



**Barrières et facilitateurs dans la mise en œuvre
en première ligne d'un modèle biopsychosocial
de soins au Sud-Kivu en République
Démocratique du Congo**

**Étude des centres de santé de Bideka, Burhale,
Kabushwa, Lumu, Lwiro et Nyamuhinga**

**Thèse présentée par Christian MOLIMA EBOMA
NDJANGULU**

En vue de l'obtention du grade académique de
Doctorat en sciences de la santé publique

Année académique 2024-2025

Sous la direction du Professeur Jean Macq, promoteur
Et du Professeur Hermès Karemere, Co-Promoteur

**Barrières et facilitateurs dans la mise en œuvre
en première ligne d'un modèle biopsychosocial
de soins au Sud-Kivu en République
Démocratique du Congo**

**Étude des centres de santé de Bideka, Burhale,
Kabushwa, Lumu, Lwiro et Nyamuhinga**

Par Dr Christian MOLIMA EBOMA NDJANGULU

molimachris@gmail.com; molima.eboma@ucbukavu.ac.cd

Toujours plus haut,
Place ton rêve ou ton désir,
L'idéal que tu veux servir,
Toujours plus haut !

Toujours plus haut,
Si, bien souvent, ton ciel se voile,
Que de ta foi brille l'étoile,
Toujours plus haut !

ALBERT SCHWEITZER

Membres du jury

Présidente : **Marie de Saint-Hubert**
Université Catholique de
Louvain (UCL)

Secrétaire : **Isabelle Aujoulat**
Université Catholique de
Louvain (UCL)

Promoteur : **Jean Macq**
Institut de recherche santé et
société (IRSS)
Faculté de santé publique
(FSP)
Université catholique de
Louvain (UCL)

Co-promoteur : **Karemere Bimana Hermès**
École régionale de santé
publique (ERSP)
Université catholique de
Bukavu (UCB)

Membres du comité d'accompagnement

Bisimwa Balaluka Ghislain
École régionale de santé publique (ERSP)
Université catholique de Bukavu (UCB)

Bart Criel
Institut de Médecine
Tropicale d'Anvers (IMT)

**Membres
externes :**

Elisabeth Paul

Centre de recherche « Politiques et
Systèmes de santé-
Santé Internationale »
(CR3-POLISSI),
École de santé publique (ESP)
Université libre de Bruxelles
(ULB)

Denis Porignon

World Health Organization
(WHO), Genève
Université de Liège (ULg)

Curriculum Vitae Scientifique

Articles avec comité de lecture

Christian E.N. Molima, Hermès B. Karemere, Ghislain B. Bisimwa, Samuel Makali, Pacifique Mwene-Batu, Espoir B. Malembaka, Jean Macq (2021). Barriers and facilitators in the implementation of biopsychosocial care at the primary healthcare level in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *Afr J Prm Health Care Fam Med.*;13(1), a2608.

Mwene-Batu P, Bisimwa G, Baguma M, Chabwine J, Bapolisi A, Chimanuka C, **Molima C**, Dramaix M, Kashama N, Macq J and Donnen P (2020) Long-term effects of severe acute malnutrition during childhood on adult cognitive, academic and behavioural development in African fragile countries: The Lwiro cohort study in Democratic Republic of the Congo. *PLoS ONE* 15(12): e0244486.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244486>

Karemere H, Mukwege J, **Molima C**, Makali S. Analysis of hospital performance from the point of view of sanitary standards: study of Bagira General Referral Hospital in DR Congo. *J Hosp Manag Health Policy* 2020;4:5.
<https://doi.org/10.21037/jhmhp.2020.03.02>

Eugène Kuamba, **Christian Molima**, Johanna Karemere, Safari Joseph Balegamire and Hermès Karemere. Déterminants prioritaires de l'accès aux services des soins de la Zone de santé de Bagira pour les enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme : Un protocole d'étude [Priority factors of healthcare services access in the Bagira Health Zone for children under 5 with malaria: A study protocol]. *International Journal of Innovation and Applied Studies* ISSN 2028-9324 Vol. 30 No. 4 Oct. 2020, pp. 808-820

Jean Louis Mopene, **Christian Molima**, Jean Bosco M. Kahindo, Samuel Makali, Hermès Karemere. Réforme et performance de l'Inspection de la santé et de la Division de la santé au Sud-Kivu en République Démocratique du Congo. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine* | Vol 12, No 1 | a2534 | DOI: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v12i1.2534>

Nicolas Kenanewabo, **Christian Molima**, Hermès Karemere. Gestion adaptative des centres de santé dans un environnement changeant en République Démocratique du Congo. *Santé publique*, volume 32 / N° 4 - juillet-août 2020

Samuel Lwamushi Makali, Espoir Bwenge Malembaka, Anne-Sophie Lambert, Hermès Bimana Karemere, **Christian Molima Eboma**, Albert Tambwe Mwembo, Steven Barnes Ssali, Ghislain Bisimwa Balaluka, Phillippe Donnen and Jean Macq. Comparative analysis of the health status of the population in six health zones in South Kivu: a cross-sectional population study using the WHODAS. *Conflict and Health* (2021) 15:52

Paterne Safari Mudekereza, Gauthier Bahizire Murhula, Charles Kachungunu, Amani Mudekereza, Fabrice Cikomola, Leon-Emmanuel Mukengeshai Mubenga, Patrick Birindwa Balungwe, Paul Munguakankwa Budema, **Christian Molima**, Erick Namegabe Mugabo and Hervé Monka Lekuya. Factors associated with hospital outcomes of patients with penetrating craniocerebral injuries in armed conflict areas of the Democratic Republic of the Congo: a retrospective series. *BMC Emergency Medicine* (2021) 21:109

Aimé C. Mwana-wabene, Samuel M. Lwamushi, **Christian M. Eboma**, Pacifique M-B. Lyab, Bonfils Cheruga, Hermès Karemere, Albert T. Mwembo, Ghislain B. Balaluka et Faustin C. Mukalenge. Choix thérapeutiques des hypertendus et diabétiques en milieu rural : Une étude mixte dans deux zones de santé de l'Est de la République Démocratique du Congo. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2022; 14(1): 3004. DOI: 10.4102/phcfm.v14i1.3004

Ghislain Bisimwa, Samuel Makali, Hermès Karemere, **Christian Molima**, Raphael Nunga, Michel Muvudi, Alain Iyeti, Faustin Chenge. Contrat unique, une approche innovante de financement du niveau intermédiaire du système de santé en République Démocratique du Congo (R.D.Congo) : processus et défis de mise en œuvre. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine* | Vol 13, No 1 | a2869 | DOI: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v13i1.2869>

Samuel Lwamushi Makali, Hermès Karemere, Robert Banywesize, **Christian Eboma Molima**, Pacifique Mwene-Batu, Corneille Lembebu, Giovanfrancesco Ferrari, Elisabeth Paul, Ghislain Balaluka Bisimwa, Philippe Donnen. Adaptive mechanisms of health zones to chronic traumatic events in Eastern DRC: a multiple case study. *Int J Health Policy Manag*. 2023;12:8001. doi:10.34172/ijhpm.2023.8001

Molima, C.E.N., Karemere, H., Makali, S., Bisimwa, G., Macq, J. Is a bio-psychosocial approach model possible at the first level of health services in the Democratic Republic of Congo? An organizational analysis of six health centers in South Kivu. *BMC Health Serv Res* 23, 1238 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10216-0>

Samuel Lwamushi Makali, Jean Corneille Lembebu, Raïssa Boroto, Christian Chiribagula Zalinga, Daniella Bugugu, Emmanuel Lurhangire, Bigirinama Rosine, Christine Chimanuka, Pacifique Mwene-Batu, **Christian Molima**, Jessica Ramirez Mendoza, Giovanfrancesco Ferrari, Sonja Merten and Ghislain Bisimwa. Violence against health care workers in a crisis context: a mixed cross-sectional study in Eastern Democratic Republic of Congo. *Conflict and Health* (2023) 17:44

Aidan Huang, Chunkai Cao, Angela Y. Xiao, Hermès Karemere, **Molima E. Christian**, Kenanewabo K. Nicolas, Meng Xue and Kun Tang. Opportunities and challenges of trilateral South-South cooperation for transforming development assistance for health: evidence from a DRC–UNICEF–China maternal, newborn, and child health project. *Global Health* 19, 37 (2023).
<https://doi.org/10.1186/s12992-023-00934-9>

Bertin Kasongo, Abdon Mukalay, **Christian Molima**, Samuel Lwamushi Makali, Christian Chiribagula, Gérard Mparanyi, Hermès Karemere, Ghislain Bisimwa and Jean Macq. Community perceptions of a biopsychosocial model of integrated care in the health center: the case of 4 health districts in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *BMC Health Serv Res* 23, 1431 (2023).
<https://doi.org/10.1186/s12913-023-10455-1>

Samuel Lwamushi Makali, Patricia St Louis, Hermès Karemere, Alice Wautié, Enrico Pavignani, **Christian Molima Eboma**, Rosine Bigirinama, Corneille Lembebu, Denis Porignon, Ghislain Bisimwa Balaluka, Philippe Donnen and Elisabeth Paul. Exploring the inherent resilience of health districts in a context of chronic armed conflict: a case study in Eastern Democratic Republic of the Congo. *Health Res Policy Sys* 22, 175 (2024).
<https://doi.org/10.1186/s12961-024-01252-1>

Articles soumis ou à soumettre

1. Impact de l'Adoption du Modèle Biopsychosocial sur les Pratiques des Agents de Santé au Sud-Kivu : Une Perspective Qualitative. **Christian Molima Eboma Ndjangulu**, Hermès Karemere, Samuel Makali, Rosine Bigirinama, Pacifique Mwene-Batu, Bart Criel, Ghislain Bisimwa et Jean Macq
2. Analyse d'implémentation d'un modèle biopsychosocial dans six centres de santé au Sud-Kivu en RD Congo. **Christian Molima Eboma Ndjangulu**, Hermès Karemere, Samuel Makali, Bart Criel, Isabelle Aujoulat, Ghislain Bisimwa et Jean Macq

Communications et autres travaux

1. **Christian Molima Eboma Ndjangulu**, Hermès Karemere Bimana; Ghislain Bisimwa Balaluka; Jean Macq. Improving person centered care in district health systems of Sud Kivu in DRC: an innovative tool for primary care organizational analysis. Oral presentation made at the 18th International Conference on Integrated Care / Utrecht and published in the International Journal of Integrated Care (IJIC), 2018
2. **Christian Molima Eboma Ndjangulu**, Hermès Karemere Bimana; Ghislain Bisimwa Balaluka; Jean Macq. Community and care system for people-centred care in South Kivu, RDC: an innovative tool for analysing how health centres are organized. Oral presentation at the 5th Global Symposium on Health Systems Research / Liverpool, 2018.

Dédicaces

A Dieu, Père de Miséricorde et de bonté, pour la force et l'appui,

A mes parents Félicien MOLIMA et Clémentine NANGO,

A mon épouse, Christine CHIMANUKA,

A nos filles Chloé-Célia et Anaïs-Clélia MOLIMA,

A mes frères et sœurs Christelle, Yolande, Jessica et Danny
MOLIMA

ainsi que mes beaux-frères Junior SONGOLO et Fabien
MWEZE,

A ma belle-famille CHIMANUKA,

A mes nièces et neveux,

A mes filleules et filleuls

Aux membres de familles et amis qui nous ont quittés,

Je dédie ce travail

Remerciements

Ce long périple, qui ne fût pas de tout repos, a été possible grâce à plusieurs personnes formidables qui ont croisé mon chemin et m'ont bien souvent ramené sur la voie quand je n'étais plus sûr de moi.

Mes remerciements vont au Professeur Jean MACQ, promoteur de cette thèse. Merci de m'avoir supporté tout le long du chemin. Tes remarques justes et fortes m'ont permis de progresser jusqu'au bout de la thèse en acquérant la logique du chercheur dans l'analyse critique et la communication dans le fonctionnement du système de santé. J'adresse aussi mes plus sincères remerciements au Professeur Hermès KAREMERE BIMANA. Merci de m'avoir tenu par la main comme co-promoteur et parfois bousculé pour que je ne baisse pas les bras ! Votre rigueur dans les analyses et l'encadrement scientifique reçu à vos côtés m'ont permis de m'imprégner davantage de la recherche et de ses exigences dans les réflexions sur l'organisation des soins.

Merci au Professeur Ghislain BISIMWA BALALUKA pour les suggestions et les partages d'expériences qui ont permis d'appréhender davantage la complexité des politiques de santé en RDC. Aux professeurs Marie DE SAINT-HUBERT, Isabelle AUJOLAT et Bart CRIEL pour vos critiques constructives et suggestions pertinentes ayant permis d'améliorer notre travail ainsi que pour votre aimable accompagnement scientifique tout au long de cette thèse.

Mes remerciements s'adressent aussi à l'Université Catholique de Bukavu (UCB), à l'IRSS à travers l'Université Catholique de Louvain (UCL), à l'Académie de recherche et d'enseignement supérieur (ARES) pour leur soutien institutionnel et les ressources mises à ma disposition dans le cadre du Projet de Recherche et de développement (PRD) et d'autres projets de recherche au sein de l'équipe de l'ERSP. Merci à la Division Provinciale de la Santé (DPS) du Sud-Kivu pour l'accompagnement reçu durant les collectes de données en collaboration avec Louvain Coopération (LC).

Un tout grand merci à ma formidable épouse, CHIMANUKA MURHIMA'ALIKA Christine, et à mes chères filles, Chloé-Célia et Anaïs-Clélia MOLIMA, pour leur patience et leur support tous azimuts durant mon doctorat. Je vous aime très fort ! Merci à ma chère famille MOLIMA, les soutiens de toujours : Papa, Maman, Christelle, Yolande, Jessica et Danny. Merci chers beaufs Junior SONGOLO et Fabien MWEZE, Éric NKOLE ainsi qu'à ma belle-famille CHIMANUKA.

Merci aux collègues du Master en SDEV 2013 de l'UCL, la promotion 2011 de la Faculté de Médecine à l'UCB, les promotions 2003 du Collège MAELE, des Petits Séminaires de MUGERI et MANDOMBE. Merci aux collègues de l'ERSP pour le soutien reçu durant le processus doctoral : Pacifique MWENE-BATU, Samuel MAKALI, Rosine BIGIRINAMA, Gaylord NGABOYEKA, Bertin KASONGO, Emmanuel LURHANGIRE, Christian CHIRIBAGULA, Corneille LEMBEBU, Christian MUGISHO, Armand BISIMWA, Fiston MUNYASESE, Espérance LUBUNGO, Nadine MALIKIDOGO, Daniella BUGUGU, Charles MUSHAGALUSA.

Aux familles SHAMAVU, MEURICE et DE CLIPPELE, à la Professeure Myriam MALENGREAU pour leurs encouragements le long de ma thèse et leur accompagnement durant mes séjours en Belgique.

A mes «yaya» de cœur : Alexis TUABU, Gédéon ENGWANDA, Bibiche MBONGA, Nycha OMARI, Pylhon MAKEMBO, Koffi SANDUKU, Aimérance LWANGO. Merci du fond du cœur aux familles MANZANZA, BAGANDA, EKONGO, MAKEMBO, OMARI, MPUTU, PUATI et à la grande famille ENGWANDA pour leurs soutiens et prières.

Merci à nos filleuls Jurés et Merveille MUSAFIRI, Dr Gloire et Pascaline MUBAKE, à nos parrains Papa Sylvain et Maman Mathy KANYUNYI pour vos gentils mots de soutien, vos prières et votre accompagnement.

Merci à ces amis qui sont toujours présents à nos côtés quand l'espoir s'envole : Johnny MUHINDO, Guyfleuri WELA MPANGA, Nicolas ODIMBA, David BISIMWA, Joseph MUKULU, Rodrigue KHONDE, Wany BINTI KAYUMBA, Ana MATABARO, Patrick CIBANGU, Fabrice MUDEKEREZA, Elie NTALE, Johanna KAREMERE, Mignon BUGANDWA, Brigitte SCHEPENS, Elie KAJIBWAMI, Aubin CIZIMYA, Hyacinthe SONGOLO, Albert MUDERHWA, Sixte AMBIKA, Arsène KULONDWA, Destin NTERERWA, Pierre MURHULA, Bienvenu LUTETE, Olivier KASEBA, Éphrem BIRAGI, Aimé MASONGA, David MIHIGO.

Merci aux amis de la musique : BEST KIVU VOICES (Beli, Boni, Charles, Conny, Éric, Irène, Baby, Magny, Marie-Yo, Peaceman, Nadine, Romy, Rose, Sage, Steve, Yves) ; DESTINY (Gloire, Donel, Gervais, Kims, Léon, Pascaline, Roger, Winnie), CHŒUR JOYEUX (Fito et Yvette, Sando et Nadia, Sandrine et Christian, Sandrine et Martin, Gisèle, Yvette, Francis, Claire, Imelda, Mathilde, Landry, Jean-Pierre,...) ; ARMEE DU CIEL (Ami-Fidèle, Olivier, Aimée, Chance, Charles) ; CHORALE NOTRE DAME DE L'ASSOMPTION (Huguette et Laurent, Cynthia et Gael,...), JOYEUX DE L'HORIZON (Jol'Hori)...

Table des matières

PARTIE 1. PRESENTATION DU TRAVAIL	25
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION GENERALE	25
A) PROBLÉMATIQUE	25
B) CONTEXTE	35
C) GENÈSE D'UN PROJET DE RECHERCHE ET DE DÉVELOPPEMENT SUR LE CHANGEMENT D'APPROCHE DE SOINS EN PREMIÈRE LIGNE DE SOINS	41
D) THÉORIE DU CHANGEMENT PROPOSÉE DANS LES CENTRES DE SANTÉ	44
CHAPITRE 2. PRINCIPAUX CONCEPTS-CLES ET CADRE THEORIQUE	55
1. APPROCHE CENTRÉE SUR LA PERSONNE	55
2. MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL (BPS)	61
3. LE MODÈLE BPS UTILISÉ DANS LES CENTRES DE SANTÉ DANS LA LIGNEE DES MODÈLES DE SOINS HOLISTIQUES	65
E) QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE	71
CHAPITRE 3. MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE	73
A) CADRES THÉORIQUES	73
APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE GÉNÉRALE	73
B) ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN RDC	79
POLITIQUES DE SANTÉ	79
C) MILIEU D'ÉTUDE	82
D) MÉTHODOLOGIE UTILISÉE PAR APPROCHE	83
E) CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	98
PARTIE 2. RESULTATS	99
ÉTUDE 1	101
RÉSULTATS	101
DISCUSSION	108
CONCLUSION	111
ÉTUDE 2	113
RÉSULTATS	113
DISCUSSION	119
CONCLUSION	125
ETUDE 3	127
RÉSULTATS	127
DISCUSSION	138

CONCLUSION.....	145
ETUDE 4.....	147
RÉSULTATS.....	147
DISCUSSION.....	154
CONCLUSION.....	165
PARTIE 3. DISCUSSION GÉNÉRALE.....	167
3.1. BARRIERES ET FACILITATEURS A UN CHANGEMENT D’APPROCHE DE SOINS DANS LES CENTRES DE SANTE	167
3.2. DYNAMIQUES DE CHANGEMENT D’APPROCHE DE SOIN DANS LES CENTRES DE SANTE	181
3.3. LEÇONS APPRISES DE LA PROPOSITION DU MODELE BPS DE SOINS DANS LES CENTRES DE SANTE	193
3.4. IMPLICATIONS POUR LES POLITIQUES DE SANTÉ EN RDC ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE.....	207
3.5. VALIDITÉ DE LA RECHERCHE	209
3.6. FORCES ET LIMITES DE LA THESE.....	211
3.7. REFLEXIVITE .. ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.	
CONCLUSION GÉNÉRALE DE LA THÈSE.....	221
ANNEXES	269

Sigles et Abréviations

AG : Administrateur Gestionnaire

ARES-CCD : Académie de Recherche et d'Enseignement
Supérieur-Commission de la Coopération au
Développement

AS : Aire de Santé

AVEC : Association Villageoise d'Épargne et de Crédit

BCZ : Bureau Central de la Zone

BPS : Biopsychosocial

CAC : Cellules d'Animation Communautaire

CCIC: Context and Capabilities for Integrating Care

CODESA : Comité de Développement de la Santé

CS : Centre de Santé

CSR : Centre de santé de référence

DS : District Sanitaire

ECZ : Équipe-Cadre de la Zone de santé

HGR : Hôpital Général de Référence

IRSS : Institut de Recherche Santé et Société

IS : Infirmier Superviseur

LC : Louvain Coopération

MCZ : Médecin-Chef de Zone

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

NoMAD : Normalisation Measure Development

NPT : Normalization Process Theory

PCA : Paquet Complémentaire d'Activités

PMA : Paquet Minimum d'Activités

PMS : Psycho-médicosocial

PRD : Projet de Recherche et Développement

PTF : Partenaire Technique et Financier

RECO : Relais Communautaires

RDC : République Démocratique du Congo

SNIS : Système National d'Information Sanitaire

SRSS : Stratégie de Renforcement du Système de Santé

SSP : Soins de santé primaire

TDR : Technicien de développement rural

UCB : Université Catholique de Bukavu

UCL : Université Catholique de Louvain

ULB : Université Libre de Bruxelles

VAD : Visite à Domicile

VIH/SIDA : Virus d'Immunodéficience
Humaine/Syndrome d'Immunodéficience Acquise

ZS : Zone de Santé

Liste des Tableaux

Tableau 1. Cadres théoriques spécifiques par étude.....78

Tableau 2. Centres de santé et indicateurs de fonctionnement structurels.....83

Tableau 3. Résultats de l'Implémentation d'une Offre de Soins BPS dans les Centres de Santé.....198

Liste des Figures

Figure 1. Sous-composantes du projet PRD mené au Sud-Kivu, RDC.....	44
Figure 2. Liens entre les approches méthodologiques utilisées et l'objet de la recherche doctorale.....	74
Figure 3. Le CCIC (Context and Capabilities for Integrating Care) et le Rainbow Model adapté pour l'analyse organisationnelle et l'analyse d'implémentation d'activités	88
Figure 4. Interventions menées dans 3 centres de santé pour offrir des soins selon un modèle BPS.....	96

Résumé de la thèse

Cette thèse explore les conditions de mise en œuvre d'une approche de soins se basant sur un modèle biopsychosocial (BPS) dans les centres de santé (CS) du Sud-Kivu, en République Démocratique du Congo (RDC). Elle s'inscrit dans un contexte où les soins de santé primaires (SSP), en particulier dans les pays à faibles revenus, nécessitent des approches qui intègrent les dimensions biologiques, psychologiques et sociales pour répondre aux besoins complexes des populations.

La thèse est structurée en trois parties principales. La première partie introduit la problématique de l'offre de soins dans la première ligne en RDC, identifie les concepts clés et présente une méthodologie qualitative descriptive et évaluative. L'objectif est d'examiner les barrières et les facilitateurs à l'adoption du modèle BPS, tout en évaluant son impact sur les pratiques des agents de santé et la qualité des services.

La deuxième partie présente les résultats de quatre études complémentaires.

La première étude menée dans six CS urbains et ruraux, a utilisé sept focus groups avec 29 prestataires pour identifier les obstacles et leviers de l'adoption du modèle BPS. Les discussions ont révélé des malentendus concernant le concept BPS, une utilisation limitée des visites à domicile, mais aussi des facilitateurs comme l'accessibilité des informations sur les patients et la dynamique des équipes de soins.

La deuxième étude a mobilisé le Context and Capabilities for Integrating Care (CCIC) comme cadre théorique pour évaluer la capacité organisationnelle de six CS à intégrer le modèle BPS. En combinant observations et entretiens avec les parties prenantes, elle a identifié des forces dans les structures physiques et humaines, mais des faiblesses dans la gouvernance organisationnelle et l'engagement des patients.

La troisième étude basée sur la Normalization Process Theory (NPT), a analysé l'adhésion des prestataires au modèle BPS à travers des entretiens semi-directifs auprès de 28 agents de santé. Les résultats ont mis en lumière une réception globalement positive de l'approche et ont souligné l'importance des formations et des réunions d'équipe pour renforcer les compétences en soins holistiques.

La quatrième étude a utilisé une approche longitudinale sur quatre ans pour documenter les évolutions dans six CS à travers quatre zones de santé (ZS). L'analyse thématique a révélé des avancées significatives, notamment le passage à une documentation intégrant les dimensions BPS, des discussions de cas orientées vers des soins holistiques, et l'engagement communautaire à travers des activités de solidarité et des visites à domicile.

La troisième partie synthétise les résultats, abordant les implications méthodologiques et théoriques, et propose des recommandations. La discussion générale met en lumière les défis persistants (résistances au changement, besoins en formation) et les opportunités (soutien organisationnel, adaptation au contexte local) pour une implémentation durable du modèle BPS.

En conclusion, cette thèse souligne le potentiel d'un modèle BPS pour améliorer la qualité des soins et l'expérience des patients dans des contextes fragiles comme celui de la RDC. Le renforcement des capacités organisationnelles et humaines des CS apparaît crucial pour assurer le succès de cette transition vers une offre de soins plus adaptée et centrée sur les besoins des populations.

Mots-clés : Modèle biopsychosocial; Offre de soins ; Barrières et facilitateurs; Soins de santé primaires ; Centres de santé; Sud-Kivu; République Démocratique du Congo

Thesis content

This thesis explores the conditions for implementing a biopsychosocial (BPS) model in health centers in South Kivu, Democratic Republic of Congo (DRC). It is set in a context where primary health care (PHC), particularly in low-income countries, requires approaches that integrate biological, psychological, and social dimensions to meet the complex needs of populations.

The thesis is structured in three main parts. The first part introduces the issue of front-line healthcare provision in the DRC, identifies key concepts, and presents a qualitative descriptive and evaluative methodology. The aim is to examine the barriers and facilitators to adopting the BPS model while assessing its impact on health workers' practices and the quality of services.

The second part presents the results of four complementary studies.

The first study conducted in six urban and rural healthcare centers used seven focus groups with 29 providers to identify obstacles and facilitators to adopting the BPS model. Discussions revealed misunderstandings about the BPS concept and limited use of home visits but also highlighted facilitators such as accessibility of patient information and care team dynamics.

The second study utilized the Context and Capabilities for Integrating Care (CCIC) as a theoretical framework to assess the organizational capacity of six HCs integrating the BPS approach. Combining observations, document reviews, and stakeholder interviews identified strengths in physical and human resources but weaknesses in organizational governance and patient engagement.

Based on the Normalization Process Theory (NPT), the third study analyzed provider adherence to the BPS model through semi-directive interviews with 28 health workers. The results highlighted an overall positive reception of the approach and underlined the importance of training and team meetings to reinforce holistic care skills.

The fourth study used a four-year longitudinal approach to document developments in six HC across four health zones. Thematic analysis revealed significant advances, including a shift to documentation integrating BPS dimensions, case discussions oriented towards holistic care, and community engagement through solidarity activities and home visits.

The third part synthesizes the results, addresses methodological and theoretical implications, and proposes recommendations. The general discussion highlights persistent challenges (resistance to change, training needs) and opportunities (organizational support, adaptation to local context) for sustainable implementation of the BPS model.

In conclusion, this thesis highlights the potential of a BPS model to improve the quality of care and patient experience in fragile contexts such as the DRC.

Despite the challenges, strengthening the organizational and human capacities of HC appears crucial to ensure the success of this transition towards a more adapted care offering focused on the population's needs.

Keywords: Biopsychosocial model; Supply of care; Barriers and facilitators; Primary health care; Health centers; South Kivu; Democratic Republic of Congo

PARTIE 1. PRESENTATION DU TRAVAIL

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION GENERALE

Le présent chapitre aborde la problématique en se basant sur l'organisation des soins primaires et le focus sur l'approche biomédicale et ses limites du changement dans l'offre de soins en première ligne au Sud Kivu tout en décrivant le contexte de fonctionnement de l'offre de soins en République Démocratique du Congo (RDC). Il traite ensuite de la question de recherche et des objectifs de la thèse.

A) PROBLEMATIQUE

1. Soins de santé primaire en Afrique subsaharienne: que retenir de son fonctionnement en première ligne de soins?

La Déclaration d'Alma-Ata de 1978 a défini les soins de santé primaires (SSP) comme des soins essentiels, scientifiquement fondés et socialement acceptables, universellement accessibles et abordables pour les communautés.(1,2)

Les SSP mettent l'accent sur la participation, l'autonomie et l'autodétermination de la communauté, qui constitue le premier point de contact avec le système de santé. Ils font partie intégrante du développement économique et social et s'alignent étroitement sur les objectifs du Millénaire pour le développement en ce qui concerne des principes tels que l'équité sociale et l'intersectorialité.(3)

Ils jouent un rôle essentiel en Afrique subsaharienne où ils constituent le niveau fondamental de la prestation de soins de santé tout en visant à fournir des services de santé accessibles, complets et essentiels aux communautés qui abordent les aspects préventifs et curatifs de la santé.

Ainsi, ils reposent sur une approche intégrée qui va au-delà de la simple prise en charge des maladies pour englober la promotion de la santé, la prévention et l'implication communautaire.

Les SSP sont donc conçus pour garantir un accès équitable et universel aux services de santé essentiels en englobant la prévention, la promotion de la santé, la prise en charge des maladies et la réhabilitation tout en mettant l'accent sur la participation communautaire et l'adaptation aux contextes locaux.(4)

Les structures primaires sont souvent le premier point de contact pour les personnes à la recherche de soins, et elles ont la responsabilité de fournir des services de santé essentiels à des populations vastes et diverses. Cependant, les approches traditionnelles qu'elles proposent ont souvent été orientées vers la maladie, se concentrant principalement sur les aspects biomédicaux tout en négligeant les dimensions psychosociales et culturelles plus larges de la santé.

Leur mise en œuvre effective reste largement dominée par une approche biomédicale centrée sur le diagnostic et le traitement des pathologies, souvent au détriment d'une prise en charge plus globale du bien-être des individus et des communautés.

Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, cette prédominance biomédicale se traduit par des systèmes de soins principalement axés sur la gestion des maladies infectieuses et des urgences médicales, avec un financement et des ressources majoritairement orientés vers ces priorités.(5) Cette approche, bien que cruciale dans la lutte contre des pandémies comme le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme tout comme l'amélioration de la survie maternelle et infantile, montre ses limites face à des enjeux de santé plus complexes, tels que les maladies chroniques, la santé mentale et les déterminants sociaux de la santé.(6)

L'urbanisation croissante, les changements climatiques, l'insécurité alimentaire et les conflits prolongés accentuent la précarité des populations, exposant de nombreuses communautés à des troubles psychosociaux, à la dépression et au stress chronique.(7) Pourtant, ces dimensions de la santé restent souvent marginales dans les politiques de santé publique, en raison d'un manque de formation des prestataires, de financements insuffisants et d'une stigmatisation persistante des troubles mentaux.(6)

Dans les contextes marqués par des crises humanitaires récurrentes, des inégalités socio-économiques profondes et une forte diversité culturelle, ces limites sont particulièrement visibles. Les populations sont confrontées à des vulnérabilités multiples – pauvreté, insécurité alimentaire, stress psychosocial – qui influencent profondément leur état de santé, mais qui ne sont pas toujours prises en compte par le système de santé formel.(8) Les traumatismes liés aux conflits et aux violences basées sur le genre sont omniprésents.(9) Une approche strictement biomédicale ne suffit donc pas à répondre aux besoins des patients, d'autant plus que ces troubles influencent directement l'adhésion aux soins et l'évolution des maladies chroniques.

En outre, les systèmes de santé qui intègrent les déterminants psychosociaux et communautaires dans la prise en charge tendent à obtenir de meilleurs résultats en matière d'accès aux soins et d'efficacité des interventions.(10)

L'implication des familles, des groupes de soutien et des structures communautaires dans les parcours de soins améliore la gestion des maladies chroniques et favorise une meilleure observance des traitements.(11)

Plusieurs études en Afrique de l'Ouest et en Afrique de l'Est ont démontré que les programmes de santé mentale intégrés aux SSP – combinant soins médicaux et soutien psychosocial – augmentent considérablement la résilience des populations et réduisent la charge de morbidité associée aux troubles mentaux.(12)

De plus, l'intégration des savoirs locaux, y compris la médecine traditionnelle et les approches holistiques du bien-être, permettrait de répondre à des attentes culturelles fortes tout en renforçant la confiance entre les soignants et la population.(13)

Par ailleurs, il existe une coexistence entre la médecine conventionnelle et les pratiques traditionnelles de soins. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 80 % des populations en Afrique subsaharienne font appel à la médecine traditionnelle sous diverses formes – phytothérapie, soins spirituels, guérison par les rituels – souvent en complément des services biomédicaux.(14)

Dans certaines communautés, les tradipraticiens jouent un rôle clé dans l'accompagnement des patients, en particulier pour les troubles psychosociaux et les maladies chroniques.(15) Cependant, cette réalité est rarement intégrée dans l'organisation des SSP, où les soignants formés en biomédecine peuvent percevoir ces pratiques comme inefficaces, voire nuisibles, au lieu de les considérer comme des ressources potentielles pour une approche plus holistique de la santé.(16)

Les défis liés à cette dualité des systèmes de soins se manifestent notamment par un manque de coordination entre les services biomédicaux et les acteurs traditionnels de la santé, une réticence des professionnels de santé à inclure d'autres dimensions de la prise en charge (sociale, psychologique, culturelle), et des politiques publiques qui peinent à intégrer ces pratiques dans une approche complémentaire des SSP.(17)

Des recherches menées en Éthiopie ont montré qu'il est essentiel de comprendre les croyances et les pratiques culturelles pour fournir des soins vraiment basés sur les désirs et les attentes des personnes. La prise en compte du bien-être psychosocial des patients est particulièrement pertinente en Afrique subsaharienne, où la stigmatisation liée à certains problèmes de santé peut dissuader les individus de se faire soigner.(18,19)

Des études de terrain et des revues systématiques ont montré que la transition d'une approche exclusivement biomédicale vers une approche intégrant des dimensions psychosociales et communautaires permet d'améliorer significativement la qualité des soins et les résultats en santé. Par exemple, plusieurs programmes pilotes menés en Afrique de l'Est et en Asie du Sud-Est ont intégré des services de santé mentale et de soutien psychosocial dans les structures de soins primaires, ce qui a conduit à une meilleure détection des troubles mentaux et à une amélioration de l'adhésion aux traitements pour des maladies chroniques.(20,21)

Ces initiatives, souvent mises en œuvre dans des contextes de ressources limitées, ont permis de réduire la stigmatisation associée aux troubles mentaux et de renforcer la capacité des systèmes de santé à répondre aux besoins globaux des populations, en tenant compte des facteurs sociaux, économiques et culturels.

