de référence ?
 - Polyclinique ?
 - Centre médical ?
 - Centre hospitalier ?
 - Autres (à préciser) :
2. Quelle est l'appartenance institutionnelle de la structure
 - Etatique ?
 - Confessionnelle ?
 - Associative ?
 - Privée lucrative ?
3. La structure est-elle intégrée au sein de la zone de santé ?
 - a. Oui ? b. Non ?
4. La structure participe-t-elle au système de référence et contre référence ?
 - a. Oui ? b. Non ?
5. Si oui :
 - Pour tous les cas nécessitant la référence ou la contre référence
 - Pour quelques cas
 - Ne participe pas à la référence

Ressources

1. Combien des médecins prestent dans votre FOSA :
2. Avez-vous un médecin superviseur de la formation sanitaire :
 - a. Oui ? b. Non ?
3. Si oui est-il permanent :
 - a. Oui ? b. Non ?
4. Dans votre structure, le médecin travail :
 - Seul ?

- En groupe ?
- 5. Votre formation sanitaire utilise-t-elle des spécialistes ?
 - a. Oui ? b. Non ?
- 6. Combien de temps les médecins passent-ils par jour dans votre structure
 - Moins d'une heure ?
 - Une heure-deux heures ?
 - Deux heures-quatre heures ?
 - Quatre heures-huit heures ?
- 7. Combien d'infirmiers comptez-vous dans votre structure :
- 8. Disposez-vous des médicaments :
 - En quantité suffisante ?
 - Très peu ?
 - Pas du tout des médicaments ?

Pratiques

1. Quel est le principal mode de paiement des malades
 - A l'acte ?
 - Forfait ?
 - Abonnement ?
 - Prépaiement ?
2. Mode de réception des malades:
 - Sur rendez-vous ?
 - Sans rendez-vous ?
3. Donnez-vous rendez-vous aux malades après la première consultation :
 - a. Oui ? b. Non ?
4. Lorsqu'un malade arrive sans rendez-vous dans votre structure est-il toujours reçu :
 - a. Oui ? b. Non ?
5. Quels services offrez-vous dans votre fosa :
 - Médecine générale ?
 - Consultations des spécialistes ?
6. Disposez-vous de quel type de plateau technique :
 - Paquet Minimum d'Activités ?
 - Paquet Intermédiaire d'Activités (PMA avec quelques activités du PCA) ?
 - Paquet Complémentaire d'Activités

Merci de votre participation

Kaya MC, et. al. "Modèles organisationnels des services de santé de première ligne employant des médecins dans la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo." *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 9(6), 2020, pp. 39-45.