Par ailleurs, l'implication des acteurs communautaires et des praticiens de la médecine traditionnelle a permis d'adapter les interventions aux réalités locales, améliorant ainsi la pertinence et l'acceptabilité des soins dispensés.(22,23)

Dans certains pays comme en RDC, le Ministère de la Santé a créé une direction en charge de la médecine traditionnelle qui analyse la pratique et la pharmacopée de la médecine traditionnelle tout en les utilisant parfois comme relais communautaires.(24)

D'autres études comparatives mettent également en évidence que l'intégration d'une approche holistique dans les soins de santé primaire favorise une meilleure coordination entre les services de soins, une plus grande efficacité des interventions et une réduction des inégalités en santé. Par exemple, une analyse réalisée dans plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire a révélé que les systèmes de santé adoptant des modèles intégrés – combinant les soins médicaux, la santé mentale et la promotion de la santé – obtenaient de meilleurs indicateurs de santé publique, notamment en termes de prévention des maladies et de gestion des comorbidités.(7,25)

Ces résultats soulignent l'importance d'un changement de paradigme qui reconnaît la complexité des déterminants de la santé et qui promeut une approche interdisciplinaire et participative. En s'appuyant sur ces preuves empiriques, il apparaît crucial de réorienter les SSP afin qu'ils ne se limitent pas au traitement des pathologies, mais qu'ils englobent également des stratégies de prévention, de promotion du bien-être et d'accompagnement psychosocial, afin de répondre de manière plus complète aux besoins des populations.

Dès lors, il devient essentiel d'explorer les mécanismes susceptibles d'améliorer la mise en œuvre actuelle des SSP en intégrant une vision plus large de la santé, tenant compte des réalités sociales, économiques et culturelles des populations. Face à ces défis, la réflexion qui pourrait être menée concernerait la manière dont on peut transformer la prestation des soins de santé primaires à travers une approche différente de soins. Cette dernière se proposerait de mettre l'accent non plus sur le simple traitement de la maladie, mais sur des soins qui tiennent compte des besoins, des préférences et des aspects psychosociaux propres à chaque personne.

Mettre en œuvre une telle approche dans les SSP implique de reconnaître les patients comme des partenaires actifs dans leurs soins. La manière de prodiguer de soins basés sur les besoins et les attentes des personnes est déterminante pour obtenir des résultats positifs tels que rapportés dans divers contextes.(26)

Un modèle réussi de soins primaires/secondaires intégrés pour la gestion du diabète en Australie a démontré l'importance de l'accessibilité, de la communication de soutien et du sentiment des patients de faire partie de l'équipe de soins.(27) Ce modèle de soins amélioré reconnaît que les soins de santé vont au-delà du traitement médical. Il prend en compte les facteurs psychosociaux, culturels et économiques qui influencent la santé et le bien-être en les considérant comme des problèmes à la fois médicaux et psychosociaux ou biopsychosociaux (BPS).

Toutefois, la mise en œuvre de soins orientés vers les problèmes BPS des personnes se heurte encore à des difficultés. Les prestataires de soins de santé manquent souvent de la formation et des compétences nécessaires pour mettre en œuvre efficacement des soins basés sur un modèle.(28,29) La résistance au changement des prestataires, en particulier ceux qui sont formés aux modèles biomédicaux traditionnels, entrave l'adoption de nouvelles pratiques de soins. Les barrières culturelles et linguistiques entre les prestataires et les patients peuvent entraver la compréhension des besoins biopsychosociaux des patients.(28)

Malgré ces difficultés, il est possible de tirer parti des modèles de soins existants et des réseaux d'agents de santé communautaires pour développer d'autres approches de soins.(30)

II. Les réformes dans le système de santé fragilisent l'offre de soins en première ligne en RDC

La RDC, comme beaucoup d'autres pays africains, a hérité d'un système de santé fortement influencé par la période coloniale. Durant cette période, les soins de santé étaient principalement orientés sur base de la démographie et la protection de la main d'œuvre indigène avec la prolifération des cliniques mobiles et un hôpital dans chaque territoire.(31) Après l'indépendance en 1960, la RDC, alors appelée Congo et ensuite Zaïre, a entrepris de nombreuses réformes pour adapter son système de santé aux besoins de sa population. L'une des initiatives les plus marquantes fut l'introduction des districts sanitaires (DS), appelées zones de santé (ZS) et des politiques de SSP dans les années 1980, sous l'impulsion de l'OMS et de la déclaration d'Alma-Ata en 1978.(32–34)

Ces DS (actuellement ZS) étaient conçus comme des unités opérationnelles autonomes, capables de fournir des soins de santé de base à toute la population, en mettant l'accent sur l'accès équitable, la participation communautaire, et une approche intégrée des soins.

Les SSP étaient alors envisagés comme un ensemble de services essentiels, allant de la prévention et de la promotion de la santé à des soins curatifs et adaptatifs, répondant aux besoins de santé des individus tout au long de leur vie.(35)

Cependant, au fil du temps, cette vision holistique des SSP a été progressivement détournée en faveur d'une approche sélective des soins. Cette déviation a été largement encouragée par les bailleurs de fonds internationaux et les programmes verticaux qui ont mis l'accent sur des priorités spécifiques, telles que le contrôle de certaines maladies transmissibles (comme le VIH/SIDA, la tuberculose, et le paludisme) et les programmes de santé maternelle et infantile. Si ces interventions ont permis de faire face à des urgences sanitaires et d'obtenir des résultats notables dans la réduction de la mortalité infantile et la lutte contre les maladies, elles ont néanmoins eu des effets pervers sur l'ensemble du système de santé.(36,37)

L'approche sélective a conduit à une fragmentation des services de santé, où les ressources humaines, financières, et logistiques étaient prioritairement allouées aux programmes verticaux, souvent au détriment des autres besoins de santé de la population. Cette situation a contribué à affaiblir la continuité des soins, en rendant les services de santé moins capables de répondre de manière globale aux besoins des patients. Par ailleurs, l'accent mis sur la santé mère-enfant a parfois marginalisé d'autres groupes de population et d'autres aspects essentiels de la santé, tels que la santé mentale, les maladies non transmissibles, et les soins de longue durée pour les pathologies chroniques.(38,39)

Dans le contexte de la RDC, cette approche fragmentée est particulièrement problématique, car elle ne prend pas en compte les réalités complexes et interconnectées des problèmes de santé auxquels les communautés sont confrontées. Dans des provinces comme le Sud-Kivu, marquées par des décennies de conflits, d'instabilité politique, et de pauvreté généralisée, les besoins en soins de santé dépassent largement les aspects biomédicaux.

La santé des individus est intrinsèquement liée à des facteurs psychosociaux, économiques, et environnementaux, qui influencent leur bien-être général.(40–42)

Ainsi, il devient impératif de réorienter le système de santé vers une approche plus intégrée, qui combine la logique communautaire avec les besoins et attentes de la personne. Cette dernière permettrait de mieux répondre aux besoins des individus et des communautés, en intégrant les dimensions psychologiques et sociales à la prise en charge médicale.

III. L'actuelle offre de soins en première ligne pourrait être redéfinie autrement

La RDC est en train de réformer son système de santé afin d'améliorer la prestation et la gestion des soins de santé. Au niveau des soins primaires, des efforts sont déployés pour mettre en œuvre une approche de soins axée sur les besoins des personnes et le renforcement des capacités organisationnelles.(43)

Le niveau intermédiaire a vu l'introduction d'une approche de fonds communs pour améliorer la gestion des ressources et la collaboration entre les partenaires techniques et financiers.(44)

La structure du système de santé reflète l'organisation politique et administrative du pays, avec une structure pyramidale et des responsabilités décentralisées.(45)

Pour renforcer le système de santé, le ministère de la Santé réforme l'administration provinciale de la santé afin de soutenir les équipes de gestion sanitaire des districts par le biais du renforcement des capacités.(46) Ces réformes en cours visent à créer un système de santé plus réactif et plus efficace en RDC.

Depuis 2015, le fonctionnement des organes techniques et opérationnels du Ministère de la Santé en RDC a été repensé pour introduire des changements dans l'organisation des niveaux national (le Secrétariat Général, l'Inspection Générale et 6 directions centrales) et provincial (47–49).

Ce processus de réforme en cours pourrait être une opportunité de réfléchir à une approche de soins davantage en lien avec les attentes des utilisateurs des services par rapport au système de soins. Cette approche ne signifie pas nécessairement de nouvelles activités ou services, mais plutôt une manière différente de les offrir.

Cela impliquerait notamment de mieux envisager la communication des communautés avec le système de soins de santé et d'influer ainsi positivement sur la globalité des soins.

L'environnement socio-économique et les dynamiques communautaires du Sud-Kivu influencent également la relation entre les patients et les prestataires de soins. Les populations locales, particulièrement vulnérables en raison des conflits armés, de la pauvreté et de l'isolement géographique, nécessitent une approche de soins qui tient compte de leurs réalités sociales et psychologiques. Pourtant, la première ligne de soins, généralement le premier point de contact avec le système de santé, est souvent la plus touchée par une pénurie de personnel qualifié, les professionnels préférant travailler en milieu urbain ou dans le secteur privé, qui offre de meilleures conditions de travail et des rémunérations plus sûres.(50–52)

Enfin, la coexistence du secteur privé et des structures publiques de santé crée une dynamique qui favorise la marchandisation des soins. Dans ce contexte, les CS sont souvent contraints de prioriser des services rentables, au détriment d'une prise en charge globale des personnes.(53) Cette situation, exacerbée par la concurrence pour les ressources limitées, complique la mise en œuvre des soins BPS dans les CS qui servent la majorité de la population du Sud-Kivu.

Ainsi, proposer un changement dans l'offre des soins dans les CS nécessite de bien définir le contenu du changement attendu, tout en prenant en compte les différentes composantes du système de santé, sa complexité, et les interactions entre les différents acteurs. Une telle approche pourrait permettre de mieux répondre aux besoins de la population tout en intégrant les soins psychologiques et sociaux essentiels pour une prise en charge adaptée aux besoins.

En conclusion, la problématique centrale de cette thèse réside dans la nécessité de dépasser l'approche sélective actuelle, pour adopter une approche de soins plus BPS qui prenne en compte la complexité des besoins de santé en RDC. Ce changement de paradigme est essentiel pour renforcer la première ligne de soins, rendre le système de santé plus équitable et plus réactif, et améliorer globalement le bien-être des populations.

Dans les lignes qui suivent, nous allons développer les éléments du contexte particulier de la RDC qu'il est essentiel de considérer dans la perspective d'un changement d'offre de soins dans les structures primaires.

B) CONTEXTE

IV. Structuration du Système de Santé en RDC et rôle du Centre de Santé

Le système de santé en RDC est structuré selon un modèle pyramidal, où les CS occupent une place centrale en tant que premier point de contact entre la population et les services de santé formels conçus pour offrir une gamme complète.

Ces soins primaires incluent la prévention, la promotion de la santé, le diagnostic et le traitement des maladies courantes, la réhabilitation ainsi que la référence des cas plus complexes vers des niveaux de soins plus élevés. Leur mission initiale est de fournir des soins de proximité, adaptés aux besoins de santé des communautés qu'ils desservent, tout en assurant un suivi continu et intégré des patients.(32),(45),(54)

Le rôle du CS en RDC est crucial dans l'architecture du système de santé, notamment en raison de sa capacité à gérer les soins courants au niveau local. Il est censé être le pilier des soins de santé primaires, en offrant des services essentiels accessibles à la majorité de la population, y compris dans les zones rurales.

Il est également chargé de la mise en œuvre des programmes de santé publique tels que la vaccination, la santé maternelle et infantile, ainsi que la lutte contre les maladies endémiques.(47)

Cependant, le fonctionnement des CS a été significativement influencé par plusieurs facteurs qui les ont progressivement détournés de leur mission première.

En raison des pressions exercées par les programmes de santé verticaux, souvent financés par des bailleurs de fonds internationaux, ces centres se concentrent de plus en plus sur des interventions spécifiques, souvent au détriment des soins globaux et continus, qui tendent à monopoliser les ressources et les efforts, au risque de négliger d'autres aspects de la santé communautaire. (39),(54)

De plus, la relation des CS avec les autres niveaux de soins dans le système est structurée autour d'un mécanisme de référence et de contre-référence. Idéalement, les patients qui nécessitent des soins plus spécialisés devraient être orientés vers les centres de santé de référence (CSR) ou les hôpitaux généraux de référence (HGR). Cependant, en pratique, cette relation est souvent compromise par des limitations logistiques, des ressources humaines insuffisantes, et une coordination inadéquate. Les CS manquent souvent des moyens nécessaires pour assurer un suivi adéquat des patients référés, ce qui affaiblit la continuité des soins et nuit à l'efficacité du système de santé dans son ensemble.(55)

L'offre de soins en RDC, bien qu'elle soit définie par des politiques nationales qui préconisent une approche intégrée et équitable, est souvent fragmentée dans sa mise en œuvre. Censés offrir un Paquet Minimum d'activités (PMA) incluant des soins préventifs, curatifs, promotionnels et communautaires, les CS se retrouvent à fonctionner dans des conditions précaires. Les défis incluent le manque de personnel qualifié, une disponibilité irrégulière des médicaments essentiels, et des infrastructures inadéquates.(56),(57)

De plus, les incitations financières introduites par certains bailleurs, qui se concentrent sur des indicateurs de performance spécifiques, ont contribué à un glissement vers une offre de soins davantage axée sur les aspects biomédicaux au détriment de l'approche globale du patient.(58)

Ce détournement de la mission initiale des CS a des répercussions sur leur capacité à répondre aux besoins de la population. Au lieu de fonctionner comme des points d'entrée polyvalents dans le système de santé, ils sont de plus en plus spécialisés dans des interventions verticales, ce qui limite leur efficacité dans la gestion des problèmes de santé courants et la satisfaction des besoins globaux des patients. La surspécialisation de certaines maladies ou groupes de population a réduit la portée des soins offerts, limitant l'accès à des services de santé intégrés et continus pour l'ensemble de la communauté.(59),(60)

En somme, le CS est à la croisée des chemins entre sa mission historique de fournir des SSP accessibles et une réalité où les pressions externes et internes l'ont dévié de ce rôle. Les défis liés à l'accomplissement de cette mission, notamment dans un contexte aussi complexe que celui du Sud-Kivu marqué par l'insécurité et l'accès géographique difficile dans certaines ZS, nécessitent une réévaluation des stratégies de mise en œuvre des soins.

La proposition d'une offre de soins prenant en compte les besoins à la fois médicaux, psychologiques et sociaux des individus pourrait ainsi représenter une opportunité pour recentrer les activités des CS sur une approche plus globale, capable de répondre aux attentes des individus tout en renforçant la continuité et l'efficacité des SSP.

V. Défis sécuritaires en RDC et particularités du Sud-Kivu

La situation sécuritaire en RDC est un facteur déterminant pour la santé publique, surtout dans l'Est du pays, y compris la province du Sud-Kivu. Depuis plus de deux décennies, cette région est marquée par des conflits armés, des déplacements massifs de populations, et une insécurité persistante. Les conséquences de cette instabilité se manifestent par la destruction des infrastructures de santé, la fuite du personnel qualifié, et la perturbation des services de base. De plus, les conflits ont engendré une crise humanitaire, avec des besoins accrus en matière de soins de santé pour les populations déplacées et affectées par la violence.(50)

Dans ce pays aux prises avec des problèmes sociopolitiques complexes, l'accès aux soins de santé est particulièrement difficile, surtout dans les zones reculées. Les barrières géographiques, ainsi que l'insuffisance des moyens de transport, exacerbent les difficultés d'accès aux établissements de soins de santé primaires.

Le Sud-Kivu est l'une des provinces les plus affectées par cette situation. La présence de groupes armés (FDLR ; Maï-Maï Yakutumba, Biloze-Bishambuke Ebuela, Twirwaneho et Malaika ; Raia Mutomboki, M23, RED Tabara, FNL), les tensions intercommunautaires, et la faiblesse de l'autorité étatique rendent l'accès aux soins de santé particulièrement difficile.(50,61) Les CS dans cette province sont souvent confrontés à de gros challenges tels que le manque de sécurité pour le personnel et les patients, la pénurie de médicaments et de matériel médical, et l'insuffisance des infrastructures.

Malgré ces défis, ils restent un pilier essentiel pour les services de santé de première ligne, servant une population qui en dépend fortement pour des soins primaires, dans un contexte où les hôpitaux sont souvent éloignés ou inaccessibles. (54)

Au Sud-Kivu, les programmes de santé sont souvent soutenus par des organisations et des agences internationales pour pallier les insuffisances du système public. Ces initiatives couvrent divers besoins, notamment les soins maternels et infantiles, la nutrition, la santé mentale, et la lutte contre les épidémies. Cependant, la dépendance aux financements externes et l'accent mis sur des programmes verticaux spécifiques peuvent parfois réduire l'efficacité globale en détournant les ressources des soins intégrés nécessaires pour répondre aux besoins locaux. (51),(62)

VI. Organisation de l'offre de soins en RDC et au Sud-Kivu et perspectives de réorganisation de l'offre

Le modèle de fonctionnement du système de santé en RDC repose sur une offre de soins combinant des prestations de services dans le cadre de programmes de santé axés soit sur le contrôle des maladies dans la population générale, soit sur la prise en charge des soins pour des populations spécifiques, comme les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Dans ce modèle, les structures de soins sont évaluées en fonction de leur capacité à répondre rapidement et efficacement aux maladies rencontrées dans la communauté, selon le niveau de prestation défini par le Ministère de la Santé.

Cela se traduit par une attention excessive aux aspects curatifs de l'organisation des soins, combinée à des activités de prévention, particulièrement au niveau des structures de soins de santé de premier échelon.(43),(63)

Les normes du Ministère de la Santé prévoient que le CS soit le premier point de contact entre le malade et le système formel de soins de santé. Si la population a des besoins qui ne peuvent être couverts par le CS, ceux-ci sont pris en charge par un système de référence, dont l'objectif est d'organiser la circulation des patients et de l'information, du CS vers le CSR, puis l'HGR et enfin l'hôpital provincial. Des prestataires qualifiés sont habilités à offrir un paquet de services de soins de santé intégrés et adaptés à chaque niveau du système de soins.(54),(64)

Cependant, en pratique, de nombreux patients ne suivent pas ce parcours de soins structuré tel que prévu dans la politique de santé. Ils recourent souvent, en plus des structures formelles, à des établissements ou prestataires informels.(65) Les utilisateurs des services de soins peuvent décider de ne pas utiliser le parcours classique pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, les personnes atteintes d'une pathologie, en particulier chronique, estiment qu'elles doivent non seulement recevoir un traitement adéquat, mais aussi pouvoir gérer les handicaps ou incapacités tout en poursuivant leurs objectifs de vie. Le système actuel de soins ne semble pas répondre à ces attentes.

Ensuite, vivre au quotidien avec une pathologie peut influencer négativement sur les composantes psychologiques et sociales des individus. Les effets sur leur entourage direct et les revenus des ménages sont également significatifs, mais l'offre actuelle de soins ne prend pas suffisamment en compte ces aspects dans la prise en charge des communautés.(66),(67)

Ainsi, les utilisateurs des services se trouvent face à un système de soins qui n'est pas nécessairement préparé à intégrer des soins globaux, correspondant réellement aux priorités de vie, aux capacités et aux besoins des personnes. Dans ce modèle de prise en charge, les CS en première ligne de soins devraient jouer un rôle central dans la prestation des services.

Cependant, il est constaté que l'approche actuelle ne répond ni aux besoins ni aux attentes des individus et de la population, car elle se limite à la prise en compte des maladies, en les déconnectant d'autres composantes essentielles, telles que les dimensions psychologiques, sociales et économiques.(43),(50)

Pour changer d'approche de soins dans les CS, il sied donc de sonder en profondeur son organisation actuelle pour déterminer le modèle de soins qui puisse intégrer une vision BPS de la santé des personnes. Dans les lignes suivantes, nous allons décrire les grandes lignes d'un projet de recherche sur le changement d'approche de soins en première ligne dans lequel s'inscrit notre recherche doctorale.

C) GENESE D'UN PROJET DE RECHERCHE ET DE DEVELOPPEMENT SUR LE CHANGEMENT D'APPROCHE DE SOINS EN PREMIERE LIGNE DE SOINS

Un projet de recherche et développement (PRD), financé par la coopération belge (ARES-CCD), est né de la collaboration entre des chercheurs de l'École Régionale de Santé Publique de l'Université Catholique de Bukavu (ERSP-UCB) et des institutions académiques belges telles que l'École de Santé publique de l'Université Libre de Bruxelles (ESP-ULB) et l'Institut de Recherche Santé et Société de l'Université Catholique de Louvain (IRSS-UCL). En s'appuyant sur des bases de données existantes et sur des collaborations avec des structures locales comme la Division Provinciale de la Santé (DPS) et l'ONG Louvain Développement (devenue entretemps Louvain Coopération), il cible l'organisation des soins de santé, notamment pour le couple mère-enfant malnutri et les maladies chroniques. Par ailleurs, il s'appuie sur des initiatives déjà en place, comme la prise en charge des personnes âgées ou l'intégration de la santé mentale dans les soins primaires.

Le contexte du projet met en évidence les défis sanitaires en RDC, notamment l'accès limité aux soins, la malnutrition persistante et la prévalence croissante des maladies chroniques comme le diabète et l'hypertension. Malgré les réformes visant la décentralisation du système de santé, des lacunes subsistent, notamment en termes de financement et de qualité des soins. Au Sud-Kivu, où le projet s'est déroulé, la malnutrition chronique touche 53 % des enfants, et les maladies chroniques sont en augmentation. Le projet vise donc à améliorer la prise en charge des besoins BPS (ou situations psycho-médicosociales complexes – PMS au début du projet), en particulier chez le couple mère-enfant malnutri et les adultes atteints de maladies chroniques, en renforçant les compétences des professionnels de santé et en intégrant une approche plus globale et interdisciplinaire des soins.

Ce PRD visait à changer l'approche de priorisation et d'organisation des soins de santé au niveau des CS. L'objectif est de structurer une approche plus intégrée des soins, prenant en compte non seulement les aspects médicaux, mais aussi les dimensions psychosociales et organisationnelles du système de santé. La nouvelle approche utiliserait les dimensions BPS des personnes pour prioriser les soins et viserait également à renforcer la cohésion communautaire (solidarité) en plus des soins aux individus. Elle permettrait également d'opérationnaliser les SSP d'une manière différente, en fonction des besoins des individus et de leurs caractéristiques spécifiques dans chaque communauté.

En tenant compte des ressources limitées, des dynamiques communautaires et des particularités culturelles, ce modèle pourrait offrir des solutions novatrices pour répondre aux attentes et améliorer les conditions de vie des populations de cette région. En se focalisant sur une approche combinant les logiques communautaire et holistique comme le modèle BPS, il est possible de repenser l'organisation des soins en RDC pour qu'elle soit plus réceptive aux besoins réels de la population.

Cela implique non seulement de renforcer la capacité des centres de santé à fournir des soins globaux et continus, mais aussi d'encourager une plus grande participation des communautés à la planification et à la mise en œuvre des services de santé.

En prenant en compte les attentes et les besoins des utilisateurs, tout en intégrant les soins psychologiques et sociaux aux services médicaux, ce modèle pourrait contribuer à améliorer significativement la qualité et l'efficacité des soins en RDC, notamment dans les zones les plus vulnérables comme le Sud-Kivu.

Les principales parties prenantes reconnues dans l'organisation des soins sont le ministère de la santé, dont l'autorité est la plus décentralisée, l'ECZ, les organismes donateurs (principalement internationaux) et les parties prenantes locales au niveau des CS (du côté des prestataires et de la communauté).

Leurs fortes influences sont perceptibles au niveau de l'organisation des soins dans les CS ainsi que dans l'accompagnement des membres de la communauté.

Afin de changer la forme de prestation de soins au niveau du centre de santé, le PRD a développé trois sous-composantes :

- une sous-composante sous forme d'étude épidémiologique pour renseigner sur l'importance en termes de fréquence et de gravité des problèmes BPS rencontrés dans les Aires de Santé couvertes par des CS.
- une sous-composante sous forme d'étude longitudinale pour explorer les liens entre problèmes nutritionnels vécus durant l'enfance
- une sous-composante évaluant les possibilités de changement dans l'offre de soins au niveau du centre de santé en faveur du modèle BPS.

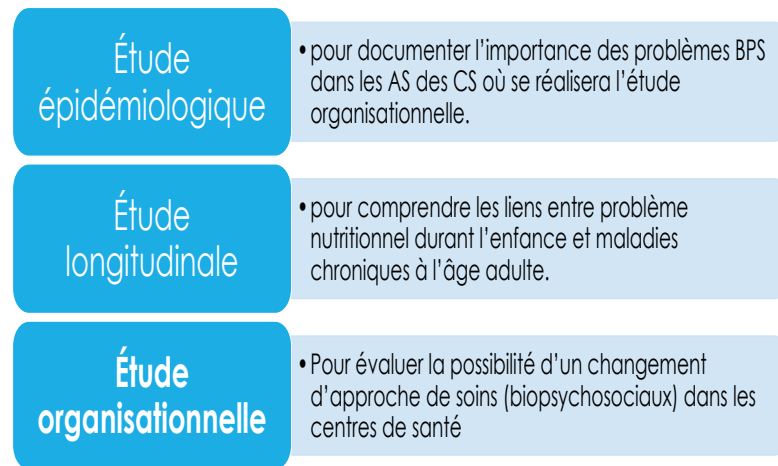


Figure 1. Sous-composantes du projet PRD mené au Sud-Kivu, RDC

Les deux premières composantes ont abouti à deux thèses de doctorat défendus et soutenus en public par des doctorants de l'UCL et de l'ULB provenant de l'UCB.

Dans notre thèse, nous nous sommes penchés sur la sous-composante en lien avec les changements dans l'organisation des soins au centre de santé en envisageant la possibilité de l'implémentation d'interventions selon un modèle BPS en première ligne de soins.

En s'appuyant sur différents travaux, elle vise à explorer les moyens par lesquels ces défis peuvent être surmontés au Sud-Kivu, en se concentrant sur les perspectives des fournisseurs et des bénéficiaires de soins, et en tirant des leçons qui pourraient être appliquées dans d'autres contextes similaires

D) THEORIE DU CHANGEMENT PROPOSEE DANS LES CENTRES DE SANTE

Une théorie du changement propose les relations causales qui pourraient expliquer comment des actions, dans un contexte donné seraient à même de produire une série de résultats qui contribuent à la réalisation des impacts définis.(68,69)

Le concept « théorie du changement » a été beaucoup discuté et approfondi dans la dernière décennie du 20ème siècle surtout dans les théories de changement social et des programmes d'évolution. En tentant d'expliquer comment et pourquoi une initiative marche, elle est développée et améliorée au fur et à mesure avec les différentes parties prenantes.(70)

Elle a été utilisée dans plusieurs contextes pour la conception et l'évaluation des programmes complexes de développement dans plusieurs domaines dont la santé, le plus souvent associés à d'autres cadres conceptuels.(69,71)

Dans la perspective de cette recherche menée sur les changements envisageables dans l'organisation des soins, le PRD a prévu des interventions à mener des éléments tels que l'évolution des dossiers des patients, les discussions de cas, les groupes de solidarité communautaire, l'assistance sociale, le soutien d'un médecin et les visites à domicile. Ces composants visent à personnaliser les soins, à reconnaître les aspects psychosociaux de la santé et à favoriser une collaboration entre les prestataires de soins et les patients, correspondant ainsi aux principes fondamentaux du modèle BPS.

Les discussions de cas, la participation des patients, et la prise en compte des dimensions psychologiques et sociales dans le modèle BPS sont des moyens essentiels pour atteindre cet objectif. L'intégration des groupes de solidarité communautaire, de l'assistance sociale, et des visites à domicile dans le modèle BPS trouve également un soutien dans la littérature qui souligne l'importance de la contextualisation sociale des soins. Certaines études insistent sur le rôle crucial de la communauté dans la santé individuelle, ce qui correspond à la logique des groupes de solidarité et des visites à domicile dans notre modèle.(72)

Partant de ces réflexions, une théorie de changement a été formulée et enrichie avec des éléments de la littérature et tirés de notre contexte de recherche pour expliquer le choix des activités qui seront menées dans certains CS en vue d'une pratique de soins se rapprochant d'un modèle BPS de soins :

A. Un usage amélioré des dossiers médicaux individuels

En intégrant les dossiers médicaux individuels, la théorie du changement vise à améliorer la documentation, la coordination des soins et la gestion des maladies chroniques, renforçant ainsi un modèle BPS en le centrant sur les besoins et les attentes des personnes.

Dans l'ensemble, les études menées dans les pays à faible revenu suggèrent que la mise en œuvre des dossiers médicaux peut améliorer la qualité des soins et les résultats pour les patients. Toutefois, dans de nombreux pays à moyen ou faible revenu comme la RDC, elle reste problématique en raison du manque de ressources et d'infrastructures.

Une étude menée en Inde a montré que la mise en place de dossiers médicaux électroniques améliorerait la qualité des soins et la satisfaction des patients. Elle a également montré que les agents de santé étaient en mesure de fournir de meilleurs soins avec l'aide des dossiers électroniques.(73)

Une autre étude menée en Éthiopie a montré que la mise en place de dossiers médicaux électroniques améliorerait la qualité des soins et la communication entre les prestataires de soins de santé. L'étude a également montré que la mise en œuvre des dossiers individuels a permis une meilleure gestion des maladies chroniques et une amélioration des résultats pour les patients.(74)

Plusieurs autres études publiées dans la littérature soulignent l'importance de dossiers médicaux bien organisés pour pouvoir mettre en place un modèle BPS dans les soins primaires.

Une étude menée en Afrique du Sud a montré qu'un dossier médical structuré améliorait la qualité des soins de santé fournis aux patients et facilitait l'intégration des soins psychosociaux dans les services de soins primaires de routine.(75) Une autre étude menée au Brésil a montré que la mise en œuvre d'un système complet de dossiers médicaux électroniques permettait de mieux coordonner les soins et de les centrer davantage sur la personne.(76)

L'utilisation d'un échéancier pour l'archivage des dossiers médicaux est également une pratique courante dans les établissements de soins primaires. Une étude menée au Ghana a montré que la mise en œuvre d'un système de planification pour l'archivage des dossiers médicaux améliorait l'efficacité et l'accessibilité des dossiers des patients, ce qui se traduisait par une amélioration des soins prodigués aux patients.(77)

Dans une étude similaire menée au Nigéria, l'utilisation d'un système de planification des rendez-vous des patients et d'archivage des dossiers médicaux a permis de réduire les temps d'attente et d'améliorer la qualité des soins prodigués.(78)

Par conséquent, les résultats de notre étude pourraient renforcer la théorie de changement en soulignant l'importance de dossiers médicaux bien organisés et complets, ainsi que l'utilisation de systèmes de planification pour l'archivage des dossiers médicaux, dans une pratique de soins se rapprochant d'un modèle BPS dans les centres de santé.

B. La promotion des discussions de cas dans les centres de santé

En intégrant les discussions de cas, la théorie du changement vise à promouvoir un modèle BPS de soins, en facilitant la communication et la collaboration entre les membres de l'équipe soignante. L'utilisation de discussions de cas est une approche rapportée dans de nombreux pays, en particulier dans ceux à revenu faible ou intermédiaire où les ressources sont souvent limitées.

Les discussions de cas sont un aspect important des soins se basant sur les besoins et les attentes des personnes dans le cadre des soins primaires. Plusieurs études ont montré que les discussions de cas peuvent améliorer la collaboration entre les prestataires de soins de santé, promouvoir la prise de décision partagée et améliorer les résultats pour les patients.(79,80)

De nombreuses études ont montré que les discussions de cas peuvent améliorer la qualité des soins et renforcer la collaboration entre les travailleurs de la santé. Par exemple, une étude menée en Inde a montré que les discussions de cas amélioreraient la capacité des agents de santé à identifier et à gérer des problèmes de santé complexes, et renforçaient leur confiance dans leurs capacités de prise de décision clinique.(81)

Une autre étude menée en Éthiopie a montré que les discussions de cas amélioreraient la communication entre les agents de santé et leur permettaient de mieux connaître les meilleures pratiques de prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.(82)

En outre, l'intégration des problèmes médicaux et psychosociaux dans les discussions de cas pourrait permettre d'améliorer des soins selon un modèle BPS. Une étude menée au Ghana a montré que l'intégration de la santé mentale dans les soins primaires par le biais de discussions de cas améliorerait la détection et la gestion des problèmes de santé mentale, et augmentait la probabilité que les patients suivent leur traitement.(83)

Dans une autre étude menée au Pakistan, l'intégration des soins psychosociaux dans les soins primaires par le biais de discussions de cas a permis d'améliorer les résultats pour les patients, notamment leur satisfaction à l'égard des soins et leur qualité de vie.(84)

De ce fait, l'utilisation de discussions de cas qui couvrent à la fois les problèmes médicaux et psychosociaux dans les soins primaires, ainsi que l'utilisation des informations issues des discussions de cas pour organiser les visites à domicile, sont conformes aux meilleures pratiques en matière de modèle BPS de soins dans un pays comme la RDC.

C. Le renforcement des groupes de solidarités dans la communauté

Certaines études ont souligné l'importance des interventions communautaires et des activités de solidarité dans la promotion d'un modèle BPS dans le cadre des soins primaires dans les pays à faible revenu.(85,86)

Ces activités comprennent des programmes de sensibilisation à la santé communautaire, des campagnes d'éducation à la santé et des groupes de soutien pour les patients atteints de maladies chroniques.

En renforçant ces groupes, la théorie du changement vise à créer des partenariats communautaires solides, à développer des interventions culturellement adaptées et à assurer une évaluation continue des résultats.

Plusieurs études ont examiné le rôle des groupes de solidarité communautaire dans la mise en œuvre d'un modèle BPS en matière de soins primaires dans les pays à bas revenu.

Une étude menée dans les zones rurales d'Éthiopie a montré que les régimes d'assurance maladie communautaires, en particulier, avaient un impact positif sur les comportements de recherche de soins et les résultats sanitaires des membres de la communauté.(87)

De même, une étude menée au Kenya a montré que les bénévoles de la santé communautaire formés pour apporter un soutien aux patients atteints de maladies chroniques jouaient un rôle essentiel en facilitant l'accès aux soins, en apportant un soutien psychosocial et en encourageant l'autogestion des problèmes de santé.(88)

Toutefois, le succès des groupes de solidarité communautaire dans la mise en œuvre d'un modèle BPS peut dépendre de plusieurs facteurs, notamment la disponibilité des ressources, le niveau d'engagement et de participation de la communauté et le degré de soutien des acteurs du système de santé (par exemple, le personnel des centres de santé et les autorités locales).

Dans certains cas, les mutuelles de santé peuvent ne pas être très actives en raison de ressources limitées ou d'une faible participation de la communauté ; ce qui peut entraver leur capacité à fournir un soutien efficace aux personnes ayant des problèmes médicaux autant que psychosociaux.

D. La redynamisation des visites à domicile (VAD)

Les VAD intégrées dans la théorie du changement, visent à mieux comprendre les ressources et les besoins des personnes visitées, ces dernières étant préalablement identifiées lors des discussions de cas au centre de santé.

Plusieurs études ont montré que les VAD peuvent améliorer l'accès aux soins et promouvoir le centrage sur le patient dans les structures de soins primaires. Parmi les éléments clés qui ont émergé, citons la nécessité d'une formation et d'un soutien adéquats pour les prestataires effectuant des visites à domicile, l'importance d'impliquer les patients et les familles dans la planification et la mise en œuvre des visites à domicile, et la nécessité d'une communication et d'une coordination efficaces entre les prestataires de soins primaires et les autres professionnels de la santé impliqués dans les soins du patient.

Dans la littérature générale, elles se sont révélées être une approche efficace pour améliorer les résultats de santé des patients ayant des besoins de santé complexes dans le cadre des soins primaires, en particulier chez les adultes plus âgés et les personnes souffrant de maladies chroniques.

Une revue systématique de la littérature réalisée par Sturmberg et ses collaborateurs a révélé que les VAD menées par les prestataires de soins primaires ont été associées à de meilleurs résultats en matière de santé, notamment une réduction des taux d'hospitalisation, une meilleure adhésion aux médicaments et une meilleure gestion de la maladie.(89)

Cependant, les VAD peuvent être gourmandes en ressources et nécessiter beaucoup de temps et d'efforts de la part des prestataires de soins de santé. Certaines études ont également souligné l'importance d'impliquer des agents de santé communautaires ou d'autres personnels non cliniques dans la conduite des visites à domicile, car ils peuvent être mieux à même d'aborder les facteurs sociaux et environnementaux qui contribuent à de mauvais résultats en matière de santé.(90–92)

E. Intégration des travailleurs sociaux et appui des médecins référents au renforcement des équipes des centres de santé

i. Rôle des travailleurs sociaux pour favoriser un modèle BPS de soins

En intégrant les rôles des travailleurs sociaux, la théorie du changement vise à renforcer la collaboration entre les professionnels de la santé, à fournir un soutien émotionnel et à améliorer la qualité globale des soins.

Les travailleurs sociaux et les médecins référents jouent un rôle essentiel dans la promotion du modèle BPS dans les structures de soins primaires. Des études ont montré que les travailleurs sociaux peuvent contribuer à lutter contre les déterminants sociaux de la santé, apporter un soutien émotionnel aux patients et aux familles, et améliorer la communication et la collaboration entre les prestataires de soins de santé.(93,94)

La création de nouvelles fonctions au sein des équipes de soins de santé pour soutenir la mise en œuvre d'une nouvelle approche des soins est une stratégie courante dans les initiatives de réforme des soins de santé. De nombreuses études ont montré que l'ajout d'un travailleur social ou d'un assistant aux équipes de soins de santé améliorerait les résultats et la satisfaction des patients.(95,96)

Dans certains pays, les assistants sociaux font partie intégrante des équipes de soins de santé et fournissent un large éventail de services aux patients, notamment des conseils, la gestion des cas et la défense des intérêts. Dans d'autres pays, comme les États-Unis, les travailleurs sociaux sont souvent recrutés en tant que consultants ou renvoyés vers d'autres organismes, bien que cette situation soit en train de changer dans certaines régions.(97,98)

En ce qui concerne le suivi psychosocial, il est courant que les infirmières et autres professionnels de la santé assument ce rôle en plus de leurs autres responsabilités. Cette situation s'explique souvent par la pénurie de professionnels de la santé mentale dans de nombreuses régions, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Toutefois, des études ont montré que le transfert des tâches et la formation de non-spécialistes aux soins de santé mentale peuvent contribuer à améliorer les résultats pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale.(99–101)

La théorie de changement suggère que l'assistant social assurerait la dimension sociale des soins par l'identification et la dynamisation des ressources communautaires, la mise en lien des personnes ayant des besoins d'ordre social avec ces ressources.

Dans l'ensemble, l'ajout de nouvelles fonctions et la collaboration des membres de l'équipe de soins de santé pour fournir des soins complets aux personnes souffrant de problèmes BPS constituent une étape positive vers l'amélioration de la prestation et des résultats des soins de santé.

ii. Appui des médecins à la première ligne de soins pour favoriser un modèle BPS

Les médecins traitants peuvent veiller à ce que les individus reçoivent les soins et le soutien appropriés et faciliter la communication et la collaboration entre les prestataires de soins de santé. En intégrant les médecins référents, la théorie du changement vise à renforcer la supervision, à améliorer la coordination des soins et à encourager une approche holistique des soins primaires.

Au-delà des fonctions de supervision et de contrôle du fonctionnement des structures de soins dans la zone de santé, le médecin référent peut d'abord avoir pour tâche d'accompagner de manière plus rapprochée les équipes des centres de santé dans la tenue des consultations approfondies, des discussions de cas avec un focus sur les problèmes BPS complexes des personnes ayant fréquenté la structure de soins.

Une deuxième notion à évoquer est la capacité du médecin à ne pas se substituer au personnel du CS, exercice peu aisé quand on considère la formation classique du clinicien plus porté à une démarche diagnostique centrée sur la maladie.(102)

La supervision et le soutien des médecins référents dans les établissements de soins de santé primaires se sont avérés être des facteurs importants dans l'amélioration de la qualité des soins et des résultats pour les patients.

Une revue systématique de 50 études sur la supervision dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a montré que l'accompagnement des médecins améliorait les performances des travailleurs de la santé et augmentait l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes dans les établissements de soins de santé primaires.(103)

En outre, une revue systématique menée en Afrique subsaharienne a montré que la supervision régulière par un médecin référent dans les établissements de soins de santé primaires permettait d'améliorer la qualité des soins et les résultats pour les patients, ainsi que la motivation et la satisfaction du personnel.(104)

Dans l'ensemble, la présence d'un médecin référent qui supervise et soutient régulièrement les équipes soignantes dans les établissements de soins de santé primaires peut avoir un impact positif significatif sur la prestation des soins et les résultats pour les patients ayant des besoins biopsychosociaux complexes.

De plus, la supervision régulière par un médecin référent a favorisé une compréhension et une approche plus holistiques des soins par les équipes des centres de santé ainsi que le transfert des connaissances et au développement des compétences au sein de l'équipe soignante.

La durabilité de cet accompagnement peut être envisagée quand le staff médical du niveau de référence, avec l'appui des Bureaux Centraux des Zones (BCZ), pratique une offre de soins basée sur les besoins avec un focus sur les besoins BPS des personnes qui fréquentent la structure.(105)

En conclusion, la théorie du changement soutient que l'intégration de ces interventions dans les centres de santé contribuera à une pratique encore plus courante du modèle de soins BPS, favorisant des soins basés sur les besoins et attentes des personnes, une coordination efficace, et une amélioration globale de la qualité des soins.

CHAPITRE 2. PRINCIPAUX CONCEPTS-CLES ET CADRE THEORIQUE

Ce chapitre présente une définition détaillée des concepts qui seront utilisés tout le long de la thèse et permet d'une part de comprendre ce qu'est le modèle BPS de soins, son lien avec l'approche centrée sur la personne et son usage en clinique.

Dans les lignes qui suivent, nous allons définir les principaux concepts en lien avec le changement voulu dans l'offre des soins selon le modèle BPS.

1. APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE

L'approche centrée sur la personne est une philosophie holistique qui place les individus au premier plan des soins de santé, en reconnaissant leurs besoins, valeurs et préférences uniques. Elle vise à impliquer les patients en tant que partenaires actifs dans leurs soins, de promouvoir la prise de décision partagée et de prendre en compte leur bien-être physique, psychologique et social.(106,107)

Cette approche va au-delà du modèle traditionnel axé sur la maladie et vise à améliorer la satisfaction du patient, l'adhésion au traitement et les résultats globaux en matière de santé.(108,109)

1.1.Évolution historique et conceptuelle

Avant d'évoquer la définition d'approche centrée sur la personne, il sied de revenir au concept de base qui a émergé dans la littérature du milieu des années 1950 qu'est « la médecine centrée sur le patient ». Cette approche de soins se base essentiellement sur les besoins et les attentes du patient par rapport à la prise en charge de ses problèmes médicaux tout en renforçant la collaboration avec les prestataires de soins.

Le concept de « soins centrés sur le patient » va ainsi être lié à celui de « soins centrés sur la famille ».(110) Le patient n'est ainsi plus seulement considéré comme l'objet des interventions de soins, il en devient également acteur étant donné qu'il prend part de manière très active aux choix de prise en charge basés sur tous les aspects de sa personne.(111),(112)

L'approche centrée sur le patient a pris de l'importance au 20^e siècle, sous l'impulsion des professionnels de la santé qui préconisaient la reconnaissance des perspectives et des préférences des patients.(113–115),(116) Elle va évoluer vers la fin des années 1980 avec l'intégration de la relation qu'entretient le patient avec sa famille dans la prise en charge de sa pathologie.(117–119)

Au fil du temps, elle a évolué vers l'approche centrée sur la personne, influencée par la reconnaissance croissante de l'impact des facteurs psychosociaux sur les résultats en matière de santé et en réaction au paternalisme médical du passé.(120,121)

Le passage des soins centrés sur le patient aux soins centrés sur la personne signifie que l'on ne se concentre plus uniquement sur les besoins médicaux des patients, mais que l'on s'intéresse à leur bien-être global, qui englobe les dimensions physiques, psychologiques et sociales.(122)

Alors que les soins centrés sur le patient mettent l'accent sur l'implication des patients dans leurs propres décisions de soins, les soins centrés sur la personne élargissent ce concept pour englober une vision plus holistique de la santé, en incorporant le contexte de vie de la personne, le soutien social et les objectifs personnels.(123,124)

Nous passons ainsi du statut de « patient » encore très associé à un état pathologique à celui de « personne » qui décrit de manière plus concrète les différents aspects d'un individu pouvant influencer son action dans la collaboration avec le personnel soignant, ses membres de famille, sa communauté.(125),(126)

De fait, une approche centrée sur la personne considère que la personne est au centre de l'intérêt de ses soins auxquels elle participe activement en son contexte de vie, son histoire, ses capacités individuelles, sa famille.(127),(128)

1.2. Caractéristiques et variantes

Il existe des caractéristiques communes aux soins centrés sur le patient et ceux centrés sur la personne comme l'empathie, le respect de la personne, l'engagement auprès la personne, la confiance réciproque, la communication, le partage de décisions, la considération du profil biopsychosocial, le focus sur les préférences de la personne et les soins coordonnés.(124,129)

Pour d'autres, par contre, les soins centrés sur la personne peuvent se résumer en trois thèmes principaux : a) la personne comme être unique et sa relation avec le prestataire de soins, b) la pratique des soins par du personnel compétent, disponible et respectueux de la confidentialité et c) le pouvoir de participer aux soins comme personne et agent de santé.(130)

Plusieurs variantes d'une approche centrée sur la personne sont reprises dans la littérature entre autres :(131,132)

- **Modèle biopsychosocial (*Biopsychosocial Model* ou *BPS Model*)** : Cette approche reconnaît l'interconnexion des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans l'évolution de la santé. Elle favorise une compréhension holistique du bien-être des individus.
- **Prise de décision partagée (*Shared Decision-Making*)** : Les patients et les prestataires de soins de santé collaborent à la prise de décisions en matière de traitement, en intégrant les données médicales aux préférences et aux valeurs des patients. Cette approche renforce l'autonomie du patient.

- **Médecine narrative (*Narrative Medicine*)** : Les prestataires de soins sollicitent les récits des patients, en tenant compte de leurs histoires de vie, de leurs expériences et de leurs points de vue pour élaborer les plans de soins. Cette approche favorise une meilleure compréhension des contextes psychosociaux des patients.
- **Soins culturellement compétents (*Culturally Competent Care*)** : Reconnaisant la diversité des contextes culturels, cette approche adapte les soins aux croyances, pratiques et traditions des patients. La compétence culturelle renforce la confiance et l'engagement des patients.
- **Soins tenant compte des traumatismes (*Trauma-Informed Care*)** : Reconnaisant l'impact des traumatismes passés sur la santé, cette approche crée des environnements sûrs et prend en compte le bien-être émotionnel des patients.
- **Soins fondés sur les points forts (*Strengths-Based Care*)** : Cette approche identifie les forces et les ressources des patients et les utilise comme des atouts dans le processus de guérison

1.3.Mise en œuvre à différents niveaux

Selon Santana et ses collaborateurs, mettre en œuvre de manière effective une approche centrée sur la personne implique la considération de trois composantes importantes :

1) Le niveau organisationnel ou systémique de soins de santé

Créer une culture locale de soins centrés sur la personne permet le développement et l'implémentation des pratiques basées sur une adaptation du paquet déjà fourni.

Apporter du soutien et créer un environnement propice au personnel ayant ces compétences peut aussi permettre d'améliorer la gestion des données et la qualité des données des personnes bénéficiant des soins centrés sur la personne ;

2) Le niveau relation personne-prestataire de soins

La culture du dialogue et de la communication entre les membres de la communauté et les prestataires de soins est essentielle pour créer un climat de confiance et de dialogue. Ces derniers doivent aider les patients à participer activement à leurs prises en charge, en fonction de leurs ressources ;

3) Relation Patient-Prestataires de soins-Systèmes de soins de santé

Pour pouvoir assurer des soins selon une approche plus centrée sur la personne, il est important de miser sur une relation forte entre les personnes qui utilisent les services de soins, les membres de leur communauté et les prestataires de soins.

La spécificité des soins centrés sur la personne, au-delà de la réduction de la souffrance ressentie, étant de noter les intérêts des utilisateurs des services, elle paraît plus adaptée à considérer dans notre réflexion sur l'offre des soins à prester en première ligne.(133)

1.4. Applications et défis dans les contextes à ressources limitées

Les approches centrées sur la personne ont gagné du terrain dans le monde entier en raison de leur potentiel d'amélioration des résultats pour les patients et des expériences en matière de soins de santé. En Afrique subsaharienne, où les systèmes de santé sont confrontés à des contraintes de ressources et à des contextes culturels divers, elles revêtent une importance particulière.

En Afrique du Sud, l'approche centrée sur la personne a été appliquée pour relever les défis de la prise en charge du VIH/sida. Des recherches menées soulignent que la compréhension des contextes culturels et de la dynamique sociale des patients est essentielle pour assurer des soins et un soutien efficaces.(134,135)

Au Nigéria, la compétence culturelle et une approche fondée sur les points forts ont été utilisées pour améliorer les résultats en matière de santé maternelle et infantile.(136,137)

Cependant, des défis existent. Des études soulignent la nécessité pour les prestataires de soins de santé de trouver un équilibre entre des soins centrés sur la personne et des ressources limitées. Une étude menée au Ghana a révélé que si les patients apprécient les soins personnalisés, les contraintes de ressources peuvent entraver leur mise en œuvre.(138)

Dans les zones rurales de l'Ouganda, les chercheurs ont constaté qu'une approche centrée sur la personne, mettant notamment l'accent sur l'engagement communautaire, était efficace pour promouvoir la santé maternelle.(139)

Cette étude souligne le potentiel des soins centrés sur la personne dans les contextes à ressources limitées.

Ainsi, l'approche centrée sur la personne se distingue par sa capacité à intégrer l'ensemble des dimensions de l'individu dans la prise en charge – de l'aspect médical aux facteurs psychosociaux – tout en valorisant l'engagement actif de la personne. Elle se décline en plusieurs modèles complémentaires et représente une réponse adaptée aux besoins des systèmes de soins, notamment dans des contextes à ressources limitées.

2. MODELE BIOPSYCHOSOCIAL (BPS)

1.1 Historique et fondements théoriques

Le modèle biopsychosocial (BPS) est un cadre global qui prend en compte les interactions complexes entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui façonnent la santé et le bien-être d'un individu. Dans sa définition la plus large, ce modèle reconnaît que la santé ne peut être appréhendée uniquement par le biais de facteurs biologiques, mais qu'elle doit également englober des dimensions psychologiques et sociales.(140,141)

Il est largement reconnu comme une approche qui permet de comprendre la santé et le bien-être, intégrant des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.(142)

L'histoire du modèle BPS remonte aux années 1970, lorsque le psychiatre George Engel l'a introduit en réponse aux limites du modèle biomédical traditionnel. Inspiré de ses travaux en 1977 sur la prise en charge totale de la personne tout en considérant ses besoins psychosociaux, ce modèle innove en proposant une application concrète d'une approche de soins plutôt basée sur la personne. Cette dernière propose une prise en charge de chaque individu comme une variante de l'approche des soins centrés sur la personne.(143)

Engel a souligné la nécessité d'intégrer les aspects psychologiques et sociaux dans les soins de santé, compte tenu de l'impact de ces facteurs sur les résultats en matière de santé. Le modèle BPS est appliqué dès le début des années 1980 en clinique pour compléter et enrichir la prise en charge des personnes en incluant les besoins de l'individu et en considérant les interactions avec sa communauté (famille, amis, voisinage).(144,145)

Le modèle BPS s'inscrit dans une perspective systémique de la santé inspirée par la théorie générale des systèmes et la pensée complexe. Il rejette le dualisme corps-esprit et propose une intégration des sciences biologiques, psychologiques et sociales pour une compréhension multidimensionnelle des problèmes de santé. L'innovation majeure d'Engel réside dans l'élargissement de la prise en charge médicale, qui ne se limite plus à la pathologie, mais englobe l'expérience du patient dans son ensemble.(146,147)

L'un des apports fondamentaux du modèle BPS réside dans sa capacité à refléter la complexité des relations causales en santé. Contrairement à l'approche biomédicale classique qui repose sur des relations linéaires de cause à effet, le modèle BPS conçoit la maladie comme résultant de multiples facteurs interconnectés.(146,148)

Ainsi, les maladies chroniques comme le diabète ou les troubles mentaux ne peuvent être expliquées uniquement par des dysfonctionnements biologiques. Elles découlent également de facteurs psychologiques (stress, résilience, comportements de santé) et sociaux (conditions de vie, accès aux soins, soutien familial). Cette approche reconnaît l'existence de boucles de rétroaction, où chaque dimension influence et est influencée par les autres.(149,150)

Dès les années 1980, ce modèle est appliqué en clinique, favorisant une approche centrée sur le patient et plus tard sur la personne. Il met l'accent sur l'écoute active et la considération de l'histoire personnelle du malade, permettant ainsi la construction d'une narration BPS qui guide le processus diagnostique et thérapeutique: ce dernier se sent plus libre de donner son expérience du vécu de sa pathologie, de ses symptômes entre autres.(151)

1.2 Principes clés du BPS

Le modèle BPS a des implications majeures pour la recherche en santé. Il encourage une approche interdisciplinaire combinant médecine, psychologie, anthropologie et sociologie. En recherche clinique, il justifie l'utilisation de méthodes qualitatives et mixtes pour capter les expériences subjectives des patients et comprendre les déterminants sociaux de la santé.(152–154)

Le modèle BPS encourage les professionnels de la santé à prendre en compte ces trois dimensions lors du diagnostic, du traitement et de la prise en charge des patients en les appliquant :(154,157,158)

- **Dimension biologique** : elle comprend les facteurs génétiques, physiologiques et biochimiques. Les professionnels de la santé évaluent la santé physique du patient, ses antécédents médicaux et ses processus biologiques pour diagnostiquer et traiter les maladies.
- **Dimension psychologique** : Les facteurs psychologiques englobent les aspects émotionnels et de santé mentale.
Les prestataires tiennent compte de l'état mental du patient, de son bien-être émotionnel, de son fonctionnement cognitif et de l'impact potentiel du stress, de l'anxiété ou de la dépression sur la santé.
- **Dimension sociale** : elle s'intéresse à l'environnement social du patient, à ses relations, à son statut socio-économique, à son contexte culturel et à ses réseaux de soutien. La compréhension de ces facteurs permet d'adapter les plans de traitement à la situation de l'individu.

Le modèle BPS reconnaît que les facteurs biologiques (gènes, physiologie) interagissent avec les facteurs psychologiques (émotions, cognition) et les facteurs sociaux (culture, statut socio-économique) pour influencer la santé. L'application de ce modèle dans la pratique clinique implique une approche holistique des soins aux patients.

1.3 Pertinence en contexte de recherche et de pays à faible revenu

Dans les pays à faible revenu, plusieurs études ont mis en évidence la pertinence du modèle BPS dans l'organisation des soins. Il permet notamment de développer des interventions de santé adaptées aux réalités locales, en tenant compte des contraintes économiques, culturelles et sociales. Par exemple, l'intégration du soutien psychosocial dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques a montré une amélioration de l'adhésion aux traitements et de la qualité de vie.(141,155,156)

Plusieurs chercheurs ont souligné l'importance de prendre en compte les facteurs sociaux dans la gestion des soins. Cela met en évidence l'application du modèle au-delà des facteurs biomédicaux.(159)

De ce qui précède, on peut retenir que le modèle BPS offre une approche globale des soins de santé qui reconnaît l'imbrication des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Son histoire, qui a commencé comme une réponse aux limites biomédicales, montre son évolution vers un paradigme holistique des soins de santé.

L'application de ce modèle en clinique implique de comprendre les patients dans leur globalité. Sa pertinence est mise en évidence dans des contextes divers, en soulignant la nécessité de prendre en compte les aspects psychosociaux dans la prestation des soins comme nous pouvons le lire dans les lignes qui suivent.

3. LE MODÈLE BPS UTILISÉ DANS LES CENTRES DE SANTÉ DANS LA LIGNEE DES MODÈLES DE SOINS HOLISTIQUES

3.1. Application du BPS en première ligne de soins

Après avoir exploré les fondements théoriques du modèle BPS, il convient de s'intéresser à son application dans les centres de santé, en particulier en première ligne de soins, et à la manière dont il se compare à d'autres modèles holistiques.

Le modèle BPS, centré sur la personne, vise à intégrer les besoins, les préférences et les valeurs individuelles dans la planification et la prestation des soins.(160,161) En première ligne, cela implique :

- Une **écoute active** du patient, considérant son histoire personnelle et ses ressources.
- Une **prise en compte** de l'environnement social (famille, communauté) et des facteurs psychosociaux influençant l'état de santé.
- Une approche **holistique** où la dimension médicale est complétée par un soutien psychologique et social adapté au contexte local.(160,162)

Cette approche se révèle particulièrement pertinente dans les centres de santé puisqu'elle favorise l'adaptation des interventions aux réalités culturelles et économiques, améliorant la qualité de la prise en charge et la satisfaction des patients.(141,158)

3.2. Comparaison avec d'autres modèles de soins holistiques

Le modèle BPS n'est pas simplement une approche méthodologique, mais plutôt une philosophie de soins alignée visant à mieux comprendre et répondre aux besoins individuels dans leur globalité.

Il existe plusieurs autres modèles de soins dont la plupart peuvent être appliqués en première ligne de soins.

Ces modèles holistiques présentent des approches variées pour la prestation des soins de santé, chacun avec ses propres caractéristiques organisationnelles, objectifs et visions de la santé. Chacun propose une perspective unique sur la manière d'aborder la complexité des besoins de santé des individus et des communautés :

1. Le Modèle Biomédical : Le modèle biomédical de soins se concentre principalement sur les aspects biologiques de la santé et de la maladie. Il est traditionnellement organisé autour de la hiérarchie médicale, mettant l'accent sur les spécialités médicales et la prise en charge des symptômes spécifiques. De plus, il met l'accent sur le diagnostic et le traitement des conditions médicales sur la base de facteurs biologiques. (163),(164),(165)

Ce modèle vise à restaurer la santé en éliminant les symptômes pathologiques, avec une focalisation sur la santé physique.

2. Le Modèle Bio-Psycho-Social-Spirituel (BPS-S) : Ce modèle développe le modèle BPS en y incluant une dimension spirituelle. Il reconnaît l'importance des croyances, valeurs et pratiques spirituelles dans la santé et le bien-être général d'un individu. En prenant en compte l'aspect spirituel, ce modèle vise à fournir une approche plus holistique et inclusive des soins. (166),(167)

Le modèle BPS-S peut être organisé de manière interdisciplinaire, impliquant des professionnels de la santé physique, mentale et spirituelle. Il aspire à promouvoir le bien-être général, en reconnaissant l'importance des dimensions spirituelles dans la santé globale.

Il convient toutefois de noter que l'inclusion de la dimension spirituelle peut varier en fonction des contextes culturels et religieux. Ce modèle reconnaît la nécessité d'intégrer dans les dossiers des patients non seulement les aspects biomédicaux, mais aussi les dimensions psychologiques, sociales et potentiellement spirituelles des soins prodigués.(168)

3. La prise en compte des déterminants sociaux de la santé (SDH) : ce modèle d'offre de soins reconnaît que les résultats en matière de santé sont influencés par des facteurs sociaux, économiques et environnementaux. Il met l'accent sur les déterminants sociaux sous-jacents de la santé, tels que le revenu, l'éducation, le logement et les systèmes de soutien social, afin d'améliorer les résultats en matière de santé.(169),(170)

Il aspire à promouvoir la santé en agissant sur les conditions sociales et économiques, visant à améliorer les résultats de santé de la population. Il reconnaît l'importance de saisir les déterminants sociaux de la santé dans les dossiers des patients. Cela inclut des informations sur les facteurs sociaux tels que le revenu, l'éducation, le logement et les systèmes de soutien social qui peuvent avoir un impact sur les résultats en matière de santé.

Le modèle SDH met fortement l'accent sur la prise en compte des facteurs sociaux et la fourniture d'une assistance sociale aux individus et aux communautés. Il reconnaît l'importance des ressources communautaires et des réseaux de soutien dans l'amélioration des résultats en matière de santé.

De plus, il reconnaît la valeur des visites à domicile comme moyen d'évaluer les conditions de vie des patients, le soutien social et les facteurs environnementaux qui peuvent avoir un impact sur leur santé. Les visites à domicile permettent de mieux comprendre les besoins des patients et d'adapter les interventions.(171)

Dans le cadre de notre travail de thèse, le modèle BPS s'est imposé pour plusieurs raisons essentielles :

A) Une approche intégrée et holistique de la santé

Contrairement à une vision réductrice qui se focalise uniquement sur l'aspect physique de la maladie, ce modèle considère que la santé et la maladie résultent d'interactions complexes et interdépendantes entre le corps, l'esprit et l'environnement social.

Cette vision holistique permet de saisir la réalité complexe des vécus individuels, en mettant en lumière non seulement les symptômes cliniques, mais aussi le vécu subjectif du patient.(143,172)

B) L'alignement avec l'approche centrée sur la personne

Le modèle BPS s'inscrit parfaitement dans une démarche centrée sur la personne. Il place l'individu au cœur des soins en reconnaissant ses ressources, ses besoins, ses préférences, son histoire personnelle et ses buts de vie.(100,101)

Dans le contexte de première ligne de soins, cette approche permet de concevoir une offre de soins qui tient compte de la complexité des situations individuelles et des environnements sociaux, améliorant ainsi la pertinence et l'efficacité des interventions.

C) Une base théorique solide et reconnue

La littérature soutient l'idée que cette approche offre une structure idéale pour intégrer les aspects psychosociaux dans la planification et la prestation des soins, tout en valorisant l'expérience vécue par le patient.(165,167), (172)

D) Des éléments de comparaison avec d'autres modèles de soins

- Modèle biomédical : Ce modèle se concentre exclusivement sur les aspects biologiques de la santé.(169–171)
Il vise principalement à restaurer la santé en éliminant les symptômes pathologiques, sans tenir compte des dimensions psychologiques et sociales.
- Modèle BPS-S : Bien que ce modèle enrichisse le cadre BPS en y intégrant une dimension spirituelle, son application peut s'avérer complexe dans des contextes où les croyances spirituelles varient considérablement et ne sont pas toujours faciles à intégrer de manière systématique dans la pratique clinique.(1,2,168)
- Modèle SDH: Ce modèle met l'accent sur les facteurs socio-économiques et environnementaux, offrant une perspective précieuse sur les inégalités en matière de santé. Cependant, il tend à négliger les dimensions individuelles et psychologiques, essentielles pour une prise en charge globale des patients.(169–171)

Face à ces alternatives, le modèle BPS se distingue par sa capacité à offrir un cadre équilibré qui intègre à la fois les besoins médicaux et les dimensions psychosociales.(83, 95)

Cependant, plusieurs défis majeurs demeurent quant à la mise en œuvre effective du modèle BPS en première ligne de soins. Le premier obstacle est le niveau de connaissance et d'acceptation du modèle parmi les professionnels de santé. Le modèle BPS, bien qu'il soit reconnu pour son approche holistique, reste peu intégré dans les formations initiales des personnels de santé en Afrique subsaharienne.

La formation médicale reste en grande partie centrée sur des aspects biomédicaux stricts, négligeant souvent les dimensions psychologiques et sociales de la santé, malgré les récentes initiatives pour introduire la médecine de famille dans certaines institutions. Cette orientation biomédicale se reflète également dans la pratique courante où la délégation des tâches aux infirmiers, notamment dans les zones rurales, perpétue une approche réductionniste de la maladie, focalisée sur les symptômes physiques.(28,29)

De plus, l'intégration d'un tel modèle est entravée par des ressources limitées. Les structures primaires manquent cruellement de personnel qualifié et de matériel adéquat pour fournir des soins globaux. Les incitations financières, souvent liées à des programmes de santé verticaux financés par des bailleurs externes, poussent les agents de santé à se concentrer sur des indicateurs de performance spécifiques aux aspects biomédicaux, au détriment d'une approche intégrée.

Le soutien organisationnel pour les professionnels de santé, en termes de formation continue et de supervision, est également insuffisant ; ce qui limite leur capacité à adopter et à mettre en œuvre de nouvelles pratiques de soins.(43,173)

En outre, les caractéristiques structurelles et organisationnelles du système de santé dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne constituent un autre défi significatif. Les systèmes de santé sont marqués par une décentralisation incomplète, où les ressources et le pouvoir de décision ne sont pas toujours alignés entre les niveaux national, provincial et local.

Cette complexité administrative, combinée à un manque chronique de ressources matérielles et humaines, complique l'adoption d'un modèle BPS.

Les infrastructures de base, telles que l'approvisionnement régulier en médicaments essentiels et le stockage adéquat des données des patients, sont souvent défectueuses, rendant difficile la mise en œuvre d'une prise en charge continue et complète des patients.(45,174)

E) Question et objectifs de recherche

Cette recherche s'inscrit dans le cadre théorique qui souligne l'importance du modèle BPS comme mode d'offre de soins qui permet non seulement de répondre aux besoins médicaux immédiats mais aussi de considérer les dimensions psychosociales et culturelles essentielles à la guérison et au bien-être.

Dans le contexte complexe de la santé au Sud-Kivu, la mise en œuvre d'un modèle BPS pourrait se trouver confrontée à des défis uniques, exacerbés par une instabilité prolongée et des ressources limitées. Comment, alors, les CS peuvent-ils surmonter ces obstacles pour offrir des soins qui respectent les valeurs, les préférences et les besoins spécifiques des individus ?

Cette recherche vise à explorer les défis et les opportunités liés à la mise en œuvre d'un modèle BPS de soins au Sud-Kivu, en mettant un accent particulier sur les perspectives des prestataires en première ligne de soins.

Ainsi, il serait essentiel de comprendre comment un modèle de soins plus BPS peut être proposé comme services offerts dans les centres de santé.

Nous allons donc nous poser la question suivante : « **Sous quelles conditions serait-il possible d'organiser au niveau des centres de santé l'offre de soins selon un modèle biopsychosocial basé sur les besoins et les attentes des personnes ?** »

Plus spécifiquement, il s'agit de

- 1) Mieux comprendre les déterminants organisationnels et individuels qui rendent difficiles une offre de soins au niveau des centres de santé, permettant une meilleure prise en charge biopsychosociale
- 2) Déterminer les facteurs de changement favorables à une offre de soins au niveau des centres de santé selon un modèle biopsychosocial de soins.

CHAPITRE 3. MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE

A) CADRES THEORIQUES

Approche Méthodologique Générale

Notre étude adopte une méthodologie qualitative pour mieux comprendre le fonctionnement des centres de santé et les expériences vécues par les agents de santé. Notre choix de mener cette étude dans les CS se justifie par le fait qu'ils constituent le premier point de contact entre les utilisateurs des services et le système de soins en partant de trois approches :

- Une analyse organisationnelle approfondie du contexte de travail dans les centres de santé pour mieux comprendre les habitudes de fonctionnement et comment ces routines peuvent limiter un changement dans l'offre de soins
- Une identification dans les centres de santé des opinions d'agents pouvant motiver un changement d'approche en première ligne de soins
- Une étude de l'implémentation d'activités planifiées dans les centres de santé pour favoriser une approche BPS dans l'offre de soins selon la théorie du changement proposée dans le projet PRD évoqué plus haut.

Ce schéma résume le travail réalisé dans les trois approches de notre thèse.

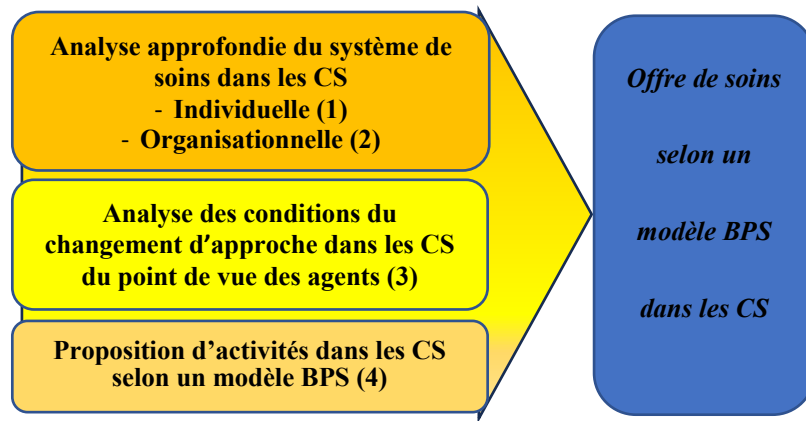


Figure 2. Liens entre les approches méthodologiques utilisées et l'objet de la recherche doctorale

Définition opérationnelle du modèle biopsychosocial (BPS)

Le modèle BPS est un cadre pratique d'évaluation et de prise en charge qui intègre simultanément les facteurs **biologiques** (génétiques, physiologiques), **psychologiques** (émotions, cognitions, comportements) et **sociaux** (contexte culturel, environnement, statut socio-économique) afin de comprendre et d'intervenir sur la santé d'un individu.(143,160)

Concrètement, cette approche demande aux professionnels de santé de :

- **Identifier** les dimensions biologiques, psychologiques et sociales influençant la situation du patient
- **Intégrer** ces éléments dans le diagnostic, le traitement et le suivi
- **Ajuster** les interventions en tenant compte des interactions dynamiques entre ces trois dimensions

L'objectif est de **personnaliser** la prise en charge en reconnaissant que la maladie n'est pas uniquement liée à des facteurs biologiques, mais résulte d'une interaction dynamique avec des facteurs psychologiques (tels que le stress, les comportements de santé ou la résilience) et sociaux (comme les conditions de vie, les relations familiales ou le soutien communautaire).(143,160)

Cadres théoriques utilisés

La présente recherche adopte une approche qualitative pour analyser la mise en œuvre du modèle BPS dans les CS en RDC. Pour appréhender la complexité de ce sujet, il a été nécessaire de mobiliser plusieurs cadres théoriques complémentaires.

Bien que l'utilisation d'une pluralité de cadres puisse paraître complexe, chacun d'eux cible des dimensions spécifiques du phénomène étudié et, ensemble, ils permettent une compréhension plus globale et nuancée

Pourquoi une approche théorique multiple ? Les centres de santé, en tant qu'éléments essentiels du système de soins en RDC, sont des environnements complexes où interagissent des facteurs organisationnels, contextuels et humains.

Pour :

- Comprendre l'organisation et l'intégration des soins,
- Examiner les interactions entre acteurs (agents de santé, patients, etc.),
- Et analyser les mécanismes de changement induits par l'implémentation du modèle BPS,

nous avons choisi d'associer plusieurs cadres théoriques afin de trianguler les données, d'identifier et analyser les variables influentes sous différents angles et proposer des interventions adaptées et fondées sur une compréhension approfondie des enjeux.

La démarche méthodologique de notre recherche s'appuie sur plusieurs cadres théoriques, dont :

a. Le Rainbow Model de Valentijn

Ce modèle offre une perspective intégrative en considérant les multiples niveaux du système de santé, depuis les micro-interactions jusqu'aux politiques macro-organisationnelles. (175)

Il permet de situer le centre de santé comme point névralgique, dont le fonctionnement résulte de l'application des normes et pratiques définies par l'ensemble du système. Le Rainbow Model a été sélectionné pour contextualiser le fonctionnement du centre de santé dans une vision systémique, essentielle pour appréhender les interactions entre différents niveaux de soins.

b. Le Context and Capabilities for Integrating Care (CCIC) Framework d'Evans

Ce cadre se focalise sur l'analyse des capacités organisationnelles et des conditions contextuelles qui favorisent l'intégration des soins. Il permet d'identifier les ressources, les processus et les barrières spécifiques à l'organisation des centres de santé. (176)

Le CCIC est particulièrement adapté à l'analyse de l'organisation interne des centres de santé et de leur capacité à intégrer un nouveau modèle de soins. Il fournit ainsi un prisme pertinent pour examiner les dimensions structurelles et contextuelles de la mise en œuvre du modèle BPS.

c. La Normalization Process Theory (NPT) de Carl May

La NPT aide à comprendre comment les innovations et pratiques nouvelles se normalisent dans la pratique quotidienne des professionnels de santé. Elle permet d'examiner les interactions et les processus par lesquels les acteurs s'approprient et intègrent ces nouvelles pratiques. (177,178)

En mobilisant la NPT, nous analysons la dynamique des changements individuels et collectifs, en particulier la manière dont les agents de santé adoptent ou rejettent le modèle BPS. Cela est crucial pour identifier les freins et leviers de l'implémentation à l'échelle opérationnelle.

d. La Théorie du Changement proposée par le PRD

Ce cadre permet de formuler et de tester des hypothèses sur les mécanismes de transformation induits par l'implémentation du modèle BPS. Il guide l'élaboration d'une proposition d'interventions concrètes, en explicitant les liens de causalité entre les actions menées et les résultats attendus. Cette théorie a été retenue pour structurer la réflexion sur l'impact potentiel du modèle BPS. En outre, elle permet de clarifier comment et pourquoi certaines interventions pourraient conduire à une amélioration des pratiques de soins dans les centres de santé.

L'utilisation combinée de ces cadres théoriques s'inscrit dans une démarche de triangulation des analyses. Ils ont été soigneusement sélectionnés pour fournir une perspective approfondie et structurée lors de l'analyse des différentes dimensions de la mise en œuvre du modèle BPS dans les centres de santé. (179)

- Le Rainbow Model offre une vision systémique globale.
- Le CCIC Framework permet d'approfondir l'analyse des capacités organisationnelles.
- La NPT éclaire les processus d'appropriation et d'intégration des innovations par les agents.
- La Théorie du Changement aide à articuler les hypothèses de transformation et à guider la formulation d'interventions pratiques.

Ces choix méthodologiques ont ainsi permis de structurer la collecte et l'analyse des données de manière cohérente, tout en assurant une compréhension fine et multidimensionnelle des conditions de mise en œuvre du modèle BPS dans les centres de santé.

Les outils et méthodes spécifiques de collecte et d'analyse de données sont présentés dans le tableau suivant :

APPROCHE/ÉTUDE	CADRES THÉORIQUES UTILISÉS
Analyse approfondie de l'organisation des soins dans les centres de santé	<i>Rainbow Model</i> de Valentijn PP
Analyse organisationnelle du centre de santé comme première ligne de soins	<i>Context and Capabilities for Integrating Care (CCIC) Framework</i> de Evans JJ
Analyse du changement dans l'offre de soins dans les centres de santé	<i>Normalization Process Theory (NPT)</i> de Carl May
Leçons apprises de l'implémentation d'activités en lien avec un modèle BPS de soins dans les centres de santé	<i>Théorie du changement</i>

Tableau 1. Cadres théoriques spécifiques par étude

En mobilisant ces cadres théoriques, notre démarche méthodologique se voit renforcée par une approche à la fois systémique, contextuelle, relationnelle et prospective. Chacun de ces outils contribue à éclairer des dimensions spécifiques de la mise en œuvre du modèle BPS et, ensemble, ils fournissent une base solide pour l'analyse, la formulation d'hypothèses de changement, et l'élaboration d'interventions adaptées aux réalités des centres de santé en RDC.

B) ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU SYSTEME

DE SANTE EN RDC ET POLITIQUES DE SANTE

La RDC est un vaste pays d'Afrique centrale, composé de 26 provinces, dont chacune est subdivisée en Zones de Santé (ZS). Ces ZS sont les unités opérationnelles du système de santé et sont responsables de l'organisation et de la prestation des services de santé à la population locale. En 2023, la RDC comptait 519 ZS, chacune d'elles devant couvrir une population théorique d'environ 100.000 à 200.000 habitants.(180) Chaque ZS est dirigée par une équipe cadre de la zone (ECZ), comprenant un médecin chef de zone (MCZ), un administrateur gestionnaire (AG), des infirmiers superviseurs (IS) et un technicien de développement (TDR).

L'administration du système de santé en RDC est hiérarchiquement organisée autour de trois niveaux principaux : **le niveau central, le niveau intermédiaire (provincial), et le niveau périphérique (ZS).**

Le niveau central, représenté par le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, est responsable de la formulation des politiques de santé, de la planification stratégique, et de la coordination avec les partenaires techniques et financiers (PTF).

Il joue un rôle clé dans l'élaboration des programmes nationaux de santé, tels que la lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, ainsi que les programmes de santé reproductive, maternelle et infantile.(45)

Au niveau intermédiaire, les divisions provinciales de la santé (DPS) supervisent les activités des ZS. Elles sont responsables de l'application des politiques nationales au niveau local, de la coordination des interventions sanitaires, et de la supervision des ECZ. La décentralisation en RDC a attribué davantage de responsabilités aux provinces, notamment en matière de gestion des ressources humaines, financières, et logistiques pour les soins de santé.

Les DPS sont ainsi des structures décentralisées redevables devant le Ministre Provincial en charge de la Santé. Les Inspections Provinciales de la Santé (IPS) se présentent plutôt comme des structures déconcentrées. Cependant, la faiblesse des capacités administratives et les défis logistiques continuent de limiter l'efficacité des DPS dans plusieurs provinces du pays.⁽¹⁸¹⁾ Une certaine remise en question de la décentralisation de la santé revient de plus en plus dans les débats nationaux.

Les ZS, quant à elles, constituent le niveau opérationnel du système de santé en RDC par plusieurs aires de santé dans lesquelles sont implantés les centres de santé et un hôpital général de référence.

Elles sont chargées de la planification et de la mise en œuvre des activités sanitaires, en assurant l'accès aux soins de santé primaires pour les communautés locales. Le PMA offert par les CS inclut des services curatifs, préventifs, promotionnels, et de réhabilitation dans une AS.

Le CS est constitué en son sein d'acteurs exerçant dans la structure qui sont en interaction entre eux et avec d'autres éléments de l'environnement dont la communauté, les différents organes de gestion du centre de santé, les partenaires, les autres structures de la ZS, l'ECZ, ...

Les Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) fournissent le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA). Ce PCA englobe des services spécialisés qui ne peuvent être offerts au niveau des CS, tels que les soins obstétricaux d'urgence, la chirurgie de base, et la gestion des complications graves.

Le financement des ZS provient en grande partie des fonds publics, mais aussi des contributions des partenaires internationaux, qui jouent un rôle crucial dans la gestion quotidienne des services de santé.⁽⁴⁴⁾

La qualité des services dépendra nécessairement de chaque niveau de prise en charge et des interactions entre les différents intervenants notamment entre CS et HGR ainsi qu'entre différentes professions en lien avec la prise en charge des patient (aide-soignant, infirmiers, médecins, sage-femmes, homéopathes...).

Un aspect crucial du succès de ce système est la participation communautaire, orchestrée à travers des structures comme les Comités de Développement de la Santé (CODESA), les Cellules d'Animation Communautaire (CAC) et les Relais Communautaires (RECO). Ces entités jouent un rôle fondamental dans l'identification des besoins de santé locaux, la sensibilisation des populations, et la facilitation de l'accès aux services de santé.

Les RECO, en particulier, agissent comme des ponts entre les communautés et les structures de santé, tout en assurant la transmission des informations sanitaires et la mobilisation pour les campagnes de santé publique.(182)

Les politiques de santé en RDC ont évolué au fil des années, avec des initiatives clés telles que la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS), qui a été introduite pour améliorer l'efficacité et l'équité du système de santé. La SRSS vise à renforcer les capacités des ZS, à améliorer l'accès aux services de santé de base, et à promouvoir la participation communautaire.

Des réformes récentes comme la mise en place d'un cadre de financement plus durable (le Contrat Unique) ou encore la réforme des structures de gouvernance au sein du système de santé ont cherché à consolider ces efforts, en mettant l'accent sur l'amélioration de la gouvernance, la transparence dans la gestion des ressources, et l'intégration des soins de santé primaires avec des programmes de santé verticaux. Cependant, l'impact de ces politiques est souvent limité par des contraintes financières, la corruption, et des défis logistiques.(44),(56)

C) MILIEU D'ETUDE

L'étude a été menée au Sud-Kivu, province située dans la partie Est de la RDC et qui compte 34 ZS, considérées comme le niveau opérationnel du système de santé. Chaque ZS est divisée en AS (15 en moyenne) organisées autour d'un centre de santé (niveau de soins primaires du système de santé de la RDC).

Sélection des sites d'études

Six CS (2 urbains et 4 ruraux) de quatre ZS (Bagira, Miti-Murhesa, Katana et Walungu) ont été sélectionnés pour cette étude. La sélection des sites s'est basée sur une variété de critères, incluant la diversité géographique, les caractéristiques organisationnelles, les populations desservies ainsi que leur accessibilité, et leur partenariat avec des organisations non gouvernementales (Louvain Coopération ou LC) qui fait également partie d'un projet plus large dont cette étude s'inspire. Ainsi, des interventions ont été proposées dans 3 centres de santé appuyés par LC.

Le tableau suivant donne une description générale des six CS concernés par cette étude :

Description générale des 6 centres de santé (2012 janvier-2016 décembre)

Centre de santé (CS)	Zone de santé	Population Totale en 2018	Taille de l'équipe	Taux d'utilisation des services	Nouveaux cas reçus par mois au CS	Nombre de Consultations Prénatales par mois	Nombre d'accouchements par mois
Bideka	Walungu	10971 hab.	12	20-50%	200-800	50-180	15-40
Burhale	Walungu	18255 hab.	12	10-35%	150-600	100-200	10-25
Kabushwa	Katana	18647 hab.	13	20-50%	350-700	50-200	10-45
Lumu	Bagira	17279 hab.	13	10-40%	220-420	50-150	1-8
Lwiro	Miti-Murhesa	10900 hab.	11	20-60%	400-600	100-250	50-70
Nyamuhinga	Bagira	18693 hab.	13	30-50%	250-550	100-250	10-60

Tableau 2. Centres de santé et indicateurs de fonctionnement structurelles (Rapports des ZS)

D) METHODOLOGIE UTILISEE PAR APPROCHE

Nous avons adopté une méthodologie qualitative pour explorer en profondeur les perceptions, les expériences et les attitudes des prestataires de soins. Six CS au Sud-Kivu ont été sélectionnés pour refléter la diversité des contextes de soins de santé dans la province.

Les données sont collectées via des entretiens semi-structurés, des focus-groupes et de l'analyse de documents.

Cette approche permet de capturer la complexité des interactions entre prestataires ainsi que les facteurs systémiques influençant la mise en œuvre d'un modèle BPS de soins. Les méthodologies spécifiques aux études sont décrites dans chaque article.

Dans les paragraphes suivants, nous allons décrire la méthodologie utilisée dans notre thèse approche par approche :

I. Une analyse organisationnelle approfondie du centre de santé (Études 1 et 2)

i. Cadres théoriques utilisées pour les études 1 et 2

I. **Le Rainbow Model**, comme cadre conceptuel, a été développé par Valentijn et ses collaborateurs pour combiner les concepts de SSP et d'intégrations de soins dans le but de mieux comprendre la complexité des programmes de soins intégrés. Elle comporte trois niveaux d'organisation des soins centrés sur la personne et ses composantes BPS : le niveau macro (plus systémique), le niveau méso (plus organisationnel) et le niveau micro (essentiellement clinique). (183)

Le Rainbow Model a été adapté dans le cadre de notre thèse pour se concentrer sur la dynamique du personnel de santé au niveau du CS.

Ce cadre était approprié pour la première étude car il a permis de saisir l'état d'esprit et les perceptions du personnel de santé en ce qui concerne la prestation de soins.

Il a permis une exploration complète des obstacles et des facteurs facilitant la mise en œuvre d'un modèle BPS de soins en émettant les hypothèses suivantes :

□ Niveau individuel : Les prestataires peuvent orienter la prise en charge sur la personne plutôt que sur la maladie, en proposant des soins basés sur un modèle BPS, tout en combinant des interventions au CS, à domicile et en partenariat avec la communauté.

□ Niveau clinique : Les professionnels de la santé, exposés à une formation axée sur le modèle BPS et une compréhension approfondie du modèle BPS, seront plus enclins à adopter ces principes dans leur pratique quotidienne.

□ Niveau Professionnel : Les structures de soins de santé primaires, dotées d'une culture organisationnelle promouvant la collaboration interprofessionnelle, la flexibilité et l'adaptabilité, seront mieux préparées à intégrer le modèle BPS dans l'offre de soins au CS.

□ Niveau organisationnel : Les collaborations entre différentes organisations de soins de santé, soutenues par des protocoles de communication clairs et des processus de transfert d'informations fluides, favoriseront la mise en œuvre d'un modèle BPS de soins à l'échelle du système de santé.

□ Niveau systémique : Les acteurs externes intervenant au centre de santé, tels que l'ECZ, les médecins de l'HGR et les partenaires de développement, participeront activement au renforcement de ce modèle de soins.

Un cadre conceptuel a été ainsi développé pour combiner les concepts de soins de santé primaire et d'intégration de soins dans le but de mieux comprendre la complexité des programmes de soins intégrés. Elle comporte trois échelle d'organisation des soins centrés sur la personne et ses composantes BPS : une échelle macro (plus systémique), une échelle méso (plus organisationnel) et une échelle micro (essentiellement clinique).(183)

Il a été utilisé dans notre recherche puisqu'il permet de comprendre comment un modèle BPS de soins au centre de santé peut être mis au point en considérant les relations entre les différents niveaux du système de santé et les dynamiques sociales. Le CS organisant ses services en fonction des niveaux d'organisation, il est essentiel de comprendre que les services peuvent être organisés par niveau et les implications en termes de changement et de ressources.

L'évaluation de la mise en œuvre du modèle de soins BPS dans les CS s'articule autour de la construction d'hypothèses à différents niveaux, adaptées au Rainbow Model. Ce processus permet d'intégrer des dimensions professionnelles, organisationnelles et inter-organisationnelles.

II. **Le cadre CCIC**, utilisé en combinaison avec le Rainbow Model dans la première étude et seul dans la deuxième étude, a fourni un moyen systématique d'analyser le contexte organisationnel et les capacités d'intégration des soins.

Il a permis d'identifier les forces et les faiblesses de la capacité des CS à mettre en œuvre un modèle BPS en identifiant les domaines à améliorer et en définissant des stratégies pour renforcer le processus de mise en œuvre.

Utilisé pour analyser le contexte organisationnel et les capacités d'intégration des soins, le CCIC a fourni une approche systématique.

Il a identifié les forces et faiblesses des capacités des centres de santé à mettre en œuvre un modèle BPS, guidant ainsi l'identification des domaines à améliorer et la définition de stratégies pour renforcer le processus de mise en œuvre (176,184)

Le CCIC offre une lentille organisationnelle pour analyser la mise en œuvre du modèle BPS. Ce cadre examine le contexte organisationnel et les capacités d'intégration des soins, fournissant ainsi une compréhension approfondie des forces et des faiblesses des centres de santé. Il a permis d'identifier les domaines organisationnels à améliorer et de définir des stratégies pour renforcer la mise en œuvre du modèle BPS.

Par capacité organisationnelle, nous entendons l'habilité d'une structure de santé (dans notre cas du CS) à prendre en charge les membres d'une communauté en intégrant les différentes composantes individuelles.

Cette capacité dépend des 17 composantes du CCIC groupés en des éléments structurels, humains et processus clés : (176)

A) Éléments structurels :

- Les caractéristiques physiques du centre de santé se réfèrent à la gestion des ressources (humaines, financières, matérielles) et de la disponibilité des intrants ainsi que leur gestion.
- Les canaux de transmission de l'information qui concernent les mécanismes de stockage de l'information dans le centre de santé et dans le système de santé.
- L'approche du leadership va concerner les attitudes adoptées par les responsables des équipes sanitaires pour assurer un management efficace.
- La formation continue va concerner l'existence d'un ensemble de valeurs et principes qui favorisent l'acquisition de nouvelles connaissances.

B) Éléments humains

- L'aptitude pour le changement permet de déterminer dans quelle mesure le centre de santé peut mettre en œuvre un changement donné dans son organisation.
- La culture organisationnelle concerne les valeurs largement partagées dans le centre de santé par les différents acteurs essentiellement concernant la qualité des soins.
- Le climat de travail est en rapport avec l'organisation du travail.
- La multidisciplinarité dans la prise en charge est en rapport avec l'implication de plusieurs acteurs (médicaux, paramédicaux) dans la prise en charge et le soutien des personnes

C) Processus clés

- Le partenariat va évaluer le développement et le renforcement des relations formelles et informelles entre les différents agents au niveau du centre de santé (relation entre agents de santé, entre ces derniers et les patients/leurs familles, ...)
- La promotion de la qualité concerne les pratiques d'usage en vue d'une amélioration continue de la prestation des soins

Ainsi le CCIC a été retenu dans notre thèse puisqu'il permet de décrire et de comparer les capacités organisationnelles des systèmes étudiés comme les centres de santé.

La figure suivante illustre comment les deux cadres théoriques ont été combinés dans le cadre de cette étude :

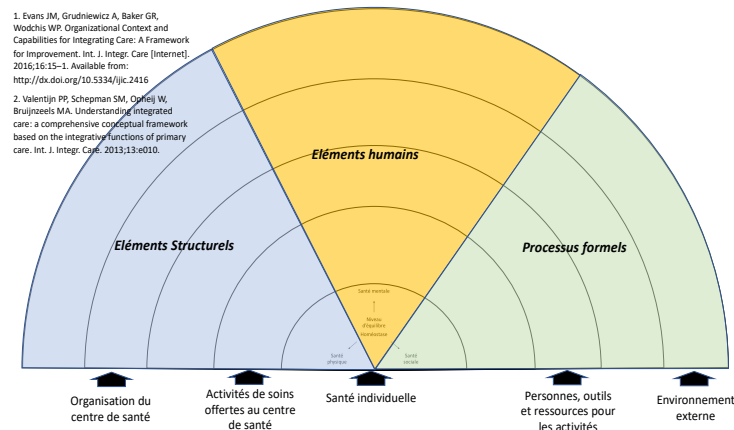


Figure 3. Le CCIC (Context and Capabilities for Integrating Care) et le Rainbow Model adapté pour l'analyse organisationnelle et l'analyse d'implémentation d'activités

ii. Préparation de la collecte et de l'analyse des informations:

■ Échantillonnage

Le choix de notre échantillon était déterminé par le rôle direct que jouent les acteurs dans la prise en charge et le suivi des personnes qui utilisent les services de santé, ce qui garantit une transférabilité d'échantillon. Les participants aux focus-groupes et aux entretiens étaient des infirmiers travaillant dans les centres de santé, les nutritionnistes et les assistantes sociales présents dans les structures au moment de la collecte des données ainsi que les médecins chefs de zone. Le nombre de participants variait entre 5 et 7 personnes par focus groupes et par centre de santé. Ces derniers étaient sélectionnés par convenance.

- Conception des outils de collecte

Lors d'un premier atelier organisé pour la présentation du projet PRD, les différents acteurs (infirmiers, médecins, représentants des communautés, partenaires d'appui aux zones de santé) ont été sensibilisés aux objectifs des différentes recherches à mener et à la méthodologie à utiliser dans le cadre de cette thèse.

Un pré-test des outils de collecte de données a été réalisé au cours de la même session afin d'évaluer la compréhension des outils développés par les chercheurs. Le cadre issu du Rainbow Model a été présenté aux différentes parties prenantes (infirmières, médecins, représentants des communautés, partenaires d'appui aux zones de santé).

Un pilote du guide d'entretien a été réalisé au cours de la même session afin d'évaluer la compréhension des questions. Cette première étape nous a permis d'améliorer les outils qui ont été utilisés pour animer les groupes de discussion et les entretiens individuels approfondis.

iii. Collecte et Analyse des données

Pour trouver des informations concernant chaque étude dans notre thèse, nous avons choisi d'utiliser plusieurs types de données en combinant plusieurs méthodes.

- Collecte des données formelles

Nous avons identifié des composantes formelles à documenter se référant à des données dont les sources de vérification étaient plus facilement identifiables. Il s'agit de a) Les caractéristique physiques du centre de santé, b) Les ressources du centre de santé, c) Le système clinique d'information, d) Le système managérial d'information, e) La relation avec d'autres prestataires, f) La formation continue, g) La promotion de la qualité, h) Le partenariat, i) La prestation de soins comme paquet de soins offert au centre de santé et j) La mesure de la performance du centre de santé.

Pour ces données, nous avons utilisé comme sources de vérification des documents formalisés comme le canevas du centre de santé, les rapports mensuels et annuels des centres de santé, les rapports financiers des centres de santé, les rapports de gestion des intrants, les rapports des supervisions des ECZS.

Un canevas a été utilisé pour déterminer les éléments suivants : Des informations sur l'aire de santé, la Structure physique du CS, les Ressources dont elles disposent, les Structures de gouvernance existantes et l'impact sur le fonctionnement du centre de santé, le Système d'information existant, la Formation continue et le management ainsi que le Paquet d'activités prestées au CS. La revue documentaire des différents rapports mensuels et annuels du CS entre 2012 et 2016, une observation directe non participante ainsi qu'un entretien avec l'Infirmier Titulaire ont permis de compléter ces informations.

- Collecte des données qualitatives

Nous avons ensuite considéré des composantes qualitatives plus centrées sur le perçu des gens et dont il n'existerait pas de sources de vérification formalisées au niveau des structures de santé ou dans le Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Il s'agit de a) La gouvernance dans un centre de santé, b) La redevabilité, c) La multidisciplinarité dans la prise en charge, d) Le leadership au centre de santé, e) Le fonctionnement en équipe, f) la Culture organisationnelle de l'équipe, g) Le climat de travail et h) La gestion du changement).

Pour obtenir ces données, nous avons organisé

- A. des entrevues avec les différents agents des CS, les MCZ en utilisant un guide d'entretien inspiré du CCIC et orienté vers l'implémentation du processus de prise en charge selon un modèle de soins et les changements individuels dans la mise en œuvre d'une offre différente de soins

- B. des discussions en groupe avec les agents exerçant dans les CS. Ces dernières étaient centrées sur la signification donnée à ces différentes composantes et les actions pour améliorer la capacité organisationnelle du CS appelé à prendre en charge les cas BPS jugés complexes.

Ces données ont été obtenues dans les 6 CS par 7 focus-groupes ayant comme support le Rainbow Model adapté et un guide d'entretien amélioré lors de chaque visite dans les centres de santé. Les objectifs de l'étude étaient expliqués aux différents agents avant de lancer la discussion et une vignette était utilisée pour définir l'approche de soins selon un modèle BPS (reprise en annexe).

Les focus-groupes et les entretiens individuels ont été menés par le chercheur principal accompagné par un autre chercheur (le chercheur principal menait la discussion à l'aide des cadres retenus et le deuxième chercheur prenait des notes manuscrites dans un cahier vierge).

Ils ont tous été enregistrés par un dictaphone et les fichiers audio extraits ont été confiés à une équipe de transpositeurs qui a saisi le contenu de chaque entretien dans des fichiers Word séparés et codés selon l'ordre chronologique et la structure.

▪ Analyse des données

Concernant les données issues des focus-groupes, l'extraction et la synthèse de ces dernières ont été effectuées en utilisant les niveaux du modèle Rainbow adapté. Les verbatim ont été extraits de chaque transcription et ont été placés dans les groupes thématiques par niveau dans un fichier Excel.

Chaque personne interrogée a été codée avec une lettre désignant le centre de santé et le numéro a été attribué selon l'ordre des interventions des groupes de discussion. Selon l'ordre des verbatim pour l'analyse, les extraits des focus groups ont été numérotés chronologiquement

Après avoir identifié les éléments structurels ou humains ainsi que les processus formels liés au fonctionnement de l'équipe de soins, deux chercheurs les ont situés à différents niveaux du cadre de l'arc-en-ciel. Ils ont ensuite identifié les forces en jeu susceptibles d'influencer les changements dans la forme de soins BPS.

Concernant les données issues des entretiens individuels sur la base des sous-composantes retenues du CCIC, les informations ont été regroupées en trois thèmes principaux avec des sous-thèmes : (1) les éléments structurels qui pourraient influencer un modèle BPS des soins aux personnes, (2) les éléments humains et les processus informels qui pourraient influencer une approche BPS des soins aux personnes, et (3) les processus formels clés dans lesquels le CS devrait s'engager pour influencer un modèle BPS des soins aux personnes (175)

Pour chaque thème, le centre de santé présente ses forces et ses faiblesses et s'appuie sur les données des entretiens avec les informateurs clés (IC1, IC2, ... IC8).

Les résultats sont d'abord présentés d'abord globalement sous la forme d'un graphique comparant les centres de santé entre eux et ensuite par le thème de l'analyse organisationnelle, en tenant compte des informations issues des entretiens et des observations. Pour chaque catégorie de composantes, les lacunes sont identifiées au niveau organisationnel pour la mise en œuvre de l'approche BPS dans chaque centre de santé.

II. Une identification dans les centres de santé des caractéristiques individuelles (Étude 3)

i. Cadre théorique utilisé pour l'étude 3

La Normalization Process Theory (NPT) est une théorie qui permet de comprendre la dynamique de mise en œuvre et d'intégration d'interventions complexes.(185)

Il peut être utilisé à cet effet puisqu'il se focalise sur les habitudes (pratiques, croyances, comportements) des acteurs dans leur contexte social.(177)

Il est aussi utilisé pour analyser et évaluer l'implémentation d'activités complexes en santé.(186)

Il se divise en 4 concepts clés : **la cohérence, la participation cognitive, l'action collective et le contrôle réflexif**. Ces concepts peuvent permettre de déterminer les apports attendus ou prévisibles des acteurs pour arriver à un changement.(177)

- a. **La cohérence** se réfère au travail de "faire-sens" que les personnes font individuellement ou collectivement quand elles sont confrontées à des problèmes dans l'opérationnalisation d'un set de nouvelles pratiques.
- b. **La participation cognitive** se définit comme le travail relationnel que les gens font pour construire et maintenir une communauté de pratique autour d'une nouvelle technologie ou d'une intervention complexe.
- c. **L'action collective** décrit le travail opérationnel que font les gens pour adopter un ensemble de pratiques, qu'il s'agisse d'une nouvelle technologie ou d'une intervention complexe dans le domaine de la santé.
- d. **Le contrôle réflexif** évoque le travail de jugement que font les gens pour évaluer et comprendre les effets d'un nouvel ensemble de pratiques sur eux-mêmes et sur ceux qui les entourent.

Le NoMAD est un questionnaire adapté selon ces concepts-clés pour permettre de comprendre ce qui est la base du changement dans un système donnée.

Le cadre du NPT, axé sur les individus et leurs interactions avec la nouvelle approche, offre une perspective centrée sur l'agent.

Il explore la manière dont les professionnels de la santé perçoivent et s'engagent dans la mise en œuvre du modèle BPS. Le NPT a permis une analyse approfondie des attitudes, des perceptions et des expériences du personnel de santé, éclairant ainsi les obstacles et les facilitateurs du processus de changement.

En se concentrant sur les interactions entre les « agents » de changement, le NoMAD éclaire les hypothèses concernant la manière dont les professionnels de la santé intègrent le modèle BPS dans leurs routines quotidiennes. Il identifie les facteurs qui facilitent ou entravent la normalisation de nouvelles pratiques. Le cadre a permis de mieux comprendre les facilitateurs et les obstacles rencontrés au cours du processus de mise en œuvre.

Il a été retenu puisqu'il tient aussi compte des interactions entre les différents types d'acteurs, les processus locaux qui mènent à un changement ou qui peuvent l'empêcher ainsi que du point de vue des professionnels concernés par la mise en œuvre du modèle BPS de soins.

ii. Collecte des données

Des entretiens individuels avec 28 agents des six CS ont été animées par le chercheur principal dans un local du CS. Un guide d'entretien a été conçu sur base du NoMAD avec des questions ouvertes orientées vers l'implémentation du processus de prise en charge selon un modèle BPS tout en s'assurant de l'approbation de chaque participant sur base d'une échelle de Likert.

Chaque entretien était enregistré avec l'aide d'un magnétophone et il durait entre 35 et 55 minutes par agent. Il était ensuite transcrit dans un fichier Word par des chercheurs indépendants.

iii. Analyse des données

Une liste de codes a été produite et ces différents codes ont été ensuite regroupés dans un cadre thématique incluant les 4 mécanismes du NPT comme thèmes illustrant les changements individuels et les pratiques des agents de santé sur la mise en œuvre d'un modèle BPS au CS.

Les résultats sont présentés selon la Cohérence, la Participation intellectuelle, l'Action collective et le Contrôle réflexif avec des sous-thèmes en lien avec la mise en œuvre de soins BPS et les changements individuels qui en découlent.

Des verbatims sont utilisés pour illustrer les différents changements et les difficultés rencontrés avec la pratique d'un modèle de soins BPS.

III. Une étude de l'implémentation des activités (Étude 4)

- Cadre théorique utilisé pour l'étude 4

Utilisée dans la quatrième étude, la théorie de changement proposée dans le PRD a fourni une approche structurée pour évaluer l'impact et les résultats du modèle BPS dans les CS. Elle a permis d'identifier des activités spécifiques, des mécanismes et des changements attendus résultant de la mise en œuvre du modèle BPS dans l'approche de soins.

- Proposition d'activités à implémenter dans les centres de santé

La détermination des activités à implémenter et à superviser dans les centres de santé a été faite dans le cadre du PRD pour proposer une approche de soins qui soit BPS en première ligne.

Les interventions mises en place, comme évoqué dans la section « Milieu d'étude » avec Louvain Coopération dans 3 centres de santé (Bideka, Kabushwa, Nyamuhinga), se déclinent en plusieurs groupes d'activités :

- (1) les activités habituelles du centre de santé
 - a. Consultation au centre de santé durant laquelle les éléments BPS issus de la consultation sont consignés et archivés dans un dossier individuel du patient adapté en intégrant les composantes psychologique, social et historique de la personne
 - b. Activités communautaires type visites à domicile planifiées et priorisées en fonction des caractéristiques BPS des personnes qui fréquentent le centre de santé.
 - c. Groupes de solidarité dans la communauté créés ou renforcés sous forme de clubs de patients ou de groupes d'épargne et de crédit avec l'appui d'une assistante sociale comme membre de l'équipe du centre de santé.
- (2) Organisation par l'équipe du centre de santé et un médecin référent des discussions de cas structurées en tenant compte des éléments médicaux, sociaux et émotionnels.
- (3) Création de la fonction de médecin référent au niveau de la structure de référence pour assurer une supervision régulière du centre de santé à travers un bon déroulement des discussions de cas, les consultations des cas jugés complexes par l'équipe du centre de santé.

Ces différentes activités sont reprises dans la figure suivante :

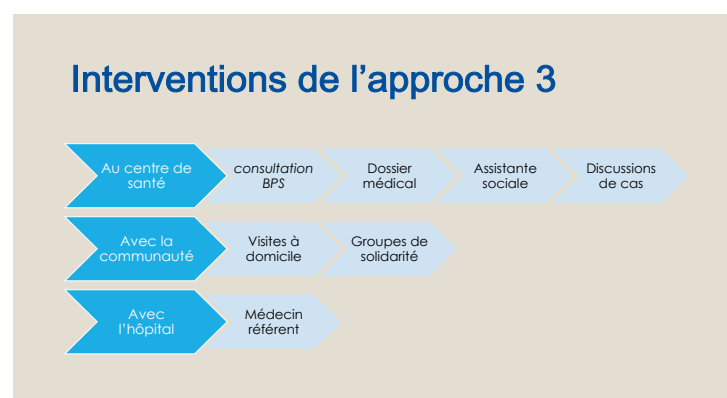


Fig.4. Interventions menées dans 3 centres de santé pour offrir des soins selon un modèle BPS

- Collecte des données

Des données qualitatives ont été collectées au moyen de différentes techniques : observations non-participantes, analyses documentaires et focus groupes.

Des supervisions conjointes avec l'ONG Louvain Coopération (LC) et les chercheurs du PRD ont été organisées dans les CS pour noter les changements dans les pratiques de soins selon la modèle BPS dans 3 CS appuyés par Louvain Coopération et 3 autres considérés comme centres de comparaison. Le chercheur a utilisé un canevas conçu sur base des activités retenues dans la théorie de changement.

La revue documentaire a concerné une analyse des dossiers des patients, des registres des discussions de cas et de visites à domicile durant quatre ans (2018-2021) pour chacun des centres de santé. Elle a noté les changements intervenus dans l'organisation de ces activités par centre de santé ainsi que le lien avec une approche BPS.

Des focus-groupes ont été organisés dans chacun des 6 centres de santé entre décembre 2017 et décembre 2021.

Sur base d'un guide d'entretien comprenant des questions sur la mise en œuvre des différentes activités en lien avec les besoins BPS des personnes, ils étaient menés dans un local de la structure par l'enquêteur principal et un assistant qui enregistrerait l'entretien.

- Analyse des données

Les données qualitatives ont été analysées en utilisant un cadre thématique pour identifier les thèmes et les motifs émergents relatifs à la mise en œuvre d'un modèle BPS de soins, comme suggéré par plusieurs auteurs permettant une exploration systématique des données en lien avec l'offre de soins selon un modèle BPS.(190,191) L'accent a été mis sur l'identification des barrières, des facilitateurs et des meilleures pratiques pouvant informer les stratégies d'implémentation.

En adoptant cette approche méthodologique rigoureuse, notre étude vise à contribuer de manière significative à la littérature sur les soins de santé en contextes à ressources limitées, en offrant des aperçus précieux sur les défis et opportunités de la mise en œuvre d'un modèle BPS de soins au Sud-Kivu.

- Procédures de validation

Pour l'analyse des données des différentes études, plusieurs chercheurs ont été inclus. Pour les résultats de la première étude, les participants ont été sollicités pour valider l'analyse faite par l'équipe des chercheurs. Plusieurs sources de vérifications des données ont été utilisées pour assurer une triangulation.

E) CONSIDERATIONS ETHIQUES

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Université Catholique de Bukavu (UCB) N° UCB / CIE / NC / 07/2017 et le Comité d'éthique Hôpital-Faculté Saint Luc-Université Catholique de Louvain (UCL) n° 2018 / 07FEV / 046. Un formulaire de consentement éclairé a été soumis à chaque participant à l'étude et signé lors des entretiens et des focus-groupes.

PARTIE 2. RÉSULTATS

Les résultats de cette thèse sont présentés ou structurés en fonction des deux objectifs de la thèse :

- Mieux comprendre les déterminants organisationnels et individuels qui rendent difficiles une offre de soins au niveau des centres de santé, permettant une meilleure prise en charge basée sur un modèle BPS dans l'offre de soins (Études 1 et 2)
- Déterminer les facteurs de changement favorables à une offre de soins pérenne au niveau des centres de santé selon un modèle BPS (Études 3 et 4)

Quatre études ont ainsi été menées pour répondre aux questions de recherche de notre thèse et les résultats sont présentés dans ce chapitre.

De deux études sont issus des articles publiés dans des journaux scientifiques internationaux, les deux autres étant en cours de rédaction sous un format d'article :

- L'étude 1 a été publiée dans **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine (PHCFM)**:

Molima CEN, Karemere H, Bisimwa G, et al. Barriers and facilitators in the implementation of bio-psychosocial care at the primary healthcare level in South Kivu, Democratic Republic of Congo. Afr J Prm Health Care Fam Med. 2021;13(1), a2608. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v13i1.2608>

- L'étude 2 a été publiée dans **BMC Health Services Research**:

Molima, C.E.N., Karemere, H., Makali, S. et al. Is a biopsychosocial approach model possible at the first level of health services in the Democratic Republic of Congo? An organizational analysis of six health centers in South Kivu. BMC Health Serv Res 23, 1238 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10216-0>

- L'étude 3 est en cours de rédaction sous un format d'article :

Impact des Pratiques des Agents des centres de Santé au Sud-Kivu pour mener à l'Adoption d'un Modèle Biopsychosocial de soins : Une Perspective Qualitative

- L'étude 4 est en cours de rédaction sous un format d'article :

Analyse d'implémentation d'un modèle biopsychosocial dans six centres de santé au Sud-Kivu en RD Congo

Étude 1

Barrières et facilitateurs dans la mise en œuvre des soins biopsychosociaux au niveau des centres de santé au Sud-Kivu, République démocratique du Congo

La première étude met en lumière les barrières et facilitateurs à l'implémentation des soins biopsychosociaux au niveau du centre de santé. L'objectif de cette étude était d'identifier les obstacles et les facteurs facilitant le passage de l'approche habituelle de la prestation de services du centre de santé, axée sur le contrôle des maladies et les actions ciblées sur des groupes sociodémographiques spécifiques, à une stratégie de soins axée sur des dimensions biopsychosociales (BPS). Pour ce faire, une étude qualitative a été menée au travers de 7 focus-groupes qui ont concerné 29 personnes (infirmiers et nutritionnistes) travaillant dans les 6 centres de santé. Le guide d'entretien et le cadre d'analyse thématique utilisés sont inspirés du Modèle de Valentijn ou Rainbow Model comme cadre théorique. Une vignette a été proposée pour illustrer une approche BPS dans l'offre de soins.

Résultats

Les résultats sont présentés par niveaux en fonction du modèle de Valentijn ou Rainbow Model.

a) La santé des personnes

La perception qu'ont les agents des CS d'une approche BPS et la manière dont ces mêmes agents mènent actuellement les activités communautaires constituent des barrières à la mise en œuvre de l'approche BPS. Le personnel des centres de santé considère que l'approche BPS n'a sa place que dans les formations sanitaires contrôlées par le Ministère de la Santé et qu'il s'agit d'un nouveau programme de soins spécifiques dans la même catégorie que les programmes de prise en charge de la malnutrition ou de lutte contre le VIH.

Dans la majorité des CS, l'approche BPS est segmentée en plusieurs composantes (médicale, psychologique et sociale) qui n'ont pas la même priorité tant pour les agents de santé que pour la communauté : ils sont plus intéressés par ce qui pourrait être soutenu, c'est-à-dire par l'accent mis sur la santé mentale au détriment des autres composantes :

« Oui, à mon avis, je peux dire que c'est une maladie (une situation BPS) qui nécessite une assistance ... après le traitement (médical), il faut l'accompagner psychologiquement parce qu'il est traumatisé ; il ne faut pas le laisser comme ça. Il faut aussi lui donner un traitement psychologique. Après le traitement, il faut aussi lui prodiguer des conseils » (B3, infirmier, 40 ans)

b) Le niveau clinique

Les visites à domicile sont comprises comme un moyen de sensibiliser la population et de mettre en place des actions de lutte contre la maladie.

Lorsqu'elles sont organisées, les visites à domicile dépendent en grande partie du dynamisme du relais communautaire puisque ce rôle lui est dévolu.

Leurs actions dans la communauté sont davantage axées sur la sensibilisation et la lutte contre les maladies :

« Il y a des agents de santé communautaire que nous utilisons beaucoup pour rechercher ces cas (malnutrition)... » (C17, infirmier, 40 ans)

« Lorsqu'ils (les patients) viennent au centre de santé, c'est pour recevoir des soins et nous faisons également appel à l'agent de santé communautaire qui continuera (à fournir des soins) dans la communauté. (D17, infirmier, 44 ans)

Les relais communautaires (RECO) sont essentiels pour sensibiliser la communauté, créer un soutien aux programmes du ministère de la santé et des initiatives de solidarité. L'approche BPS n'est liée à eux que s'ils suivent les directives imposées par le ministère de la santé.

Les comités locaux de santé (au niveau de l'aire de santé) sont les autres éléments-clés souvent mentionnés.

Ces derniers sont plus intéressés par les activités menées par les RECO, telles que les activités de masse soutenues par les donateurs avec une incitation financière pour les RECO.

Les mutuelles de santé existant dans les zones de santé ainsi que les associations de patients partageant une pathologie spécifique sont des formes possibles de solidarité, mises en place par les agences internationales de développement ou le ministère de la santé :

« Nous avons un comité de personnes vivant avec le VIH ici, ils se réunissent, se parlent, se donnent des conseils et cela fonctionne, ... mais pour certains comités, nous n'avons pas encore créé de fonds de solidarité ... » (A22, infirmier, 50 ans)

c) Personnes, outils et ressources requis

Selon le personnel des centres de santé, une nouvelle approche n'est pas réalisable sans une formation préalable des différents membres du personnel et des ressources financières et matérielles importantes :

« Pour l'aspect médical, nous pourrions suivre les normes (du ministère), mais pour les aspects psychologiques, nous avons besoin d'une certaine formation... » (F6, infirmière, 43 ans)

« La prime des agents, la motivation peut prendre différentes formes : il y a la motivation par la formation, il y a la motivation par l'équipement. » (D6, infirmier, 44 ans)

L'équipe de santé doit recevoir des primes de la part des donateurs pour mettre en œuvre une nouvelle approche de soins, même si son importance est évidente pour les membres de la communauté et leurs représentants. Elle ne peut s'impliquer que si elle reçoit un soutien financier pour organiser une autre approche de soins :

« ...]Et nous devons également penser à la motivation de ces personnes, car si elles sont bien payées, elles peuvent mieux travailler... » (C21, infirmier, 43 ans)

*« Une motivation (financière) par exemple pour le personnel qui consulte les cas, une petite motivation des agents de santé communautaire qui sont chargés de se déplacer dans les villages qui accompagneraient vraiment cette activité, ... »
(A9, infirmier, 50 ans)*

La redevabilité est considérée comme étant assurée par la supervision des autorités sanitaires (de la zone) à l'aide d'indicateurs spécifiques et d'un format de rapport. Le rôle de l'équipe cadre de la zone de santé est limité à la supervision des nouvelles activités de soins planifiées dans les établissements de santé :

« ... C'est à elle (l'équipe cadre de la zone de santé) de planifier les demandes de soutien et elle peut aussi les recevoir et maintenant nous les exécutons et en bénéficions ... » (A26, infirmier, 50 ans)

Les agents de santé décrivent une utilisation très faible ou nulle d'un dossier médical personnalisé dans les centres de santé : ils rapportent que le support utilisé pour le suivi des patients n'est pas classé selon des règles permettant de détailler les composantes psychologiques et sociales des personnes qui fréquentent le CS :

« [... Non, ils (les supports actuels) ne prennent pas en compte les problèmes psychologiques... pas encore. De plus, ce ne sont pas des fiches, ce sont des cahiers ... Je pense que pour suivre ces patients (avec un problème de BPS) il faudrait pouvoir classer leurs dossiers en fonction de la provenance des patients. » (F16, infirmier, 45 ans)

Les registres sont plus couramment utilisés, avec pour fonction première de rapporter les performances aux autorités. La tendance est d'utiliser les registres pour transmettre les données et faciliter leur communication à la hiérarchie ou aux bailleurs de fonds du système de santé :

« Il faut aussi des outils de collecte de données, ... des registres ; des formulaires de consultation, des fiches de consultation, des fiches de suivi à domicile ; parce que la personne atteinte mentalement doit être suivie au niveau de la communauté. » (C25, infirmier, 40 ans)

Dans deux CS (Nyamuhinga et Bideka), les informations médicales relatives aux patients qui ont consulté sont consignées dans des dossiers personnalisés conservés au CS. Ces supports ont été classés selon une logique qui permet de localiser chaque membre de la communauté dans son village d'origine, son quartier et son avenue le cas échéant. Un suivi à long terme est ainsi possible en incluant facilement l'histoire et les antécédents de chaque patient :

« Les informations sur le patient, à partir du dossier de son centre de santé, ... qui aidera à savoir ou à identifier, ce qui nécessite la visite à domicile, concernant leur dossier ... le dossier conserve correctement tous les enregistrements de chaque patient, par avenue, par quartier, par rue, par chemin, ... » (C26, infirmier, 43 ans)

Dans certaines structures (Bideka), les horaires de travail habituels (de 7h30 à 15h30 comme le stipule la loi congolaise) ont été modifiés pour permettre aux agents de santé de recevoir les patients plus tôt (entre 6h30 et 7h30) avant de mener d'autres activités dans la communauté. Le service de jour est prolongé jusqu'à 16 heures pour permettre le suivi des membres de la communauté qui ont un rendez-vous avec des agents de santé :

« [...] ce n'est peut-être pas innovant, mais il y a un peu de concurrence parce qu'ici, au centre de santé, nous commençons à travailler très tôt parce que nous avons une population agricole [...] nous avons pris l'option de commencer à 6 heures, 6 heures 30. Le premier qui arrive, il est servi, il repart vers d'autres activités, et la population nous dit que c'est une bonne chose. » (A38, infirmier, 50 ans)

d) Organisation du centre de santé

Les discussions de cas peu organisées concernent uniquement les problèmes médicaux des patients gardés en observation au centre de santé :

« En ce qui concerne les discussions (des cas), oui, peut-être que nous le faisons d'une manière ou d'une autre, mais nous ne l'enregistrons pas. Nous organisons spontanément nos petites réunions du personnel tous les lundis en général. » (F18, infirmier, 45 ans)

Dans certains CS (Bideka, Kabushwa), le leadership de l'infirmier responsable est renforcé en fonction de son ancienneté à ce poste (durée d'expérience à ce poste), de sa capacité à innover, à prendre des décisions au sein de l'équipe et sur l'organisation des services et les besoins spécifiques de la communauté. Plus le leadership est fort, plus la formation sanitaire se développe d'une certaine manière et l'équipe est motivée pour mettre en place des stratégies locales de suivi des patients au CS et dans la communauté :

« Ce sont les infirmiers qui peuvent s'occuper de ces activités (BPS) et à la tête du centre de santé se trouve l'infirmier titulaire. Ce dernier s'organise avec les infirmiers et voit ce qu'ils peuvent faire » (D3, infirmier, 44 ans).

Lorsque les décisions sont prises collectivement par l'équipe du CS dans l'organisation des services, la collaboration entre les différents agents est facilitée ainsi que le partage d'informations sur la formation à d'autres approches de soins:

« Jusqu'à présent, c'est collégial... c'est vrai que dans toute organisation il y a souvent un chef de service... mais c'est collégial... pour ne pas s'imposer, il (l'infirmier titulaire) peut avoir une proposition et il s'arrange pour la faire passer auprès des autres collègues en expliquant son bien-fondé. Si les autres acceptent, c'est admis, ... si d'autres trouvent que ce n'est pas bien on l'annule, ... en tout cas c'est comme ça qu'on fonctionne. » (A15, infirmier, 50 ans)

e) Environnement externe au centre de santé

Les agents des CS ne comprennent pas le rôle que doit jouer le médecin référent dans un changement d'approche de soins en première ligne : son importance et sa pertinence ne font pas l'unanimité au sein du personnel des CS. Il y a un risque perçu que les actions du médecin du CS entrent en compétition avec les tâches de l'équipe locale et l'objectif des visites de supervision régulières.

Le personnel du CS a exprimé le besoin d'une définition claire du rôle des médecins de référence dans le soutien d'une approche BPS au CS :

« Il (le médecin) va nous briser... il va nous demander pourquoi nous avons fait ceci ou cela... » (B27, infirmier, 42 ans)

Dans certaines aires de santé (Lumu, Bideka, Kabushwa), une forme particulière d'association entre les membres de la communauté est signalée (Association Villageoise d'Épargne et de Crédit ou AVEC). Elle repose sur le principe de l'épargne par les cotisations des membres de l'association et de l'octroi d'un crédit à un ou plusieurs d'entre eux. À l'instar des mutuelles de santé, cette forme de solidarité peut apporter un soutien aux personnes en situation de précarité et pour ceux ayant des problèmes BPS :

« On peut lui demander (à une personne ayant des problèmes BPS) d'adhérer à une des AVEC qui existent dans l'aire de santé... comme ça ils peuvent s'entraider dans cette dernière et demander un crédit ... parce que c'est une somme qui est remboursable petit à petit ... » (F24, infirmière, 43 ans)

Les RECO, en tant que représentants de la communauté, fixent les priorités dans le système de santé avec le personnel du CS. Cela leur permet de mieux orienter la sensibilisation sur des sujets pertinents dans la communauté :

« Nous faisons de la sensibilisation par l'intermédiaire des RECO dans leur comité de santé, ... pour déterminer quels sont les problèmes prioritaires de la société concernant les maladies chroniques par exemple ... » (E5, infirmier, 32 ans)

Discussion

Les résultats de cette recherche dans six CS du Sud-Kivu, à l'est de la RDC, mettent en lumière des éléments importants qui peuvent faciliter ou non le changement de la manière dont les activités proposées dans l'offre de soins de santé sont mises en œuvre.

L'analyse des conditions dans lesquelles ces formations sanitaires offrent l'approche actuelle des soins met en lumière différentes caractéristiques qui pourraient entraver les changements. Celles-ci sont liées aux mentalités et à la gestion traditionnelle des services de santé.

Tout d'abord, les agents de santé assimilent toute nouvelle approche proposée à un programme vertical de contrôle des maladies, comme les programmes de lutte contre la malnutrition ou le VIH. En effet, le système de santé en RDC est encore fortement ancré dans une approche centrée sur la maladie, étant donné les ressources allouées à la lutte contre les grands fléaux mondiaux tels que le diabète, la malnutrition et la prévalence des maladies infectieuses.(192–194)

Deuxièmement, l'élargissement de l'offre de soins aux dimensions BPS est perçu, dans les six CS, comme une série d'activités supplémentaires que les agents de santé doivent fournir et pour lesquelles des incitants (financiers) devraient être attendus.

Le facteur incitatif financier a été relevé dans d'autres études comme l'un des facteurs limitant l'implication des agents de santé dans la dynamique de changement et leur performance.(195)

Les personnes interrogées ont rapporté que la proposition d'une nouvelle approche dans la prise en charge des patients nécessiterait obligatoirement un soutien externe au système de santé de la part des organisations non gouvernementales (ONG) et des bailleurs de fonds internationaux. Les prestataires des CS sont en effet utilisés pour exécuter des activités décidées et financées par l'extérieur, à l'instar de ce qui est observé dans d'autres régions d'Afrique subsaharienne.(196)

Dans ce contexte, un CS sans ressources autonomes n'est pas en mesure d'initier et de piloter facilement une approche de changement contextuel, inspirée de l'expérience du personnel ou des besoins spécifique de sa communauté.(197)

Troisièmement, les personnes interrogées ont indiqué qu'un autre facteur qui pourrait rendre difficile un changement dans la pratique des soins en RDC serait le processus de prise de décision très hiérarchisé. Cela a été observé en Afrique du Sud où les offres de soins ne sont généralement pas basées sur les spécificités des contextes des zones de santé.(195) C'est surtout le résultat de décisions centralisées, canalisées du niveau de gestion du district (les zones de santé en RDC) au niveau périphérique (les CS). Ce mode de planification ou de gestion a pour conséquence que (1) les acteurs locaux sont peu responsabilisés dans l'organisation des soins de santé ; et (2) les procédures de contrôle de la supervision des CS (supervision standardisée et ciblée) sont orientées par la hiérarchie du Ministère de la Santé et les bailleurs de fonds.(195,198)

Il est donc difficile pour les médecins de l'hôpital de référence de jouer un véritable rôle de soutien auprès des infirmiers (qui réalisent la plupart des activités des CS). Il est prouvé que les travailleurs du secteur de la santé peuvent considérer le médecin comme un concurrent plutôt que comme une aide.(199,200)

La supervision par le niveau de référence des agents des CS devrait encourager la collaboration entre les membres d'une même équipe pour faciliter le transfert de connaissances.

Le passage souhaité à une nouvelle approche pourrait également impliquer la formation initiale des agents de santé sur la prise en compte des dimensions BPS dans l'approche de soins.(201,202)

Quatrièmement, les visites à domicile sont généralement organisées dans la communauté par les agents des CS pour sensibiliser aux aspects de la prévention et de la promotion de la santé afin de lutter contre certaines maladies en ciblant des catégories spécifiques de la population. Malgré cela, les relais communautaires dans les aires de santé pourraient devenir un maillon clé d'une approche BPS, en jouant davantage le rôle de représentants de la communauté. Ils pourraient alors devenir des agents de changement dans les relations entre les professionnels du CS et de la communauté.(203–205)

Dans notre étude, certains CS présentaient des caractéristiques pouvant faciliter un changement d'offre de soins, comme la disponibilité de ressources humaines, de réseaux sociaux locaux ou d'informations individuelles. En effet, ils présentaient la possibilité de mieux se réorganiser et donc d'adapter les soins à la situation des personnes. Ils pourraient ainsi constituer une source d'inspiration pour orienter les changements des CS vers une autre approche. Certains CS peuvent s'organiser pour augmenter la permanence des soins dans le CS. Comme Draper et Engl l'ont mentionné, la disponibilité de l'équipe soignante et surtout les attitudes affichées lors des activités de soins sont des facteurs essentiels susceptibles de créer une atmosphère propice à une approche BPS.(206,207)

Par ailleurs, une bonne organisation des soins de santé est souvent associée à un leadership fort. En effet, le leadership de certaines équipes de gestion des soins de santé a été rendu visible par des initiatives originales mentionnées par les participants à cette étude. Certaines d'entre elles visaient l'organisation de l'information individuelle et communautaire.

L'organisation de l'équipe et le leadership positif ont également été rapportés par Moore et al. qui ont joué le rôle de facilitateurs dans la mise en œuvre d'une approche BPS.(208)

L'organisation de l'équipe se caractérise par une répartition des tâches au sein des unités de l'établissement de santé, la participation à la prise de décision et la transmission d'informations.(209)

La gestion des données personnelles des membres de la communauté, telle qu'elle est organisée dans certains CS, est essentielle puisqu'elle permet de maintenir la continuité des soins et d'adapter les soins en fonction des informations disponibles sur les dimensions BPS dans le contexte actuel du Sud-Kivu marqué par des crises et une instabilité.(77,210) Enfin, le soutien social fourni par les AVEC dans certains villages était une bonne initiative pour renforcer la solidarité au sein des communautés. Dans d'autres contextes, il aurait facilité et renforcé le soutien à domicile des personnes présentant des situations complexes BPS.

Conclusion

Cette étude menée dans six CS du Sud-Kivu a permis d'illustrer les règles implicites qui expliquent l'organisation actuelle du niveau des soins de santé primaires en RDC. Elle met en lumière les forces dominantes qui maintiennent une certaine routine dans l'offre de soins des CS malgré les changements pouvant être proposés. Si la prestation de soins doit passer d'une approche biomédicale à une intégration des dimensions BPS, la mise en œuvre d'un ensemble d'interventions ne suffirait pas. Pour qu'un changement se produise, il faut accorder plus d'attention à la mentalité des acteurs, aux dispositions institutionnelles et aux régimes en vigueur. Bien que cela semble difficile à réaliser, un changement progressif peut se produire, surtout s'il est plus souvent inclus dans la logique des projets de développement et des agences de financement appuyant le système de santé et plus particulièrement les CS au Sud-Kivu.

Étude 2

Un modèle de soins selon une approche biopsychosociale est-il possible au premier niveau des services de santé en République Démocratique du Congo ? Une analyse organisationnelle de six centres de santé au Sud-Kivu

La deuxième étude se concentre sur la capacité organisationnelle des centres de santé à implémenter un modèle de soins intégrant les dimensions BPS. Elle avait pour objectif d'analyser la capacité organisationnelle des CS à mettre en œuvre une approche BPS dans l'offre de soins. Ainsi, une étude qualitative a été menée dans six CS. Une analyse organisationnelle basée sur 15 capacités organisationnelles a été réalisée en utilisant le CCIC comme cadre théorique. Les données ont été collectées par des observations non participantes, une revue documentaire et des entretiens individuels semi-dirigés avec les principales parties prenantes (médecins-chefs de zone, prestataires de soins et membres des comités de santé ou CODESA). L'analyse organisationnelle a présenté trois catégories (Structures de base, Personnes et valeurs, et Processus clés).

Résultats

A. Structures de base

En ce qui concerne les caractéristiques physiques des centres de santé, ils disposent tous de salles de consultation fonctionnelles, ce qui est un point fort. Cependant, les centres de santé de Lwiro et Nyamuhinga ne disposent pas, dans la salle de consultation, du confort et de l'intimité nécessaires à une approche BPS. La disponibilité de ressources humaines au centre de santé et d'un bâtiment fonctionnel sont notés par les informateurs clés comme des éléments de base pour la mise en œuvre d'une approche de soins selon un modèle BPS.

« En ce qui concerne les critères de base, je dirais que tout d'abord, il faut un nombre suffisant de personnel qualifié et bien formé pour une prise en charge BPS ; deuxièmement, il faut avoir des infrastructures adéquates qui nous permettent de fournir cette prise en charge correctement ; il faut avoir des activités dans la communauté pour fournir ce soutien BPS » (IC3)

En ce qui concerne les ressources, les centres de santé mobilisent les fonds nécessaires à leur fonctionnement grâce au recouvrement de coûts et à l'appui de certains partenaires. Seuls les centres de santé de Lumu et Nyamuhinga reçoivent des subventions supplémentaires de l'État, ce qui est une force. Pour certains informateurs clés, l'appui des partenaires aux centres de santé peut garantir la mise en œuvre d'une approche BPS selon certains prérequis.

« Pour qu'un partenaire puisse appuyer la mise en œuvre des soins selon une approche BPS, c'est d'abord une question d'infrastructure : avoir une salle où la consultation peut se faire calmement, équiper le centre de santé en matériel et médicaments, et aussi motiver l'équipe de santé. » (IC8)

Concernant la Gouvernance, les équipes des centres de santé de Burhale, Kabushwa, Lumu, et Lwiro ne partagent pas leur expérience de suivi de leurs patients en réunion de staff, ce qui constitue une faiblesse.

Les supervisions organisées par les bureaux centraux des zones de santé sont évaluatives pour les nouvelles pratiques à Bideka, Burhale, et Nyamuhinga bien que les superviseurs de trois zones de santé (Bagira, Walungu, et Miti-Murhesa) ne connaissent pas le contenu d'une approche de soins selon un modèle BPS, ce qui est une faiblesse dans la redevabilité. Cet aspect est important à considérer selon certains informateurs clés :

« Si on a déjà internalisé l'approche à notre niveau, cela va constituer des modules de supervision. Quand on fait des visites de supervision sur le terrain, on va aussi évaluer leur programmation des activités, on va voir où ils ont apporté du soutien à travers des visites à domicile organisées ou même des séances d'écoute pour la prise en charge psychologique. » (IC1)

Le dossier du patient utilisé dans les centres de santé n'existe pas en format électronique et il n'y a qu'à Nyamuhinga qu'il est possible d'accéder aux données BPS des personnes utilisant les services de santé, ce qui constitue une faiblesse. Ces dossiers sont classés en toute sécurité et les données sont accessibles dans les différents centres de santé sous la forme de carnets de santé, de cahiers de notes et de dossiers de patients, ce qui constitue une force dans le domaine de l'accès à l'information médicale.

Les données du centre de santé indiquent qu'il existe des groupes de solidarité (mutuelles, groupes de patients, AVEC) dans les aires de santé de Bideka, Kabushwa, Lwiro et Nyamuhinga, et que ceux-ci collaborent avec le personnel du centre de santé, ce qui est un point fort, d'autant plus que le personnel du centre est impliqué dans la mise en place de certains d'entre eux.

« Ils ont certainement un grand rôle à jouer, d'abord ils permettent l'accès aux soins et ça c'est plus de l'ordre de la solidarité. Donc en résumé c'est du social, et à mon avis ces structures peuvent aider, si les partenaires se retiraient (de la zone de santé), pour faciliter l'accès aux soins. » (IC3)

B. Personnes et valeurs

En ce qui concerne l'engagement et le leadership des cliniciens, les médecins chefs de zone des quatre zones de santé concernées par cette étude déclarent avoir une certaine connaissance de l'approche BPS mais sans encadrer en ce sens les équipes des centres de santé, ce qui est une faiblesse constatée dans les six centres de santé.

« Je suis médecin ... et j'avais l'habitude de me concentrer uniquement sur la clinique et de suggérer au patient ce qu'il peut prendre comme médicament sans solliciter son avis parce que je suis conscient que notre façon de prendre en charge le patient dans nos structures n'est pas encore à la hauteur parce qu'il y a des lacunes et bien que nous ayons une formation théorique (sur l'approche BPS), nous n'arrivons pas encore à la pratiquer » (IC2)

Dans la majorité des centres de santé, les membres du personnel n'ont pas de définition formalisée de l'approche BPS au sein du centre de santé et ne partagent pas de valeur commune en termes de vision de soin centrée sur la personne et basée sur les besoins de leurs communautés.

Cette faiblesse constatée dans Burhale, Kabushwa, Lumu et Lwiro indique que les valeurs et habitudes de l'équipe n'intègrent pas encore l'approche BPS dans l'offre de soins. Néanmoins, la nécessité de changer la façon de travailler est soulignée par certains informateurs clés :

« Oui - c'est nécessaire à un certain niveau parce que les agents du CS ne sont pas habitués à prodiguer des soins tels qu'ils sont définis par la partie psychologique, médicale et aussi sociale ; c'est donc une nouvelle approche. » (IC1)

La culture organisationnelle dans certains CS prend en compte le contexte des membres de la communauté en assurant une offre de soins adaptée :

« Notre service ne s'arrête jamais... nous avons adopté une autre façon de travailler qui peut ne pas convenir à d'autres structures... tout le monde travaille pendant la journée et c'est seulement après 16 heures qu'une personne est de garde jusqu'au lendemain où tout le monde travaille... chez nous, toutes les activités sont fonctionnelles tous les jours sauf le dimanche » (IC5)

Dans tous les CS à l'exception de Nyamuhinga, il n'existe pas de système de collecte des impressions des patients sur l'organisation des soins.

Néanmoins, à Bideka, Burhale, Kabushwa et Nyamuhinga, les équipes des centres de santé communiquent avec les personnes lors de la consultation sur leurs valeurs et préférences en termes de soins. Cela influence positivement le focus sur une approche BPS dans ces structures.

Les membres des équipes des centres de santé n'ont pas reçu de formation sur l'approche BPS durant leur cursus académique et aucune évaluation n'a été organisée pour ceux qui ont reçu une formation se rapprochant de cette approche dans les six centres de santé. Selon certains informateurs clés, la formation du personnel des centres de santé serait un atout :

« ... Je vous ai dit que l'autonomisation des agents serait la bienvenue parce que dire qu'il y aura tendance que tous les cas que l'on peut croire avoir des problèmes BPS puissent être par exemple référés à une autre personne et cela ne peut pas nous faciliter la prise en charge... » (IC7)

Pour d'autres, elle ne devrait pas concerner tous les agents impliqués dans la prise en charge.

« Il serait mieux que cela (une formation) concerne tous les agents mais comme nous le savons tous, les moyens sont limités parce qu'avec tous les agents, cela va demander beaucoup de moyens alors qu'ils sont limités. Et donc il serait mieux de prendre les responsables et qu'ils puissent aller faire une restitution dans leurs structures » (IC2)

Seule l'équipe de Nyamuhinga organise des réunions sous forme de discussions de cas orientées vers la prise en charge BPS des personnes en proposant un plan de mise en œuvre des recommandations, ce qui est un point fort signalé dans cette structure. Dans les autres centres de santé, les réunions du personnel concernent surtout le suivi médical des personnes en observation dans les CS.

« Nos réunions de staff sont beaucoup plus médicales car cette approche BPS est en train de s'intégrer mais elle ne l'est pas encore totalement ... mais quand elle sera très intégrée, elle suivra le même rythme » (IC5)

Concernant le climat de Travail, les membres des différents CS intègrent une certaine diversité (pluridisciplinaire) dans le profil des équipes soignantes, une force constatée dans les six CS puisqu'elle assure la collaboration et l'interdisciplinarité au sein du personnel de ces structures.

C. Processus clés

Dans quatre CS, le partenariat reste une faiblesse car le personnel des centres de santé n'organise pas d'échanges d'expériences avec d'autres structures de l'aire ou de la zone de santé. Ils ne partagent pas non plus d'informations sur les cas avec des problèmes BPS suivis dans leurs structures de santé comme cela a été noté à Burhale, Kabushwa, Lumu et Lwiro.

En ce qui concerne la prestation des soins, les membres du personnel des CS de Kabushwa, Lwiro et Lumu ne communiquent pas entre eux et ne partagent pas leurs expériences, ce qui constitue une faiblesse. La gestion assurée par le leadership fort des infirmiers titulaires ou IT pourrait, selon certains informateurs clés, influencer les équipes des CS.

"Je pense que même le leadership de l'IT du centre de santé doit être très sollicité si nous voulons réussir et si toute l'équipe doit comprendre la nécessité de cette prise en charge qui est holistique et qui prend l'humain comme individu et non comme un sujet médical » (IC3)

En ce qui concerne la Mesure de la Performance, tous les centres de santé rapportent des indicateurs quantitatifs sur l'état de santé de la communauté, et des rapports sur les données de fonctionnement des centres de santé et leurs indicateurs sont disponibles dans les formations sanitaires. Seul Nyamuhinga rapporte les résultats psychosociaux des consultations effectuées dans sa structure.

Pour l'Amélioration de la Qualité, seules les équipes de Bideka et de Nyamuhinga opèrent des changements dans l'organisation et la prestation des soins au sein de leurs formations. Ce changement pourrait être plus fortement ressenti sous certaines conditions :

« Si les IT sont très impliqués, ils vont prendre la tâche d'accompagner les autres membres de leur équipe pour mettre en œuvre la démarche car s'ils ont déjà compris au départ, les choses se passeront bien à mon avis » (IC1)

Ce changement peut être plus ressenti à travers une évaluation soit par le biais d'un système de reporting et de rétroaction mis en place par les équipes des CS (comme à Bideka, Burhale, Kabushwa et Nyamuhinga) soit par l'équipe de gestion de la zone de santé.

« L'évaluation peut se faire à deux niveaux selon moi ; le premier niveau est celui de la supervision et la supervision est définie par l'examen, et le deuxième niveau est celui des enquêtes et de l'évaluation des performances au niveau de l'établissement. » (IC2)

Discussion

Nos résultats rapportent des forces et des faiblesses dans la capacité des CS à mettre en œuvre une approche BPS dans l'offre de soins au Sud-Kivu. Parmi les forces, on peut citer la disponibilité de salles de consultation fonctionnelles, la mobilisation des fonds pour le fonctionnement, la présence de groupes de solidarité et l'intégration de la diversité dans les équipes de soins des CS.

Pour les structures de base, les résultats de l'analyse montrent que la majorité des centres de santé rapportent des lacunes concernant le partage entre les membres du personnel sur le suivi des personnes.

En ce qui concerne les personnes et les valeurs, l'analyse a rapporté des déficits marqués en matière de culture organisationnelle/réseau et de focalisation sur l'orientation et l'engagement des patients.

Par rapport aux Processus Clés, plusieurs CS n'ont pas suffisamment développé le Partenariat avec d'autres structures de santé ainsi que la Prestation de Soins et l'Amélioration de la Qualité dans les CS.

L'analyse des données issues des entretiens, de la revue documentaire et de l'observation des centres de santé montre que les capacités organisationnelles associées au domaine « Personnes et valeurs » sont les moins développées par les CS pour favoriser la mise en œuvre d'une approche BPS. Les études suggèrent que ces capacités, à savoir l'Engagement et le Leadership des cliniciens (211), la Culture organisationnelle/réseau (212), l'Accent sur l'orientation et l'engagement du patient (212)· (213), l'Engagement à l'apprentissage (213)· (214) et l'Environnement de travail (215) ne doivent pas être négligées dans le développement d'une approche de soins différente. Ne pas prendre en compte les dimensions BPS dans l'organisation normative des soins va à l'encontre de l'engagement des cliniciens, du changement de culture organisationnelle et de l'engagement à apprendre de nouvelles approches de soins dans les différents CS. De plus, le manque de définition formalisée et de valeurs communes concernant une approche BPS parmi le personnel des CS, comme l'a noté notre étude, est un défi commun rencontré dans de nombreux pays en développement.(216), (217) Cela peut conduire à un manque de soins cohérents et intégrés qui prennent en compte la personne dans son ensemble, y compris ses besoins psychologiques et sociaux.(218) Il est donc important de réfléchir à l'adoption de l'approche BPS comme une des valeurs fondamentales des soins de santé et de fournir un soutien au personnel des CS pour assurer une mise en œuvre cohérente.

Plusieurs études soulignent également l'importance des Caractéristiques physiques (219), des Ressources(112), de la Gouvernance(220)· (221)· (54), de la Redevabilité(212)· (222), le stockage des informations des patients(223) et l'Organisation en Réseaux(212) qui sont des composantes organisationnelles relevant du domaine des Structures de base.

Aux côtés des autres composantes, les caractéristiques physiques des CS ressortent comme un élément structurel important à considérer pour la mise en œuvre d'une approche BPS car elles facilitent la continuité des soins. La disponibilité de salles de consultation fonctionnelles est une exigence de base pour une prestation de soins de santé efficace, et le manque de confort et d'intimité peut entraver cette mise en œuvre, comme le souligne notre étude. Ce résultat est cohérent avec la littérature, qui souligne l'importance des infrastructures physiques dans la prestation de soins de santé. Une étude menée en Ouganda rural a révélé que la disponibilité de salles de consultation fonctionnelles et de ressources humaines était importante pour la mise en œuvre d'une approche BPS dans les structures primaires. De plus, l'étude a révélé que le manque d'intimité et de confort dans les salles de consultation peut constituer un obstacle à la prestation de soins de qualité.(224) La première ligne de soins, en tant que point de contact avec la population, est appelée à répondre à certains critères en termes de bâtiments et de locaux destinés aux activités de soins. Comme le stipulent les normes du ministère de la Santé, les soins médicaux sont possibles dans la plupart des CS. La présence de locaux adaptés pour préserver l'intimité des personnes peut faciliter les activités de suivi et de prise en charge sociale dans des structures de santé fonctionnelles.

Le financement des structures de santé reste un facteur limitant dans la mise en œuvre de soins impliquant un réseau de partage et de soutien des expériences et de soutien aux membres de la communauté. Les CS sont soutenus par des fonds provenant de donateurs externes, mais ce financement est le plus souvent orienté vers l'organisation et le soutien d'activités de soins spécifiques. De plus, les agents des CS ne sont pas régulièrement payés par le gouvernement, ce qui les rendrait plus intéressés par d'autres incitations financières.(225) En termes de ressources, le fait que les CS mobilisent des fonds par le biais de collectes de fonds et du soutien de partenaires n'est pas rare, en particulier dans les contextes à ressources limitées où les gouvernements peuvent ne pas être en mesure de financer entièrement les services de santé.

La littérature suggère que la participation communautaire et les partenariats peuvent améliorer la durabilité et l'efficacité des CS.(226),(227) Cependant, la disponibilité du financement peut être incohérente et peu fiable, ce qui entraîne des défis pour maintenir une qualité de soins constante.

En ce qui concerne la gouvernance, le manque de partage d'expériences lors des réunions du personnel est une faiblesse qui a également été observée dans d'autres études.(228) Une communication et une collaboration efficaces entre les prestataires de soins de santé sont essentielles pour améliorer la qualité des soins. Des études ont montré qu'une supervision et un suivi efficaces des centres de santé par des autorités de niveau supérieur peuvent améliorer la responsabilisation et la qualité des soins.(229) Toutefois, les problèmes de communication et de coordination entre le personnel des CS et les autorités de niveau supérieur peuvent entraver l'efficacité de ces efforts.

La conception organisationnelle/réseautique sous forme de mutuelles de santé ou de groupes de solidarité soutient la mise en œuvre d'une approche BPS en favorisant l'utilisation des services de santé et l'accessibilité financière.(230) La collaboration entre le personnel du CS et les groupes communautaires est également une force qui a été observée dans d'autres études.(231) L'engagement communautaire et les partenariats peuvent améliorer la prestation de soins de santé et promouvoir les initiatives de promotion de la santé et de prévention.

Les supports utilisés dans certains centres de santé pour stocker les informations sur les patients et leurs épisodes de maladie peuvent faciliter le suivi des patients et l'organisation du soutien psychosocial en cas de besoin.

A l'aide de ces outils, les équipes du centre de santé doivent s'assurer que la confidentialité des individus est respectée lors de l'organisation des suivis multidisciplinaires des patients présentant des problèmes psychosociaux.(232,233) L'intégration de la diversité dans le profil des équipes de soins du CS est en effet une force importante qui favorise la collaboration et l'interdisciplinarité.

Cela est cohérent avec la littérature générale, qui souligne l'importance du travail d'équipe interdisciplinaire et collaboratif dans la prestation de soins de santé, en particulier dans les milieux à faibles ressources où le personnel et les ressources sont souvent limités.(234) La recherche a montré qu'une approche multidisciplinaire des soins de santé peut améliorer les résultats pour les patients, accroître l'efficacité et améliorer la qualité des soins fournis.(235)

Dans le domaine des technologies de l'information, l'absence de dossiers médicaux électroniques est un défi que l'on observe également fréquemment dans les milieux aux ressources limitées.(236) L'utilisation de dossiers médicaux électroniques peut améliorer la qualité des soins en permettant un meilleur suivi des informations sur les patients et la continuité des soins.(230)

Enfin, les études montrent l'importance des composantes du domaine « Processus clés » dans la mise en œuvre de l'approche BPS notamment le Partenariat(237) (238), la Prestation de soins (239), la Mesure de la Performance (129)· (120) et l'Amélioration de la Qualité (240)· (129). Dans notre étude, il a été noté un manque de communication et de partage d'expériences entre les personnels des CS dans certaines structures, ce qui constitue une faiblesse. Ceci est cohérent avec la littérature qui souligne l'importance d'une communication et d'une collaboration efficaces entre les équipes soignantes pour améliorer les résultats des patients.(241)

La collaboration avec d'autres prestataires de soins et des alternatives à la médecine moderne pourrait assurer le succès d'une approche BPS en permettant une bonne coordination des soins à tous les niveaux du système de santé tout en assurant une bonne qualité des soins aux membres de la communauté.(242)

Les équipes des CS peuvent certainement agir sur l'Amélioration de la Qualité en insistant sur l'interdisciplinarité entre les membres du personnel et en améliorant le leadership des Infirmier titulaires des CS appuyés par les autres agents. Un leadership fort motive des changements en faveur d'une approche BPS et consolide ainsi sa mise en œuvre.(243)

Les informations rapportées par les patients sont probablement le meilleur moyen d'évaluer les effets d'une approche BPS et ses résultats sur la santé des personnes et de leurs communautés. Inclure les patients ou encore plus les personnes comme informateurs clés aurait été le mieux placé pour déterminer si les soins qu'ils reçoivent correspondent à leurs valeurs, préférences et besoins.(244)

De plus, seul le patient sait s'il a reçu le niveau d'information souhaité et si l'information est comprise et peut être rappelée. En ce qui concerne le confort physique, seuls les utilisateurs des services peuvent également signaler la gravité des symptômes physiques et leur soulagement adéquat des médicaments.

L'utilisation de mesures rapportées par les patients des soins centrés sur leurs besoins et attentes est essentielle pour identifier les domaines des soins de santé où des améliorations sont nécessaires pour améliorer la qualité.(245)

Dans la littérature, l'accent est fortement mis sur l'importance de l'amélioration continue de la qualité pour améliorer la qualité des soins, ce qui implique un suivi et une évaluation continus des soins dispensés.(246)

Par conséquent, les centres de santé doivent établir un système de rapport et de rétroaction pour surveiller l'efficacité des changements apportés et identifier les domaines à améliorer.

Les composantes analysées corroborent celles d'autres études, notamment celles de Luxford(212) et Shaller(129). Ces études révèlent que plusieurs attributs et processus organisationnels sont des facilitateurs clés pour rendre les soins plus proches d'une approche de soins plus orientée vers un modèle BPS, notamment un leadership fort et engagé, une communication claire de la vision stratégique à chaque membre de l'organisation, un engagement actif des patients et des familles dans toute l'organisation, une attention soutenue à la satisfaction du personnel dans un environnement de travail favorable à tous les employés, une mesure active et un compte-rendu systématique des expériences des patients, des ressources adéquates pour la refonte de la prestation des soins.

On peut aussi évoquer le renforcement des capacités du personnel, la responsabilisation et les incitations, une forte culture du changement et de l'apprentissage, et la disponibilité de technologies de l'information de soutien.

Luxford mentionne que le changement de culture organisationnelle d'une « orientation prestataire » à une « orientation personne » ainsi que le temps qu'il a fallu pour passer à une telle orientation ont été les principaux obstacles à la transformation de la prestation de soins centrés sur la personne.(212) Bokhour souligne aussi les efforts qui doivent être faits à tous les niveaux du système de santé sur la base que le leadership doit être le mouvement principal.(243) A ces barrières s'ajoutent celles rapportées dans notre précédente étude à savoir la méconnaissance de la gestion des BPS par les soignants, les visites à domicile principalement utilisées pour le contrôle des maladies, les initiatives de solidarité non promues localement, les nouvelles ressources et incitations financières attendues et la reddition de comptes résumée dans le reporting d'indicateurs spécifiques.(29)

Conclusion

L'analyse de la capacité organisationnelle des CS du Sud-Kivu à mettre en œuvre une approche BPS a permis d'identifier plusieurs forces et faiblesses dans différents domaines, notamment les personnes et les valeurs, l'engagement et le leadership des cliniciens, la culture organisationnelle/de réseau, l'accent mis sur l'approche centrée sur la personne, l'engagement à apprendre, l'environnement de travail, les processus clés, la prestation des soins, la mesure des performances et l'amélioration de la qualité.

Dans l'ensemble, l'étude souligne que s'il existe quelques poches de bonnes pratiques, il existe également des lacunes et des défis importants dans la mise en œuvre d'une approche BPS dans les CS du Sud-Kivu, en RDC.

Ces derniers découlent principalement d'un manque de processus et de protocoles standardisés et formalisés, d'une formation et d'un encadrement insuffisants du personnel des centres de santé, d'une communication et d'une collaboration faibles entre les équipes des CS et de pratiques limitées d'approche centrée sur le patient et d'engagement des patients.

En conclusion, l'étude suggère que l'amélioration de la capacité organisationnelle des CS à mettre en œuvre une approche BPS nécessite des efforts concertés de la part de multiples parties prenantes de l'organisation des soins de santé en RDC, notamment les décideurs politiques, les gestionnaires des CS, les professionnels de la santé et les patients. En répondant aux défis identifiés, les CS du Sud-Kivu et au-delà peuvent fournir des soins plus efficaces et centrés sur la personne et leurs communautés.

Étude 3

Impact des Pratiques des Agents des centres de Santé au Sud-Kivu pour mener à l'Adoption d'un Modèle Biopsychosocial de soins : Une Perspective Qualitative

La troisième étude explore les changements individuels et les pratiques des agents de santé dans l'adoption d'une approche de soins selon un modèle BPS de soins dans des centres de santé au Sud-Kivu. L'objectif était de comprendre les leviers et obstacles à la mise en œuvre d'un modèle BPS de soins à travers des activités menées par les agents des CS au Sud-Kivu. Une étude qualitative a été menée avec un échantillonnage de convenance, sélectionnant 28 agents de santé, dont 8 femmes, occupant diverses fonctions. Les données ont été récoltées via des entretiens semi-directifs structurés par une grille inspirée de l'outil NoMAD. Une analyse thématique déductive a été conduite en utilisant les 4 mécanismes de la NPT.

Résultats

I. COHÉRENCE DU MODÈLE BPS DANS LES CENTRES DE SANTÉ

La cohérence met en relief les changements rapportés dans la compréhension et la perception d'un modèle BPS des soins par les agents de santé ainsi que les facteurs qui pourraient avoir favorisé ou entravé la cohérence de ce type d'offre de soins dans les centres de santé.

Certains agents de santé ont exprimé une acceptation du modèle BPS, notant que l'amélioration de leurs capacités d'accueil et la reconnaissance de la nécessité d'une approche holistique des soins sont des catalyseurs de changement.

« Vraiment il faut un changement parce qu'il faut que je sois capable de prendre en charge un malade (sur les plans médical, psychologique et social). » A1

« Cette façon de travailler augmente mes capacités et m'améliore davantage par rapport à la façon dont je travaillais précédemment. » A4

Une évolution vers un modèle BPS semble être observée par certains agents, avec une amélioration notable de l'anamnèse dans les consultations. Le partage d'expériences entre membres des staffs d'infirmiers influencerait sensiblement l'acquisition des aptitudes individuelles des agents.

« C'est devenu une activité ordinaire parce que tous les agents peuvent déjà détecter des problèmes médicaux et psychosociaux : tant qu'un agent cause avec le patient, il saura si ce patient souffrait de maladie avec des conséquences psychosociales auparavant ou pas... » D3

« C'est devenu (une activité) ordinaire oui, ... auparavant on ne les voyait pas (les personnes avec problèmes médicaux et psychosociaux) parce que c'est un système (de soins) qu'on ne connaissait pas mais à présent les gens sont tellement nombreux (en consultation). » A4

De plus, selon eux, un modèle BPS est vraiment destiné à être proposé comme approche de soins aux personnes qui fréquentent régulièrement les structures de soins sans réellement trouver de solutions à leur problème de santé. L'engouement des patients au niveau des structures paraît être le facteur prédominant de motivation à une meilleure compréhension de ce modèle par les agents.

La complexité des cas a stimulé l'intérêt de certains agents pour le modèle BPS. La prise en charge semble être progressivement devenue courante, notamment grâce aux échanges d'expériences entre pairs.

« Avant ce n'était pas comme ça, ... on commençait à se lasser de certaines personnes parce que toutes les semaines elles sont là. Mais dès qu'on a compris qu'on est entré dans une logique de soins psychosociaux, on s'est dit qu'en tout cas on ne peut plus se décourager.... On sait comprendre que si ceci (les visites fréquentes) est arrivé, c'est à cause (des problèmes BPS). Quand on fait des visites à domicile et on fait des accompagnements, on parvient à résoudre certains problèmes. » F2

« En observant comment les autres sont en train de faire en les consultant (les patients avec problèmes BPS), quel médicament donner, il peut avoir un intérêt (à pratiquer cette approche). Bon, un infirmier peut être intéressé puisque si une fois vous formez son collègue, demain il pratiquera ce que le formé a fait. » E4

D'autre part, une offre de soins basée sur un modèle BPS semble susciter l'intérêt mais son appropriation pose encore problème pour certains agents parce qu'elle reste liée au principe classique de formation par des superviseurs ou des pairs.

« Je sais comment mettre en œuvre cette approche mais ce que je sais est à améliorer. (j'ai des connaissances) partiellement mais pas globalement. Je pense qu'il fallait un renforcement de capacités qui devrait provenir de l'équipe cadre du BCZ en collaboration avec l'équipe de cette étude et la direction provinciale de la santé. » E2

Certains agents rapportent mener les consultations selon un modèle qui explore davantage les aspects psychosociaux associés aux problèmes médicaux bien que davantage utilisé dans la prise en charge des patients en santé mentale.

« C'est une approche qui est tellement importante parce que ça joue un grand rôle d'encadrement des personnes qui ont des problèmes mentaux... en faisant aussi l'écoute, on se rend compte que ce n'est pas totalement une maladie mais plutôt un problème mental. » A4

La faible pratique des soins orientés vers une prise en charge psychosociale, la crainte de perdre certains patients ou des incitants financiers et le souci d'apporter les meilleurs soins possibles sont des éléments de motivation supplémentaire.

« Je pense que les malades une fois soignés au centre de santé peuvent parfois avoir des séquelles physiques ou psychologiques. Il est nécessaire qu'on se mette ensemble avec le malade pour savoir comment la situation évolue, dialoguer pour lui prodiguer les conseils nécessaires par rapport à l'évolution de sa pathologie. » C3

II. PARTICIPATION COGNITIVE : ENGAGEMENT DES AGENTS DE SANTÉ DANS LE MODÈLE BPS

La participation cognitive met en évidence les changements observés dans l'engagement et la participation des agents de santé dans la mise en œuvre d'un modèle BPS de soins ainsi que leur dans la prise de décision et la planification des soins dans leurs structures.

Certains agents rapportent que le modèle BPS a été bien accueilli car ils ont souligné sa pertinence pour la qualité des soins et son intégration potentielle dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA).

« C'est vraiment facile parce que les prestataires s'y impliquent ... Il faut une forte implication des prestataires pour un peu faire l'équivalent, pour l'introduire dans le paquet minimum d'activités au niveau du centre de santé. » A2

Ils ont en outre pris conscience de leur rôle clé dans l'adoption de ce modèle, identifiant les CS comme des points de contact essentiels pour obtenir des éléments en lien avec les dimensions biopsychosociales.

« Oui, le centre de santé a un rôle parce que dans ce paquet d'activités il doit aussi sensibiliser la population, la communauté à faire les visites à domicile. C'est dans ses attributions ... c'est peut-être un complément mais c'est dans notre paquet d'activités : sensibiliser les agents, faire de l'éducation et des visites à domicile. » C3

« Cette aide, cet accompagnement, cette prise en charge, n'est-ce pas ça le rôle que le centre de santé doit jouer dans cette approche? je pense (que oui) si j'ai bien compris. Si tous les centres pouvaient, si tous les centres pouvaient prendre en charge les malades... si cette approche pouvait être mise ou prise par tous les centre de santé en tout cas ça aiderait beaucoup les malades. Ça ferait de changements parce qu'il y a de ces centres de santé qui ne font pas ce que nous nous faisons, je pense. » F2

Néanmoins, plusieurs autres rapportent éprouver des difficultés à offrir des soins selon cette approche puisque cela impliquerait de former spécifiquement certains d'entre eux pour assurer ces tâches.

« C'est pour cette raison qu'il y a nécessité d'une unité pour ça (une approche BPS), ou bien qu'on briefe quelqu'un ou qu'on entraîne quelqu'un pour prendre ces cas en charge. Ça peut nous aider parce que s'il y a déjà des cas et quelqu'un chargé de les prendre en charge, les gens seront mieux suivis que si on le faisait en groupe. » C3

« Nous pouvons toujours les prendre en charge, malgré ça, la formation, nous ne sommes pas briefés sur comment on peut les prendre en charge... Et s'il y a quelqu'un qui est briefé comme les infirmiers, il peut briefer les autres pour leur montrer comment on peut les prendre en charge. » E4

III. ACTION COLLECTIVE : COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ET COORDINATION DES SOINS DANS LE MODÈLE BPS

Ce thème présente les changements notés dans la collaboration interdisciplinaire et la coordination des soins entre les différents professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre du modèle BPS. Il identifie aussi des facteurs qui ont favorisé ou entravé l'action collective dans sa mise en œuvre.

Certains agents des centres de santé ont rapporté plusieurs expériences personnelles d'une pratique individuelle de prise en charge selon un modèle BPS au niveau de leur structure. Quelques-uns offraient déjà une prise en charge psychosociale dans certains programmes verticaux comme les Personnes vivant avec le VIH (PVVIH). L'offre des soins qu'on retrouve dans ce contexte se base sur les formations de prise en charge par les représentations provinciales des programmes spécialisés.

« Nous le faisons ici, je vous ai donné un exemple d'un PVV que nous prenons en charge psycho-médicalement et, à partir de cet exemple-là, nous pouvons prendre d'autres personnes en charge » E4

Plusieurs agents interrogés rapportent pour la plupart avoir pris l'habitude d'offrir des soins psychosociaux au sein de leurs structures tout en considérant les causes médicales à la base des consultations. L'intérêt qu'ils accordent à une offre différente de soins en première ligne ainsi que la communication entre les différents membres des équipes des centres de santé sont des facteurs favorisant la pratique d'un modèle BPS par les agents de santé.

« C'est compris par les agents mais pas tout le monde, je fais partie des gens qui sensibilisent et qui vulgarisent cette approche auprès d'autres membres du personnel ayant une compréhension un peu plus basse que moi mais j'essaie de leur faire comprendre cette approche. Moi-même quand j'ai un cas dans la consultation je commence par le médical, je fais l'anamnèse et l'examen clinique. Avant de prescrire quelque chose, j'essaie de regarder les problèmes psychologiques, après je demande les problèmes sociaux et je combine alors les soins médicaux, psychologiques et sociaux. » A2

Dans la mise en œuvre du modèle BPS dans les centres de santé, Les échanges d'expériences entre les membres des équipes de soins ont été cruciaux pour construire la confiance dans ce modèle.

« Oui, nous partageons, nous le faisons pendant les réunions ou bien pendant les discussions des cas. En discussion de cas, nous fouillons ensemble. Mais aussi pendant les visites à domicile ; celui qui était en visite à domicile peut rapporter aux autres personnels ce qu'il a remarqué ou noté. Avec des expériences que nous partageons pendant les séances de discussions de cas et pendant les visites à domicile, tout le personnel essaie de comprendre pratiquement ce que veut dire cette approche. » A2

D'autres rapportent par contre qu'ils ne pratiquent pas une offre basée sur un modèle de soins BPS par manque d'information et/ou de formation sur le contenu d'une approche différente que celle utilisée habituellement dans les structures de soins.

« Ce n'est pas bien fait parce qu'il faut que ce paquet (BPS) soit aussi disponible au niveau du CS. Il faut une formation pour les prestataires des soins et les relais communautaires. » C3

Bien que certains agents aient déjà pratiqué une offre de soins apparentée au modèle BPS, un manque de confiance a été identifié en raison de l'absence de formation spécifique.

« Il faut aussi qu'on les (les infirmiers) forme, ils peuvent les aider (les personnes avec problèmes BPS). La formation pour un seul ne peut pas suffire. Tout le monde c'est mieux. Quand ils ont la formation, ils peuvent aider dans la prise en charge. » A4

IV. CONTRÔLE RÉFLEXIF

Ce thème discute des changements notés dans la réflexion critique et l'adaptation des pratiques des agents de santé en ce qui concerne la mise en œuvre d'un modèle BPS ainsi que des facteurs qui ont facilité ou limité le contrôle réflexif des agents de santé.

Quelques agents vus dans les centres de santé notent que les nouvelles initiatives dans le paquet des soins semblent influencer positivement le niveau de fréquentation de leurs structures, quel que soit le type.

« Quand les patients avec des problèmes BPS (diabétiques, hypertendus) commencent à venir au CS, c'est qu'ils deviennent intéressés et ils sont sensibilisés. Et quand les uns sont sensibilisés, ils vont informer les autres. Quand vous voyez que l'effectif devient important, vous allez vous dire que vous faites du bon travail. » A3

D'autres agents estiment que proposer un suivi psychosocial en plus de celui médical est tout à fait pertinent au vu des besoins en santé exprimés par les utilisateurs des services. Les utilisateurs reviendront plus souvent dans la structure parce qu'ils sentent que le personnel s'intéresse davantage à leurs problèmes en tant que personnes et non seulement comme simples patients en quête d'un traitement médical. De fait, ces centres de santé deviendront plus attractifs pour la communauté et performants.

« Oui ça vaut la peine et vraiment c'est très intéressant parce que ça vient pour soulager nos patients. Oui c'est vraiment intéressant sur le fonctionnement du centre, premièrement par rapport à la prise en charge ça aide le centre de santé à améliorer sa qualité de prise en charge et sa performance. » E2

« Oui ça vaut la peine. Parce que plus vous consultez bien, plus les malades vous fréquentent et vous quand vous dialoguez plus avec les malades, ils viennent souvent. Quand vous vous mettez à la place du patient et que vous vous plongez dans son dossier, il va dire que vous vous intéressez vraiment à sa situation et tôt ou tard il va revenir. » C3

Certains agents rapportent une certaine motivation à offrir dans leurs structures des soins BPS. Cette dernière tire son sens de l'intérêt scientifique ou intellectuelle qu'ils portent à une offre différente de soins en première ligne.

« Les gens sont motivés parce que c'est un sujet qui est intéressant et tout le monde voudrait à ce qu'il soit formé et briefé. » C3

« Ils sont motivés par rapport à la prise en charge BPS, à la connaissance qu'ils en tirent parce qu'ils aiment cette approche, ils ont soif de la connaître davantage. » D3

Dans certaines structures, des modifications notées dans l'organisation du travail pourraient faciliter la mise en œuvre d'un modèle BPS dans l'offre de soins ; cela serait lié à une précédente sensibilisation de certaines structures au développement d'un modèle différent d'offres de soins en première ligne.

« Oui, on a modifié nos horaires de travail parce que déjà c'est une approche qui est déjà intégrée dans d'autres structures qui étaient déjà là. » A2

« Nous venons récemment d'être briefés à ce sujet. C'est une activité qui va continuer, c'est question de s'adapter et de s'impliquer pour que cela puisse continuer. » C3

Certains agents interrogés rapportent qu'ils offrent des soins dans les structures selon un modèle BPS comme à Bideka et que cela devient de plus en plus une pratique habituelle pour le personnel affecté en première ligne de soins. Les formations reçues des bailleurs de fonds et du BCZ sont citées comme facteurs contributifs à la pratique d'un modèle BPS dans les ZS.

« C'est devenu ordinaire comme je l'ai dit ici. Dès lors qu'on a intégré les trois aspects sur la fiche de consultation (ce qui nous aide lors de la consultation), c'est comme un réflexe : on se dit qu'on prend d'abord les problèmes médicaux, puis les problèmes psychologiques et enfin les problèmes sociaux et après on peut donner une prise en charge médicale et psychosociale. Donc c'est déjà une pratique ordinaire dans notre structure. » A2

« C'est important parce qu'ici nous avons beaucoup de gens qui souffrent de cette maladie (des problèmes BPS) ... Maintenant qu'on nous a formés, on sait déjà les prendre en charge et surtout comment les orienter. » D3

Par contre, certains agents interrogés rapportent que même si un modèle BPS de soins a été pratiqué dans la plupart des structures de soins, sa mise en œuvre n'a pas été évaluée par les utilisateurs de service. Il n'existe pas un système de rapportage des impressions des personnes qui ont bénéficié des services BPS sur la qualité des soins reçues et les améliorations nécessaires dans le paquet d'activités des centres de santé. Les évaluations se font encore seulement par les équipes des centres de santé.

« C'est l'équipe du centre de santé qui évalue seulement les activités parce qu'à chaque fin du mois, avant d'envoyer le rapport à la BCZ, il faut d'abord que nous nous rencontrions nous-mêmes pour faire une évaluation de notre service avant d'envoyer le rapport. » A4

Dans certains centres, des agents ont rapporté qu'ils ne peuvent ou ne sont pas motivés du tout à proposer un modèle BPS dans l'offre des soins.

Cela s'expliquerait, selon eux, par le manque d'incitants financiers venant d'un partenaire accompagnant le changement du contenu de l'offre classique des soins au centre de santé. S'y ajouterait une mauvaise compréhension de l'importance de ce modèle et de son application en première ligne de soins.

« Je peux dire que les agents sont motivés peut-être à 25 %... Je le dis parce que la motivation (financière), c'est tellement très peu et les agents sont nombreux. » A4

« Avec les partenaires, quand nous incluons une nouvelle activité, les prestataires s'attendent à ce qu'il y ait aussi une enveloppe.

Là, je parle des finances qui augmentent au niveau de la structure... il faut encore une sensibilisation, il faut une vulgarisation pour que l'approche soit bien incluse et comprise. » A2

La plupart des agents rapportent que le volume de travail et surtout l'organisation de chaque équipe en termes de changement d'horaires, de nouvelles répartitions de tâches ou de responsabilités entre agents de santé n'offrent pas la possibilité d'intégrer un modèle BPS dans l'offre de soins.

« On n'a pas modifié la façon de travailler par ce que nous ne sommes pas évalués ou bien il n'y a pas la possibilité de nous faire évaluer par ces malades. » E2

Pour d'autres agents, le modèle BPS n'est pas assez ancré dans les habitudes des équipes de leurs structures de soins parce qu'aucune formation n'a été assurée aux équipes médicales. Le manque de mise à l'échelle de cette approche à toutes les FOSA d'une ZS n'a pas contribué à la fixer comme élément fondamental du PMA.

« Ce n'est pas encore intégré dans les activités du centre de santé ; parce que si c'était intégré, je pense qu'on allait déjà faire un carnet de rapportage pour ces problèmes BPS. » E2

« Ce que nous avons demandé, c'est que ça peut être mieux de l'intégrer (l'approche BPS) dans d'autres centres de santé parce que c'est tout à fait un cas général pour les centres de santé... Alors il faudrait qu'on l'intègre dans d'autres centres de santé pour que toute la zone soit couverte. » A4

DISCUSSION

L'objectif de notre recherche était de comprendre les facteurs motivant des changements individuels du personnel de santé en lien avec la mise en œuvre d'un modèle BPS de soins dans 6 centres de santé au Sud-Kivu.

Observations Clés

Nos résultats ont révélé des variations significatives dans l'adoption et la mise en œuvre du modèle BPS entre les centres de santé étudiés.

Certains agents ont exprimé une tendance à adhérer à une intégration du modèle BPS dans leurs pratiques de soins, tandis que d'autres ont rapporté des défis plus importants dans sa mise en œuvre.

• *Acceptation et Mise en Œuvre du modèle BPS de soins*

Certains agents ont rapporté une pratique plus habituelle dans la prise en charge, intégrant davantage les aspects psychosociaux aux problèmes médicaux dans les consultations. Certains ont mentionné une utilisation accrue de cette approche dans la prise en charge des patients en santé mentale.

D'autres agents ont également mis en avant la valeur ajoutée d'un modèle BPS en termes de qualité des soins et de renforcement de la relation avec les patients. Cela a été perçu comme un élément essentiel pour offrir des soins de qualité et répondre aux besoins de la communauté. Ils estiment en plus que cela améliore la qualité des soins et renforce l'attrait des centres de santé pour la communauté.

Quelques agents des CS ont montré une acceptation positive du modèle BPS en raison de son potentiel à améliorer la prise en charge des patients. Cela est cohérent avec les résultats d'autres études qui ont également montré une acceptation généralement positive de ce modèle parmi les professionnels de la santé dans les pays à bas revenu.(142,247)

L'implémentation de ce modèle de soins est souvent associée à une amélioration de la qualité des soins, en particulier en termes de prise en charge holistique des patients, de satisfaction des patients et de résultats de santé.(173,248)

Cette tendance à l'acceptation du modèle BPS par certains agents de santé dans notre étude est cohérente avec plusieurs recherches antérieures menées dans des pays à bas revenu, y compris en Afrique subsaharienne. Par exemple, une étude menée par Abas au Zimbabwe a montré que les prestataires de soins de santé étaient favorables à l'intégration du modèle BPS dans leur pratique, soulignant son efficacité pour traiter les troubles de santé mentale dans des contextes de soins primaires.(249)

Dans le contexte de l'Afrique subsaharienne, y compris en RDC, des études ont examiné l'acceptabilité du modèle BPS de soins dans diverses communautés rurales. Les résultats ont montré que plusieurs agents de santé étaient réceptifs à cette approche, soulignant son importance pour aborder les défis de santé complexes et interconnectés rencontrés par les populations locales.(29)

En outre, une méta-analyse sur l'acceptabilité du modèle BPS de soins dans les pays à faible revenu en Afrique subsaharienne a confirmé une tendance positive vers son adoption par les professionnels de la santé, soutenant ainsi les résultats de notre étude.(250)

La possibilité d'obtenir des financements ou autres incitants pourrait aussi influencer l'acceptation d'une nouvelle approche de soins comme cela a été noté dans la mise en œuvre d'autres programmes de santé dans des contextes similaires. (251,252)

Nos résultats ont révélé une évolution positive de la perception chez certains agents de santé quant aux compétences de leurs collègues dans la mise en œuvre d'un modèle BPS. Cette tendance est corroborée par des études antérieures menées dans plusieurs pays. Par exemple, l'étude menée par Pereira et al. au Portugal a également noté une augmentation de la confiance mutuelle et de la collaboration entre les équipes de soins après la mise en œuvre de l'approche.(247,253–255)

- *Formation et Ressources*

Il est essentiel de souligner le besoin critique pour certains agents d'une formation adéquate du personnel de santé et d'un renforcement des effectifs infirmiers pour soutenir efficacement la mise en œuvre du modèle BPS dans les centres de santé. Cette importance est étayée par plusieurs études antérieures qui ont mis en évidence les avantages d'une formation spécialisée pour les professionnels de la santé dans la fourniture de soins BPS intégrés.(256,257)

Les professionnels de la santé insistent sur une formation adéquate concernant les principes et les compétences d'un modèle BPS. De plus, un soutien continu, tel que des supervisions et des échanges de bonnes pratiques, est souvent nécessaire pour faciliter la mise en œuvre réussie de cette approche. Cette constatation est cohérente avec d'autres études qui ont souligné l'importance de la formation et du renforcement des compétences des professionnels de la santé pour intégrer efficacement ce modèle dans leurs pratiques.(158,216,253,258)

Cependant, malgré la reconnaissance de cette nécessité, des agents interrogés ont souligné des défis persistants concernant l'amélioration du contenu du PMA en raison d'un manque d'informations spécifiques pour assurer un suivi BPS dans les consultations. Ces difficultés ont été également observées dans d'autres contextes où l'insuffisance de ressources et de directives claires a entravé la mise en œuvre efficace du modèle BPS dans les services de santé primaires.(259,260)

- *Challenges de l'Intégration d'un modèle BPS de soins dans les centres de santé*

Certains agents ont rencontré des difficultés à intégrer pleinement un modèle BPS en raison du manque d'incitants financiers (primes de performance, salaires) et d'une mauvaise compréhension de son importance en première ligne de soins. Des modifications dans l'organisation du travail sont rapportées dans certaines structures pour intégrer le modèle BPS, mais dans d'autres, aucune modification n'a été apportée.

Des études antérieures ont également signalé des variations dans la motivation et l'engagement des professionnels de la santé en ce qui concerne l'adoption du modèle BPS, avec des facteurs tels que la reconnaissance institutionnelle, la rémunération et la compréhension des avantages jouant un rôle clé.(261–263)

Cette attitude pourrait prendre racine dans la complexité de l'organisation du système de santé basée sur des activités curatives, préventives et promotionnelles reconnues par le Ministère et pour lesquelles la mise en œuvre peut se révéler plus difficile que prévu dans certains contextes.

L'incertitude liée à la mise en œuvre de nouvelles activités en lien avec un modèle BPS pourrait justifier le manque d'intérêt de certains agents.(264)

La référence aux incitants financiers comme évoquée par des agents qui ne sont pas prêts au changement peut s'expliquer par la faible qualité de travail (climat de travail) ressentie par eux en rapport avec la sécurité que leur situation professionnelle leur accorde sur le plan humain, salarial, organisationnel (charge de travail, encadrement par le niveau supérieur, stress).

Des études ont montré qu'il existait une corrélation entre la qualité de travail et l'aptitude au changement des membres d'une communauté donnée : une meilleure qualité de travail avait un effet sur le rendement de l'équipe, sur son engagement et le renforcement de l'esprit de l'équipe.

Une bonne préparation des structures de soins au changement d'approche en termes de caractéristiques physiques, de personnels et d'organisation du travail est donc un élément essentiel à considérer pour la réussite de l'implémentation d'une approche BPS.(265)

En outre, certains agents ont mentionné des expériences individuelles de prise en charge BPS dans leurs structures, mais une confiance limitée dans les compétences de leurs collègues. Le partage d'expériences et les réunions d'équipe ont été identifiés comme des moyens de favoriser l'apprentissage et l'adoption du modèle BPS au sein de leurs structures.

Dans notre étude, nous avons observé des perceptions divergentes quant au rôle des centres de santé dans la mise en œuvre du modèle BPS. Ce constat est en accord avec les résultats de recherches antérieures. Par exemple, une étude menée par Molima et al. en RDC a également identifié des variations dans les opinions des agents de santé concernant l'importance du rôle des centres de santé dans la fourniture de soins BPS.(29)

La capacité d'adaptation et de résilience des centres de santé face aux défis contextuels peut influencer leur capacité à intégrer ce modèle. Les structures dotées de mécanismes flexibles d'adaptation et d'apprentissage continu pourraient surmonter plus efficacement les obstacles et permettre aux agents de s'adapter aux besoins changeants des patients et de la communauté. En revanche, les CS rigides et résistants au changement seraient moins en mesure de permettre aux agents d'adhérer aux exigences de cette approche.

• *Collaboration et Évaluation*

Certains agents ont exprimé une motivation accrue à fournir des soins aux personnes, avec un suivi médico-psychologique, soulignant ainsi l'importance d'une approche holistique dans la prestation des soins de santé primaire.

Une minorité d'agents a exprimé la volonté de s'intéresser davantage aux besoins et problèmes de leurs patients tout en se rendant disponible pour ces derniers. Ce sont deux éléments intéressants à considérer dans ce type de modèle de soins qui se veut centré sur la personne puisque les agents de santé accordent plus de temps à l'écoute de son patient et peuvent ainsi mener une anamnèse approfondie orientée vers les différentes composantes BPS.(28,266)

Ils restent conscients de la complexité du changement attendu qui doit pouvoir être implémenté sans perturber le fonctionnement de la structure de soins et en même temps rester orienté vers les besoins des personnes.(124)

Le modèle BPS de soins encourage la collaboration interdisciplinaire entre les professionnels de la santé, en favorisant une prise en charge intégrée et une communication efficace entre les différents acteurs. L'importance de la collaboration interdisciplinaire pour la mise en œuvre de ce modèle n'est pas mise en avant dans nos résultats où le partage d'expériences entre agents semble privilégié. Ce résultat est différent d'autres études qui ont mis en évidence l'importance de la coordination entre les différents professionnels de la santé, y compris les médecins, les infirmiers, les travailleurs sociaux, etc., pour fournir des soins holistiques et intégrés.(158,253,254,267)

Le besoin de partager son expérience et ses connaissances dans la mise en œuvre d'une nouvelle approche est aussi noté chez certains agents qui exprimaient un changement d'approche de soins dans les structures de soins. Cette caractéristique fait directement le lien entre l'aptitude au changement et le leadership. (251–254)

Pour atteindre un changement donné, il est important de travailler sur le leadership à impulser aux différents agents des centres de santé en le redistribuant entre plusieurs membres de l'équipe tout en maintenant la cohésion entre eux.(272,273)

Plusieurs agents estiment qu'une collaboration régulière avec les leaders locaux motive ou renforce leur besoins de changement d'approche dans les centres de santé. Au-delà de l'association des leaders locaux aux activités d'encadrement communautaire, le lien avec les familles et les proches des personnes ayant bénéficié d'une offre de soins basée sur une approche de soins est primordial dans un modèle BPS de soins.(110,274)

La culture organisationnelle et le climat de travail peuvent jouer un rôle crucial dans la réussite de l'implémentation du modèle BPS. Les agents des CS caractérisés par une culture de collaboration, de communication ouverte et de soutien mutuel entre les membres de l'équipe ont tendance à mieux performer dans l'adoption de ce modèle. En revanche, les structures où règnent des tensions interpersonnelles, des conflits de leadership ou un manque de confiance entre les membres de l'équipe peuvent éprouver des difficultés à mettre en œuvre efficacement un modèle BPS de soins.

En résumé, les résultats indiquent que le modèle BPS a été perçu positivement par une majorité d'agents des centres de santé, qui ont constaté des améliorations dans la pratique des soins et la relation avec les patients ainsi que dans la mise en œuvre du modèle BPS dans les centres de santé. Cependant, des défis persistent en termes de formation du personnel, d'intégration dans le PMA, de motivations des agents, d'organisation du travail pour promouvoir une adoption plus large et une intégration plus cohérente de ce modèle de soins dans les centres de santé.

Cette étude met en lumière les implications significatives de l'intégration de ce modèle dans le cadre des soins de santé primaires dans les pays en développement, en s'appuyant sur les perceptions et expériences des agents de santé.

CONCLUSION

Notre étude contribue à enrichir la compréhension des dynamiques de changement dans l'implémentation d'un modèle BPS dans les contextes de soins de santé primaires des pays à bas revenu. Elle révèle à la fois les progrès réalisés et les défis persistants, soulignant l'importance cruciale de la formation, de l'allocation de ressources adéquates, de la collaboration interprofessionnelle et de l'évaluation continue.

Les résultats de cette étude mettent en évidence plusieurs aspects importants concernant la mise en œuvre d'un modèle BPS de soins en première ligne de soins dans un pays à bas revenu comme la RDC. Les quatre thèmes explorés, à savoir la cohérence, la participation intellectuelle, l'action collective et le contrôle réflexif, fournissent des informations précieuses sur les perspectives et les expériences des agents de santé dans l'intégration du modèle BPS dans leurs pratiques.

Pour promouvoir une adoption plus large d'une offre de soins selon une approche BPS, il est impératif d'adresser ces défis de manière proactive, en s'appuyant sur un engagement institutionnel fort et sur des stratégies d'implémentation adaptées aux réalités locales.

En somme, l'intégration réussie du modèle BPS dans les soins de santé primaires nécessite un engagement soutenu à tous les niveaux du système de santé, une reconnaissance de la complexité des besoins de santé des personnes et une volonté d'adopter des pratiques de soins plus inclusives et holistiques.

ETUDE 4

Analyse d'implémentation d'un modèle biopsychosocial dans six centres de santé au Sud-Kivu en RD Congo

La quatrième étude de notre thèse examine l'implémentation du modèle BPS dans l'approche de soins offerts en première ligne au Sud-Kivu. Elle avait pour objectif d'analyser l'implémentation d'activités se référant à un modèle BPS de soins dans six centres de santé.

Menée de décembre 2017 à décembre 2021, elle a utilisé une approche qualitative descriptive et évaluative, axée sur une théorie du changement issue du PRD dans 3 centres de santé appuyés par Louvain Coopération et 3 autres qui n'ont reçu aucun appui. Un examen annuel dans chaque établissement de santé a relevé les évolutions dans la mise en œuvre des activités proposées par la théorie de changement issue du PRD. 23 focus-groupes avec les travailleurs de la santé ont abordé les changements observés ou pas dans cette mise en œuvre. Une analyse thématique inspirée des activités proposées dans la Théorie du changement a été menée.

Résultats

a) Dossiers du patient

Avant l'implémentation des activités en lien avec un modèle BPS de soins, la plupart des centres de santé utilisaient des supports type carnets (Burhale), fiches (Bideka, Kabushwa, Lumu et Nyamuhinga) ou des cahiers comme à Lwiro pour recueillir des informations individuelles sur les personnes. En consultation comme en observation, les données rapportées ne concernaient que les aspects médicaux.

L'étude a mis en évidence une évolution significative dans la gestion des dossiers patients au sein des six centres de santé. Initialement axés sur les aspects médicaux, les dossiers ont progressivement intégré des données biopsychosociales, favorisant une approche plus holistique de la santé.

Cette transition, particulièrement notable dans les centres appuyés par Louvain Coopération, reflète une meilleure compréhension et la prise en compte des problèmes BPS des patients. L'observation faite à la fin de l'étude a noté qu'à Bideka et à Nyamuhinga le dossier médical a réellement évolué de la simple fiche médicale à un format plus détaillé sur les besoins BPS des personnes avec un usage pratique par les agents du centre de santé. Son importance est soulignée par certaines équipes :

« Quand le dossier médical a été introduit dans les consultations, cela nous a permis d'organiser même des visites à domicile pour apprécier l'évolution des malades, mais aussi de pas nous limiter uniquement qu'aux problèmes somatiques comme nous le faisions auparavant. » A1

L'archivage proposé dans les centres de santé avec l'usage d'un échéancier est aussi évoqué comme un fait positif comme dit dans ce centre :

« l'échéancier nous a quand même aidé (pour le rangement), car avec les carnets c'était vraiment compliqué. l'échéancier nous a vraiment évité de nous perdre dans le triage des fiches... » F3

Dans les centres appuyés, les dossiers médicaux sont mieux structurés, incluant les dimensions BPS. Cependant, certains centres comme Bideka rencontrent encore des défis dans l'archivage systématique. À Lumu et Lwiro, les dossiers sont également utilisés, mais avec des limites dans leur structuration et leur accessibilité.

b) Discussion de cas

Dans le fonctionnement ordinaire des six centres de santé, les réunions du personnel étaient souvent organisées de manière sporadique pour traiter une question de prise en charge médicale comme dans ce centre où une personne interrogée mentionne

« C'est seulement dans les réunions de service que nous prenions le temps de discuter en staff et les problèmes posés étaient en rapport avec la prise en charge (des patients en observation)... pendant ces réunions des fois nous parlions des programmes planifiés au CS, de sa situation et des difficultés rencontrées pendant la semaine. » B10

Dans la mise en œuvre d'un modèle BPS de soins, les discussions de cas dans les centres de santé ont évolué d'un format spontané vers des échanges structurés incluant des problèmes psychosociaux complexes. Ces discussions ont conduit à des interventions plus ciblées, telles que les visites à domicile, et ont été particulièrement enrichies par l'implication des médecins référents dans des cas complexes.

A Bideka et à Kabushwa, les discussions de cas menées dans ces centres de santé concernaient tout à la fois les problèmes médicaux et ceux psychosociaux rapportés par des personnes venues dans la structure. Seule l'équipe de Bideka s'inspirait des informations partagées dans les discussions de cas pour organiser des visites à domicile et ainsi assurer la continuité des soins auprès des personnes avec des besoins BPS.

Certains prestataires ont rapporté un manque de temps pour approfondir tous les cas identifiés et une absence ou disponibilité irrégulière de certains membres clés, comme les assistants sociaux. A Lwiro comme à Lumu, les discussions se concentrent davantage sur les aspects médicaux, avec une intégration limitée des dimensions psychosociales couplée à une faible disponibilité des données BPS dans les dossiers médicaux.

c) Activités de solidarité communautaire

Au début de notre étude, les équipes des CS ont rapporté majoritairement l'existence d'Associations locales (villageoises) d'épargne et de crédit ou AVEC comme forme de solidarité communautaire dominant dans leurs aires de santé puisque

« Avec l'argent que les membres cotisent dans des A.V.E.C, ils peuvent demander des micro-crédits avec un intérêt de 10% et s'autofinancer eux-mêmes (pour leurs soins). » A6

Des groupes de malades (essentiellement malades chroniques) étaient déjà fonctionnels dans certaines structures comme Bideka, Kabushwa ou encore Lumu. L'analyse a révélé une dynamique accrue des activités de solidarité communautaire au fil du temps. Les centres de santé ont vu l'émergence et le renforcement de groupes de soutien, tels que des AVEC et des clubs de patients (diabétiques et hypertendus), qui ont joué un rôle important dans le soutien psychosocial des patients de même que des clubs des personnes du troisième âge.

La motivation pour ce sous-groupe s'expliquerait par le fait que

« Parmi nos cas sensibles sur le plan BPS nous ciblons aussi les personnes âgées qui sont beaucoup plus atteintes que d'autres par des problèmes psychosociaux. (Dans ces clubs) ils essaient quand même de partager (leurs expériences) avec d'autres personnes âgées. » C5

Les mutuelles de santé ne sont pas très actives dans les aires de santé alors que plusieurs prestataires estiment que leur rôle est essentiel dans la dynamique de solidarité particulièrement pour les personnes ayant des besoins BPS :

« Si vous (les chercheurs et partenaires) pouvez nous aider à hausser l'adhésion des gens aux mutuelles de santé (pour améliorer leur fonctionnement)...même si le nombre d'adhérents aux mutuelles de santé a augmenté (ces dernières années), ça n'a pas suffi car ils viennent sans un seul sou (comme contributions)... » F19

Kabushwa se distingue par un réseau actif de groupes de solidarité, tels que les AVEC, qui renforcent le soutien psychosocial et économique des patients. Ces initiatives sont moins développées à Bideka et Nyamuhinga.

Dans les centres non appuyés, les activités communautaires sont présentes, mais leur portée et leur impact semblent moindres en raison d'un manque d'organisation.

d) Visites à domicile

Les visites à domicile (VAD) étaient, au début de notre étude, organisées dans tous les centres de santé selon une fréquence hebdomadaire ou mensuelle. Le plus grand nombre était rapporté à Burhale et l'objectif fixé concernait plus la récupération d'enfants non vaccinés ou le dépistage de la malnutrition aigüe sévère.

L'observation faite quatre ans plus tard a montré que les VAD organisées pour un suivi BPS était plus notées à Bideka, Kabushwa et Nyamuhinga bien que le nombre de ces visites avait sensiblement baissé comme à Bideka. Les visites à domicile sont passées d'un objectif de récupération et de dépistage à un suivi BPS plus structuré. L'intégration des agents de santé communautaires dans ces visites a été un facteur clé pour étendre la portée des soins au-delà des centres de santé. L'acteur A9 interrogé rapporte :

« Nous avons toujours rencontré des difficultés pour des personnes habitant loin du centre de santé. Dans notre aire de santé nous avons un village situé à 4 Kms (du CS sur une colline). Quand il faut y aller à pied alors qu'il a plu (ce n'est vraiment pas facile). » A9

Dans d'autres structures, les VAD ne concernent pas que les agents du centre de santé, comme le signale l'acteur D9 en ces termes :

« On ne peut pas écarter les relais communautaires (RECO), c'est eux qui connaissent tous les cas. Nous devons travailler avec eux pour nous faciliter la tâche. » et « les visites à domicile s'organisent en fonction d'un problème présenté par un patient puisqu'il peut arriver que ce soit un malade chronique, un diabétique. Dès qu'une absence est notée à un rendez-vous, nous sommes obligé d'aller le voir (à son domicile avec un RECO) » D9

Les visites à domicile sont mieux intégrées dans les pratiques des centres comme Nyamuhinga, où elles sont planifiées sur la base des caractéristiques BPS des patients. Cependant, des contraintes logistiques subsistent dans tous les centres. A Lwiro, ces visites sont perçues comme importantes mais sont moins institutionnalisées et souvent dépendantes de la disponibilité du personnel.

e) Présence d'un assistant social

Pour appuyer la mise en œuvre d'une approche différente de soins au centre de santé, de nouvelles fonctions peuvent être créées au sein des équipes pour les rendre plus multidisciplinaires. L'une de ces fonctions est celle de travailleur ou d'assistant social appelé à accompagner les personnes dans leur milieu de vie ainsi qu'à susciter un appel à la solidarité communautaire pour les personnes en besoin d'appui sur le plan BPS. Cette fonction est plus assurée soit par un infirmier traitant (Kabushwa) soit par l'infirmier titulaire du centre de santé (Bideka, Lumu).

Au terme de notre étude, chaque structure de soins a au sein de son équipe un membre chargé d'organiser le suivi psychosocial des gens au CS et dans la communauté. Une fonction d'assistance sociale a ainsi été intégrée dans les équipes de santé, avec des rôles diversifiés assurés par des infirmiers ou des nutritionnistes comme à Nyamuhinga. Cette intégration a renforcé le suivi psychosocial des patients au sein des communautés :

« ma fonction a été renforcée avec la prise en charge de santé mentale et l'accompagnement des jeunes, des personnes du 3ème âge et les diabétiques. Cela ne m'empêche pas de collaborer avec les autres comme il se doit. Et à chaque cas qui nécessite ma présence, j'interviens... donc on fait tout ensemble. » F18

Les assistants sociaux, bien que présents dans certains centres, ne sont pas systématiquement disponibles. Ils ne sont pas intégrés dans la plupart des cas à Lwiro ou Lumu.

f) Accompagnement d'un médecin référent

La dynamique existant au départ de l'étude dans les différents centres de santé ne prévoyait pas un accompagnement rapproché d'un médecin du niveau de référence. Seules des supervisions organisées par les bureaux centraux des zones de santé prévoyaient un encadrement des équipes dans les CS selon une approche de contrôle des maladies.

Dans certaines structures, cet accompagnement ne convenait pas aux équipes puisque selon l'agent F12

« si du moins tous les infirmiers étaient formés dans ce type de prise en charge, je ne trouve pas du tout important la présence du médecin (au CS). » F 12

L'appui institutionnel reçu par certains centres de santé a eu pour objectif de favoriser l'encadrement des équipes des CS dans le suivi BPS des personnes particulièrement dans l'organisation des discussions des cas et des visites à domicile. Le rôle du médecin référent a connu une évolution significative, passant d'une supervision sporadique à un accompagnement actif et régulier. Cette évolution a permis d'améliorer la qualité des discussions de cas et des visites à domicile.

L'encadrement par le médecin référent était plus ressenti dans les CS de Kabushwa et Nyamuhinga où il accompagnait les équipes directement dans la structure ou à distance par appel téléphonique. Durant la période d'implémentation, le même MCZ a géré l'un après l'autre les zones de santé de Bagira et de Katana tout en jouant le rôle de médecin référent à Kabushwa et à Nyamuhinga.

« elle nous aide beaucoup, parce qu'elle est beaucoup outillée dans ce domaine par rapport aux autres... nous lui référons les cas et puis elle nous donne des informations... si c'est un cas à référer, c'est toujours elle qui nous donne des orientations et nous explique la cause de la référence. Tout le monde acquiert des connaissances sur cette offre de soins à travers elle ... » C15

À Bideka, les discussions de cas sous la supervision d'un médecin référent ont permis d'organiser des visites à domicile pour un patient souffrant de troubles dépressifs liés à des difficultés économiques. Les observations lors de la visite ont conduit à son intégration dans un groupe de solidarité. À Kabushwa, un médecin référent a recommandé de focaliser les visites à domicile sur des familles en situation de vulnérabilité psychosociale, identifiées grâce aux discussions de cas. Cela a permis d'apporter un soutien psychologique à une famille ayant perdu son soutien financier principal.

Dans les centres non appuyés, l'absence ou la faible implication des médecins référents limite l'efficacité de la coordination. À Lwiro par exemple, les prestataires rapportent qu'ils ont du mal à gérer les cas psychosociaux complexes faute de supervision régulière, ce qui réduit l'impact des discussions de cas.

Discussion

Ce travail visait à analyser l'implémentation au Sud-Kivu d'interventions en vue de proposer un modèle BPS dans les centres de santé. Les résultats de la recherche portent sur l'évaluation d'interventions visant à la mise en œuvre progressive d'un modèle BPS de soins dans six centres de santé.

La période d'étude met en évidence les changements progressifs notés en termes d'évolution des dossiers des patients, des discussions de cas, des groupes de solidarité communautaire, de l'assistance sociale, du soutien d'un médecin et des visites à domicile.

En examinant les leçons tirées de la mise en œuvre de ces activités dans les centres de santé, il est judicieux d'établir des parallèles avec la littérature existante et de noter que ceci n'est en aucun cas une garantie que les soins sont réellement offerts selon ce modèle.

Leçons apprises de l'implémentation d'interventions pour soutenir un modèle BPS au CS

La plupart des centres de santé utilisaient des cahiers, des fiches ou des carnets pour collecter des informations individuelles sur les personnes et plus sur les aspects médicaux. Cependant, le changement noté durant l'étude a été la proposition d'un dossier médical individuel comprenant les aspects médicaux, psychologiques et sociaux et un archivage permettant un classement par adresse et par période. La transition vers un dossier patient complet a facilité une meilleure considération des besoins de santé individuels et communautaires dans certaines structures.

Comme leçons apprises, il est essentiel de noter que la mise en place d'un dossier patient complet a contribué à une compréhension plus nuancée et contextuelle de la santé individuelle et communautaire comme cela est rapporté dans les centres de santé de Bideka et Nyamuhinga. L'expérience de Kabushwa suggère que l'introduction d'un système de classement des dossiers a contribué, selon les équipes, à une meilleure organisation et coordination des soins pour les utilisateurs des services.

Des barrières sont rapportées en termes de manque de structuration puisque les systèmes d'archivage ne sont pas uniformisés, ce qui entraîne des difficultés à retrouver rapidement les informations nécessaires. Certains centres (ex. Lumu et Lwiro) rapportent que l'organisation des dossiers reste sommaire, ce qui complique le suivi longitudinal. La gestion manuelle des dossiers est chronophage, et les prestataires doivent jongler entre cette tâche et d'autres responsabilités cliniques. Cela peut entraîner des retards ou des omissions dans la mise à jour des dossiers. Certains prestataires, particulièrement ceux n'ayant pas reçu de formation approfondie, considèrent encore les dimensions psychosociales comme secondaires par rapport aux aspects médicaux. Cela limite l'utilisation des dossiers médicaux comme outil intégré.

Des études menées par des auteurs tels que Berhe M ont souligné l'importance d'une information complète sur le patient pour fournir des soins se rapprochant d'un modèle BPS.(74) Des résultats similaires ont été rapportés par des études portant sur la coordination des soins dans les établissements de soins primaires.(73) Gommami et al. soulignent que les dossiers complets des patients intégrant les aspects psychologiques et sociaux, influencent positivement la précision du diagnostic et les décisions de traitement insistant ainsi sur l'importance d'intégrer ces aspects dans les dossiers médicaux.(275)

Parallèlement, les enseignements tirés indiquent qu'un système de classement organisé avec des horaires améliore la coordination des soins au sein des établissements de santé, comme le confirment les recherches de Colleti et ses collaborateurs soulignant le rôle essentiel des dossiers structurés dans l'amélioration de la communication entre les prestataires de soins. (76)

Les réunions du personnel étaient souvent organisées de manière sporadique pour traiter d'une question de gestion médicale, et les problèmes posés étaient liés à la gestion des patients en observation. Le changement proposé par le projet a été de réorienter les objectifs de ces réunions en les menant sous forme de discussions de cas ouvertes aux problèmes BPS les plus complexes présentés par les personnes vues en consultation ou lors des visites à domicile.

Dans les centres appuyés, on note que les discussions de cas sont régulièrement organisées et incluent des aspects psychosociaux, que ce soit à la consultation ou lors des visites à domicile. La disponibilité d'informations BPS issues des dossiers médicaux et des visites à domicile a facilité leur organisation. De plus, l'implication des médecins référents semble renforcer leur qualité, bien que ce soutien soit variable selon les centres.

Comme leçon apprise, l'orientation des réunions du personnel vers des discussions de cas centrées sur le BPS a semblé améliorer la gestion des cas complexes, comme le démontrent les expériences de Bideka et Kabushwa.

Ceci découle principalement de trois éléments : une formation adéquate, une implication active des médecins référents, et une structuration efficace des réunions et des dossiers. Ces éléments sont moins présents dans les autres centres, expliquant la différence d'impact.

Mais il est essentiel, pour le personnel de santé, de veiller à ce que les discussions de cas restent inclusives et pratiques plutôt que de devenir des réunions de routine dans les centres de santé. Il sied, en plus, de maintenir un équilibre constant entre les aspects médicaux et psychosociaux dans les discussions de cas, tout en encourageant une approche collaborative au sein des équipes du centre de santé.

La réorientation des réunions du personnel vers des discussions de cas, en se concentrant sur les problèmes complexes BPS, s'aligne sur la prise de décision collaborative préconisée par Stiggelbout ou encore Johansen.(79),(81)

L'accent mis sur les discussions de cas multidisciplinaires reflète certainement la reconnaissance de la prise de décision partagée au sein des équipes de santé dans les structures primaires. Elles favoriseraient, selon le personnel de santé, la prise de décision partagée et une meilleure application d'un modèle BPS dans les soins de santé.

Du fait d'un partage des dimensions BPS, les discussions de cas permettent à chaque membre de l'équipe (infirmiers, accoucheuses, nutritionnistes) de partager son point de vue sur les aspects médicaux, psychologiques et sociaux des cas complexes. En intégrant ces perspectives variées, les équipes développent une compréhension globale des problèmes des patients. Les participants déclarent que cette approche élargit leur perception des soins, en les poussant à envisager des solutions adaptées à la situation psychosociale des patients, en plus des interventions médicales.

En favorisant le développement d'une prise de décision partagée, ces discussions favorisent une collaboration entre le personnel et les médecins référents, ce qui améliore les décisions cliniques.

Par exemple, un cas identifié lors des visites à domicile peut être présenté en réunion pour explorer les meilleures options de prise en charge avec l'équipe. Les agents de santé se sentent soutenus dans leurs décisions, particulièrement pour les cas psychosociaux complexes, réduisant ainsi le stress lié à leur prise en charge individuelle.

En améliorant les pratiques, les discussions de cas renforcent les apprentissages obtenus lors des formations sur le modèle BPS, car elles offrent une opportunité d'application pratique. À Bideka et Kabushwa, les prestataires mentionnent que ces réunions permettent de corriger les erreurs et d'uniformiser les pratiques. L'analyse des dossiers médicaux et des observations réalisées lors des visites à domicile est systématiquement intégrée dans les discussions. Cela aide à concrétiser les éléments BPS dans les soins.

Au début de l'étude, la plupart des équipes de CS ont rapporté l'existence des AVEC comme forme dominante de solidarité communautaire dans leurs aires de santé.

Le renforcement des groupes communautaires existants (AVEC, Club des diabétiques) et l'encouragement de nouveaux groupes (Club de personnes âgées) contribuent à créer un environnement favorable aux personnes ayant des besoins psychosociaux comme rapporté dans les aires de santé de Lumu ou encore Kabushwa. L'expérience dans ces aires de santé rapporte que le soutien fourni par le personnel de santé aux groupes communautaires existants et l'encouragement de nouveaux groupes de solidarité contribueraient au soutien psychosocial.

À Kabushwa, les AVEC jouent un rôle crucial dans la mobilisation des ressources financières pour des patients vulnérables, renforçant leur accès aux soins et leur stabilité émotionnelle. Ce soutien est encore plus manifeste quand les membres du personnel de santé sont aussi membres des groupes endogènes de solidarité. Leur double rôle (soignant et membre) améliore la compréhension des besoins locaux et la capacité à adapter les interventions psychosociales. Cela a été particulièrement évident à Kabushwa et Bideka, où les prestataires ont rapporté que leur implication dans les groupes communautaires renforçait la confiance et l'engagement des membres.

Les groupes communautaires favorisent le développement d'un réseau de solidarité où les membres se soutiennent mutuellement en cas de besoin (maladie, décès, crises financières). Ces initiatives réduisent l'isolement social et améliorent la résilience des patients face aux défis psychosociaux. Les focus-groupes à Kabushwa et Nyamuhinga mettent en évidence des témoignages de patients affirmant que l'intégration dans ces groupes a transformé leur perception de la maladie et leur accès au soutien.

Les activités au sein des groupes incluent souvent des discussions sur des thématiques psychosociales (gestion du stress, relations familiales, etc.), ce qui aide les membres à mieux gérer leur santé mentale et sociale. Ces interventions éducatives sont particulièrement efficaces dans les centres appuyés, où elles sont encouragées et parfois animées par les prestataires.

Néanmoins, l'engagement limité dans les mutuelles de santé indique des lacunes potentielles dans l'implication de la communauté des six aires de santé étudiées. Cela pousse certainement à souligner le rôle des groupes communautaires, explorer les moyens de stimuler la participation aux mutuelles de santé (à condition qu'elles apportent un soutien social) et adapter le soutien aux groupes locaux qui répondent aux besoins psychosociaux des membres de la communauté.

Les groupes de solidarité communautaire renforcés par le projet ont créé un réseau de soutien vital pour les patients particulièrement ceux avec pathologies chroniques, ce qui est en accord avec les conclusions de March et al. et Kamuzora et al. (85,86)

Elles ont démontré l'impact positif du soutien social sur les résultats en matière de santé en soulignant l'importance de l'engagement et de la collaboration communautaires dans la promotion des soins selon un modèle BPS et le renforcement des systèmes de santé.

Le renforcement des groupes endogènes existants et la promotion de nouveaux groupes de solidarité communautaire s'alignent sur l'accent mis par la littérature plus large sur l'implication des communautés dans les décisions en matière de soins de santé. Le soutien aux groupes communautaires existants et l'encouragement à la création de nouveaux groupes de solidarité font écho aux conclusions de Workneh et al., qui démontrent l'impact positif des groupes de solidarité communautaires sur les résultats en matière de pathologies chroniques.(87)

Des visites à domicile étaient organisées dans tous les centres de santé de façon hebdomadaire ou mensuelle, le plus grand nombre étant rapporté à Burhale qui n'était pas appuyé par Louvain Coopération. L'objectif était plutôt de récupérer les enfants non vaccinés ou de détecter la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Le changement apporté par le projet a été que les visites à domicile sont organisées aussi pour le suivi BPS.

Comme leçon apprise, notons que les visites à domicile sont rapportées comme une composante précieuse des soins basés sur un modèle BPS, ayant permis aux différents prestataires de soins de santé de comprendre l'environnement du patient et d'adapter les soins en conséquence tout en appréhendant les déterminants sociaux de la santé. L'adaptation des visites à domicile en fonction des caractéristiques BPS témoigne d'une évolution par rapport aux activités traditionnellement centrées sur la maladie.

Dans les centres appuyés (Bideka, Kabushwa, Nyamuhinga), les visites à domicile sont planifiées et priorisées en fonction des caractéristiques BPS des patients. Elles ne se limitent plus uniquement à des patients atteints de maladies spécifiques ou perdus de vue, mais incluent aussi des individus identifiés comme ayant des besoins psychosociaux complexes. Les prestataires déclarent qu'elles permettent d'identifier des déterminants sociaux de la santé (conditions de vie précaires, isolement social, besoins économiques).

Dans les centres non appuyés (Lumu, Lwiro), les visites à domicile restent plus centrées sur les pathologies spécifiques ou les besoins urgents, avec une moindre prise en compte des aspects psychosociaux. La faible disponibilité des prestataires et des données complètes sur les patients limite leur portée. Les visites à domicile offrent une perspective unique pour comprendre l'environnement du patient, notamment les conditions de logement, les relations familiales et sociales, les obstacles financiers à l'accès aux soins. Ces observations permettent d'adapter les plans de soins et de référer les patients vers des soutiens psychosociaux appropriés.

Les focus-groupes dans les centres appuyés rapportent que les visites à domicile ont facilité une compréhension plus approfondie des contextes psychosociaux des patients et une adaptation des soins aux réalités locales, renforçant la satisfaction des patients et leur adhésion aux traitements.

À Kabushwa, par exemple, les prestataires affirment que les visites ont permis de détecter des cas de vulnérabilité sociale non identifiés lors des consultations au centre.

Les visites à domicile nécessitent une disponibilité supplémentaire des prestataires, ce qui est difficile dans des équipes déjà surchargées. Les moyens de transport et les équipements pour effectuer ces visites restent limités dans plusieurs centres. Notre étude note un changement dans l'organisation des visites à domicile, ce qui reflèterait une reconnaissance des défis rencontrés, y compris des difficultés à atteindre les personnes éloignées du centre de santé. La diminution du nombre de visites à domicile, en particulier à Bideka, suggère des défis potentiels, tels que les barrières géographiques ou les limitations de ressources.

L'organisation des visites à domicile s'est transformée dans les centres de santé de Bideka, Kabushwa et Nyamuhinga, reflétant les leçons tirées des études de Sturmberg et al. et Kim et al.(89,91) Ces auteurs soulignent l'importance des visites à domicile dans la compréhension globale des besoins des patients et des déterminants sociaux de la santé.

En outre, l'adaptation des visites à domicile en fonction des caractéristiques BPS représente déjà une volonté de changement de paradigme vers des soins beaucoup plus orientés vers les personnes ; ce qui va dans le sens des conclusions de certaines études. Ces dernières soulignent que l'adaptation des visites à domicile aux facteurs psychosociaux est associée à une amélioration de la satisfaction des patients et des résultats en matière de santé. Elles mettent aussi en avant l'importance d'adapter les visites à domicile aux besoins individuels plutôt que de se concentrer uniquement sur des conditions médicales spécifiques.(276,277)

La fonction d'assistante sociale n'était pas effective dans la majorité des centres de santé sauf à Nyamuhinga où un membre de l'équipe assurait le suivi psychosocial des personnes âgées avec l'aide d'une psychologue du BCZ. Le changement apporté par le projet est que cette fonction est plus assurée soit par un infirmier traitant, membre de l'équipe du CS, soit par l'IT du CS. Notre étude fait état de la création d'un rôle de travailleur social ou d'assistant au sein des équipes des CS, plus à même d'aborder les aspects psychosociaux au CS.

Selon ces équipes, la leçon que nous pouvons retenir de leur expérience est que l'intégration de travailleurs sociaux ou d'assistants dans les équipes de soins de santé semble renforcer le soutien psychosocial fourni. L'affectation d'un membre spécifique de l'équipe au suivi psychosocial garantit par conséquent une approche plus multidisciplinaire des soins.

Néanmoins, le choix d'un infirmier traitant ou d'un infirmier titulaire comme assistant social peut avoir des impacts variables selon les contextes, et la collaboration entre les membres de l'équipe doit être mise en avant.

En outre, il faut tenir compte de l'expertise et de la collaboration au sein de l'équipe lors de la désignation des rôles tout en encourageant le partage d'expériences et le travail en équipe.

En ce qui concerne le rôle des assistants sociaux, la création par ce projet de recherche d'un rôle dédié au sein des équipes des centres de santé résonne avec les conclusions de Fraser et al. ainsi que Tadic et al.(96,97) Ces auteurs soulignent l'impact positif de l'intégration des travailleurs sociaux dans les équipes de soins de santé pour aborder les aspects psychosociaux. L'assignation d'un membre spécifique de l'équipe pour le suivi psychosocial, tel qu'observé dans l'étude, s'aligne avec les recommandations de Kangasniemi et al.(93) Leur recherche souligne qu'une approche polyvalente des soins psychosociaux, impliquant divers professionnels de la santé, est associée à de meilleurs résultats pour les patients. Cette étude met l'accent sur le rôle de collaboration des différents professionnels de santé pour répondre aux divers besoins des patients.

Dans les six centres de santé, un accompagnement rapproché d'un médecin du niveau de référence n'était pas encore effectif mis à part des supervisions organisées par les BCZ. Elles avaient principalement pour but de monitorer les activités menées au CS et de superviser la mise en œuvre des projets appuyés dans l'AS. A Kabushwa, le médecin référent participe activement à la supervision et au renforcement des équipes. Dans les centres non appuyés, le rôle des médecins référents est moins visible ou limité par un manque de disponibilité.

Les médecins référents supervisent les discussions de cas pour aider à identifier les problématiques complexes, telles que les besoins psychosociaux non identifiés lors des consultations initiales. Cela renforce la capacité des équipes à élaborer des plans de soins appropriés. En outre, les médecins référents jouent un rôle clé dans la priorisation des visites à domicile. Ils aident à identifier les patients nécessitant un suivi approfondi et conseillent les équipes sur l'adaptation des soins en fonction des conditions observées au domicile.

Comme leçon apprise, l'implication d'un médecin référent dans la supervision régulière, comme rapportée dans certains centres, semble influencer le suivi des personnes au centre de santé. La supervision régulière par les médecins référents améliore l'efficacité des discussions de cas et par ricochet des visites à domicile. La supervision aide les équipes à structurer les discussions de cas et à prioriser les interventions, notamment pour les cas complexes.

Partant de cette expérience, des difficultés peuvent survenir dans les établissements où ce soutien n'est pas bien perçu par les équipes. Il faudrait donc adapter les mécanismes de soutien au contexte de chaque centre de santé tout en encourageant une communication et une collaboration efficaces entre les médecins traitants et les équipes des centres de santé.

Notre étude indique l'impact positif du soutien institutionnel, les médecins traitants à l'hôpital assurant la supervision et le soutien dans le suivi des cas BPS complexes ; ce qui est conforme à la littérature sur les soins en équipe. L'impact positif de la supervision et du soutien des médecins traitants dans le suivi BPS au centre de santé est en accord avec la littérature sur les soins en équipe, comme le soulignent Mangham-Jefferies et al. ainsi que Bailey et al. (103,104) Les résultats de notre étude reflètent un consensus plus large sur l'efficacité d'une approche basée sur l'équipe dans les soins primaires.

L'accent mis par l'étude sur l'implication active des médecins référents dans les discussions de cas et les visites à domicile est corroboré par la recherche de Fleischmann et al. (278) Leur étude suggère que la participation active des médecins influence positivement la qualité des soins, soulignant le rôle de la supervision dans la promotion de l'amélioration continue des soins aux personnes. La recherche de Neergaard souligne l'impact positif des médecins dans le soutien des équipes de soins primaires.(279)

En résumé, pour relever les défis de la mise en œuvre de soins selon un modèle BPS, il faut une compréhension nuancée du contexte de chaque centre de santé : le partage d'expérience et le soutien continus des équipes de soins de santé sont essentiels pour maintenir des résultats positifs. Les leçons tirées de l'évolution des dossiers des patients s'inscrivent dans le droit fil de la littérature générale sur le modèle BPS, soulignant l'importance d'une information complète, d'une collaboration pluridisciplinaire et d'une participation active des professionnels de la santé. Elles peuvent éclairer les meilleures pratiques des organisations de soins de santé visant à mettre en œuvre des approches de soins plus BPS.

De plus, elles renforcent collectivement l'importance des dossiers complets des patients, de la coordination organisée des soins, des visites à domicile personnalisées, de l'engagement communautaire, des approches multidisciplinaires et de l'implication active des médecins traitants dans l'amélioration des soins centrés sur la personne au sein des structures de soins de santé primaires qui appliquent un modèle BPS dans l'offre de soins.

Conclusion

L'adoption d'un modèle BPS dans les soins de santé primaires au Sud-Kivu peut significativement améliorer la gestion des soins, en particulier pour les patients avec des besoins biopsychosociaux plus spécifiques. La mobilisation communautaire, l'intégration d'équipes multidisciplinaires et l'instauration de rôles tels que les travailleurs sociaux en termes d'intervention ont permis de comprendre les éléments à considérer pour mettre en œuvre un modèle BPS de soins. Le rôle actif des médecins référents a été déterminant, notamment dans le suivi BPS.

Les obstacles rencontrés, tels que les contraintes en ressources et infrastructures, ainsi que le besoin de formation continue du personnel, pointent vers des domaines nécessitant des améliorations stratégiques.

La continuité de l'engagement communautaire reste primordiale, notamment pour le développement de groupes de solidarité efficaces. Pour pérenniser les avancées, il est essentiel que les acteurs de la santé en RDC stimulent la participation des groupes de solidarité et soutiennent la formation continue des prestataires. Les enseignements tirés de cette recherche offrent des perspectives enrichissantes pour réfléchir à une mise en œuvre progressive d'un modèle BPS de soins dans les structures primaires en RDC.

PARTIE 3. DISCUSSION GÉNÉRALE

Cette thèse a été axée sur l'exploration de la possibilité d'organiser les services de soins au niveau des centres de santé selon un modèle BPS, dans le but de proposer une prise en charge adaptée aux besoins et aux attentes des personnes en première ligne de soins.

La discussion générale de cette thèse comporte plusieurs sections : la première fait une synthèse des barrières et des facilitateurs à travers les quatre études menées dans le cadre notre thèse. La deuxième partie de notre discussion se concentre sur les dynamiques de changement pouvant faciliter le développement d'un modèle BPS de soins en première ligne de soins tout en évoquant les implications de notre recherche sur la politique sanitaire en RDC. La troisième partie aborde les éléments de validité de cette étude, ses forces et limites ainsi qu'une analyse réflexive comme chercheur. Elle se conclut sur des perspectives intéressantes de recherche sur la mise en œuvre du modèle BPS de soins dans les formations sanitaires, soulignant la nécessité de recherches futures pour explorer plus en profondeur les mécanismes d'adaptation et les impacts à long terme du modèle BPS sur les systèmes de santé.

3.1. BARRIERES ET FACILITATEURS A UN CHANGEMENT D'APPROCHE DE SOINS DANS LES CENTRES DE SANTE

Le premier objectif de cette thèse était de comprendre les déterminants organisationnels et individuels à considérer dans la mise en place d'une offre de soins selon un modèle BPS au niveau des centres de santé. Pour atteindre cet objectif, nous avons mené deux études distinctes qui mettent en lumière divers aspects de la mise en œuvre de ce modèle.

Le deuxième objectif de notre thèse consistait à identifier les facteurs de changement propices à une offre de soins en accord avec un modèle BPS au niveau des centres de santé.

Dans la poursuite de cet objectif fixé dans le cadre de notre travail de thèse, deux études distinctes ont été menées. Elles ont porté sur les changements observés du point de vue individuel et organisationnel dans les centres de santé où l'offre de soins a été alignée sur un modèle BPS en vue de mettre en œuvre des soins plus holistiques et basés sur les besoins et attentes des personnes.

Ainsi, ces études complémentaires ont été menées afin d'identifier à la fois les barrières et les facilitateurs de cette transformation, ainsi que les dynamiques de changement observées. Afin d'assurer une compréhension globale, nous avons structuré notre analyse autour de trois axes majeurs :

- **Les barrières à l'implémentation du modèle BPS,**
- **Les facilitateurs potentiels, et**
- **Les dynamiques de changement observées.**

Nous rappelons brièvement que le modèle BPS intègre non seulement les dimensions médicales, mais aussi les aspects psychologiques et sociaux dans la prise en charge des patients, s'opposant ainsi à une approche exclusivement biomédicale.

3.1.1. Barrières organisationnelles et individuelles

o Concernant les barrières, les résultats ont révélé plusieurs défis cruciaux dans cette dynamique de changement sur le plan organisationnel :

(a) L'influence déterminante des politiques sanitaires prônées par le ministère de la Santé central et les agences internationales : Notre recherche indique que les priorités et les stratégies du ministère de la Santé et des agences internationales ne s'alignent pas sur les principes du modèle BPS dans les CS.

Cet élément est crucial pour la réussite de la mise en œuvre d'autres approches de soins du fait de l'accompagnement requis des instances gouvernementales pour l'appropriation de l'approche du modèle BPS des soins par les acteurs au niveau des CS.(280)

La communication et la collaboration renforcées entre les parties prenantes au sein du système de santé peuvent faciliter cette convergence de même que la création de groupes de travail intersectoriels et de forums de dialogue.(281) Par exemple, l'OMS recommande des mécanismes de gouvernance multipartites pour faciliter l'alignement des politiques et des stratégies.(280)

La prise en compte des facteurs socioculturels et organisationnels serait un déterminant de la réussite de l'implémentation d'un modèle BPS dans l'est de la RDC. La résistance au changement peut être liée aux pratiques existantes comme le rapports des forces entre les différents niveaux du système de santé et aux défis dans l'appropriation de nouvelles approches tel qu'observés dans les centres de santé de Lwiro et Burhale.

Nos études montrent un paradoxe entre le besoin d'impulser un changement (via le médecin-chef de zone) et la nécessité d'assurer une participation communautaire. La littérature sur la gouvernance collaborative suggère que les réformes réussies sont celles qui adoptent un modèle hybride, combinant une impulsion institutionnelle forte et un mécanisme de consultation et d'engagement des parties prenantes locales.(282) En RDC, la gouvernance du système de santé reste marquée par une forte centralisation. Cependant, des expériences menées dans des pays voisins, comme en Ouganda avec le Health Unit Management Committee Model, montrent que donner plus d'autonomie aux structures locales améliore la participation et l'appropriation des réformes.(283)

Les politiques devraient encourager et soutenir les initiatives locales des professionnels de santé, qui sont souvent les mieux placés pour adapter le modèle BPS aux réalités du terrain. Il est crucial d'incorporer des mesures visant à réduire les inégalités dans l'accès aux soins, en veillant à ce que le modèle BPS soit inclusif et accessible à toutes les couches de la population, quel que soit leur statut socio-économique. En Éthiopie, la promotion de l'initiative locale et l'adaptation du modèle de soins à différents contextes ont permis une adoption plus large et plus équitable du modèle (284).

(b) Manque de formation et de compétences des superviseurs: ce fait peut entraver sa mise en œuvre efficace. Une formation adéquate sur le modèle BPS et un soutien aux superviseurs peuvent s'avérer nécessaire pour garantir leur compréhension et leur capacité à guider leurs équipes. L'hypothèse serait que des programmes ciblés renforceraient la compréhension et les compétences nécessaires à une mise en œuvre efficace.

Des recherches antérieures indiquent qu'ils sont nécessaires pour améliorer la compréhension et la mise en œuvre des modèles de soins comme une approche de soins plus BPS (285). En sus, le mentorat des superviseurs est une méthode pouvant améliorer leur capacité à guider efficacement leurs équipes (285).

Les politiques de santé pourraient inclure des programmes de formation continue qui mettent l'accent sur le développement des compétences nécessaires pour mettre en œuvre avec succès le modèle BPS. Cela impliquerait la mise en place de programmes de formation régulières, l'accès à des ressources éducatives adaptées, et la personnalisation du modèle BPS en fonction des besoins locaux et des pratiques culturelles spécifiques. Par exemple, une initiative en Ouganda a démontré que la formation continue des professionnels de santé a significativement amélioré leur capacité à fournir des soins centrés sur la personne. (286,287)

Il est impératif de garantir des professionnels de santé disponibles, en particulier d'infirmières, et de soutenir leur familiarisation continue avec les compétences BPS. Les politiques devraient prévoir des facilitations pour les professionnels de santé qui se spécialisent dans ce domaine, tout en renforçant les capacités des formateurs et en intégrant ces compétences dans les curricula académiques.

(c) Absence de systèmes de recueil du feedback des patients: La mise en place de mécanismes pour recueillir les impressions des patients est essentielle pour évaluer et améliorer la prestation des services. La tenue des consultations bien conduite serait un moyen d'écouter les patients et déterminer leurs besoins tant sur le plan médical que psychosocial.

La littérature soutient que le feedback des patients est crucial pour l'amélioration continue des soins ainsi que pour l'apprentissage (26).

Le partage des expériences de suivi des patients au sein du personnel du centre de santé est important pour l'apprentissage et l'amélioration continus. Il facilite l'échange de connaissances et soutient la mise en œuvre d'un modèle BPS dans le centre de santé. Les groupes de solidarité peuvent aussi faciliter ce partage d'expériences et contribuer ainsi à l'apprentissage continu pour l'amélioration de la pratique de soins selon un modèle BPS.

Le manque d'une culture organisationnelle forte valorisant les besoins des patients est un problème récurrent dans plusieurs systèmes de santé. Des études ont montré que l'intégration de la voix des patients et la valorisation de leurs besoins dans la culture organisationnelle sont essentielles pour une mise en œuvre réussie des modèles de soins comme le modèle BPS (26,288). La mise en œuvre d'un modèle BPS dans l'offre de soins n'a pas été évaluée par les utilisateurs des services, et il n'existe pas de système permettant de recueillir les impressions des patients sur la qualité des soins.

Les évaluations sont principalement menées par les équipes des centres de santé sur la base de canevas conçus par les autorités sanitaires (BCZ, DPS, PTF), soulignant la nécessité d'intégrer le feedback des patients et de mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation solides. Le manque d'évaluation par les utilisateurs des services et l'absence de mécanismes de feedback des patients mettent en lumière la nécessité d'intégrer ces aspects dans le processus d'évaluation.

Pour assurer l'efficacité du modèle BPS, il est essentiel de mettre en place des systèmes robustes de suivi et d'évaluation, permettant de mesurer l'impact des interventions BPS, d'identifier les domaines à améliorer et d'ajuster les stratégies en conséquence.

Les politiques devraient inclure des mécanismes de feedback systématique des patients et des professionnels de santé, en s'inspirant de systèmes similaires mis en place en Afrique du Sud, où l'évaluation continue a permis d'affiner les pratiques cliniques (289). L'introduction des mécanismes de suivi et d'évaluation centrés sur les retours des patients pourrait renforcer l'efficacité du modèle BPS en première ligne de soins (290). Au Sud-Kivu, cela pourrait inclure la création de comités locaux pour recueillir et analyser les retours des patients, et l'adaptation des outils d'évaluation aux contextes culturels locaux (291)

(d) Implication insuffisante de la communauté: l'adaptation aux normes culturelles, croyances et obstacles à la communication au sein de communautés diverses représente un défi. L'engagement communautaire est essentiel pour l'acceptation et l'efficacité des modèles de soins BPS.(292)

Des études ont montré que le leadership fort au niveau des centres de santé et l'implication des communautés locales sont des éléments cruciaux pour l'adoption réussie du modèle BPS.(29,72,293)

La littérature indique que les stratégies d'engagement communautaire réussies incluent la formation des leaders communautaires, l'intégration des pratiques de soins BPS dans les activités communautaires existantes, et la création de partenariats avec les organisations locales.(292) L'utilisation d'approches participatives et de consultations communautaires peut également aider à adapter les services aux normes culturelles et aux besoins locaux.(294)

Les politiques de santé devraient reconnaître et promouvoir l'importance de l'implication communautaire dans les soins de santé. Encourager la participation active des communautés locales, par le biais de partenariats avec des groupes communautaires, peut renforcer l'acceptation et l'efficacité du modèle BPS. Au Malawi, les politiques qui ont inclus des groupes communautaires dans le processus décisionnel ont permis de renforcer la confiance et l'adhésion aux nouvelles approches de soins.(295)

Les initiatives de santé publique doivent inclure des stratégies pour renforcer les capacités locales, notamment en apprenant aux communautés les principes du modèle BPS tout en les impliquant dans la cocréation de solutions adaptées à leurs besoins.

○ Sur le plan individuel, les résultats ont révélé plusieurs barrières dans cette dynamique de changement:

(a) Perceptions et état d'esprit des professionnels de la santé : Les résultats montrent que la résistance au changement, le manque de sensibilisation et le scepticisme des professionnels de santé sont des obstacles importants. En effet, dans les six CS, les agents de santé estiment que changer d'approche dans l'offre de soins équivaut à fournir une série d'activités supplémentaires pour lesquelles des incitants financiers sont incontournables et/ou un soutien externe de bailleurs de fonds. Des études antérieures indiquent que les perceptions des professionnels de santé sont des déterminants clés de la réussite de la mise en œuvre des modèles de soins.(296)

Accroître la sensibilisation et gérer ces perceptions pourrait être essentiel pour l'acceptation du modèle BPS, des facteurs notés dans d'autres régions de l'Afrique subsaharienne où les études ont montré que le manque de formation et de sensibilisation sur le modèle BPS peut limiter son adoption.(297),(298)

Pour atténuer la résistance et améliorer l'acceptation, des programmes de formation continue axés sur les avantages du modèle BPS peuvent être déployés afin de favoriser la participation des professionnels dans le processus de changement. Les recherches montrent que l'engagement des professionnels dans le développement et l'implémentation des changements peut réduire le scepticisme.(296)

De plus, des stratégies telles que des séances d'information régulières, des ateliers interactifs et le mentorat sont efficaces pour améliorer la sensibilisation et réduire la résistance.(297)

(b)l'absence de définition formelle et de programme de formation pour le modèle BPS : L'absence de définition formelle et de programme de formation pour le modèle BPS entrave sa mise en œuvre systématique. Des directives claires et une formation structurée sont nécessaires pour une application cohérente du modèle BPS.

Des protocoles détaillés et des programmes de formation sont essentiels pour la mise en œuvre efficace des modèles de soins.(290) L'hypothèse serait qu'une formation structurée garantirait une application cohérente. Des études montrent que la création de manuels détaillés et l'organisation de formations régulières contribuent à une mise en œuvre cohérente du modèle BPS.(290,299)

Il est essentiel que les programmes de formation médicale et infirmière en RDC soient révisés pour intégrer pleinement les principes du modèle BPS. Cela pourrait inclure l'ajout de modules spécifiques sur le modèle BPS, des rotations cliniques orientées BPS, et des formations interprofessionnelles pour encourager une pratique collaborative.

Au Brésil, l'intégration des principes BPS dans les programmes académiques a conduit à une préparation plus complète des futurs professionnels de santé, améliorant ainsi la qualité des soins fournis.(300)

(c) l'absence d'évaluation des compétences du personnel des centres de santé sur le modèle BPS : L'évaluation régulière des compétences du personnel est essentielle pour identifier les domaines à améliorer. Les recherches montrent que l'évaluation des compétences contribue à la formation continue et au soutien nécessaire pour l'implémentation des modèles de soins.(301)

L'absence d'évaluation des compétences du personnel dans le modèle BPS souligne l'importance d'une évaluation régulière. L'hypothèse serait que cette évaluation ciblée guiderait les efforts de formation et de soutien. Les supervisions organisées au niveau des FOSA pour le personnel et la fourniture de rétroactions constructives pourraient s'avérer nécessaires pour identifier les besoins en formation et soutenir l'amélioration continue.

Leur organisation régulière peut permettre d'ajuster les formations et d'améliorer les compétences du personnel.(301)

(d) les défis en matière de formation et de personnel : Le personnel a souligné l'importance d'une formation adéquate et d'un nombre suffisant d'infirmières pour soutenir la mise en œuvre du modèle BPS. Une formation spécifique pour le suivi des aspects BPS lors des consultations est jugée essentielle, soulignant ainsi le besoin d'un développement professionnel continu et d'une dotation en personnel adéquate.

Les besoins en formation spécifique et en effectif adéquat exprimés par la majorité des agents de santé soulignent l'importance d'un investissement continu dans le développement professionnel du personnel de santé.

Des programmes de formation bien conçus et un renforcement des effectifs assurés par le niveau opérationnel ou intermédiaire (BCZ, DPS) pourraient contribuer à une mise en œuvre plus fluide et efficace du modèle BPS.

Selon certains auteurs, la mise en place de programmes de formation réguliers et adaptés est essentielle pour surmonter ces défis. Les études montrent que des formations pratiques, des ateliers et des sessions de mentorat peuvent améliorer les compétences des professionnels et soutenir l'intégration du modèle BPS.(290)

Pour le Sud-Kivu, l'adaptation pourrait inclure des sessions de formation locales en collaboration avec des institutions académiques régionales et des formateurs locaux, afin de réduire les coûts et les obstacles logistiques.(285),(302)

(e) les Incitations financières et les défis liés à la mise à l'échelle : Certains agents ont éprouvé des difficultés à intégrer pleinement le modèle BPS pour offrir les soins en raison d'un manque d'incitations financières et d'une mauvaise compréhension de son importance dans la première ligne de soins.

Pour relever ces défis et développer ce modèle, il est essentiel, selon eux, de prendre en compte les considérations financières et de sensibiliser les parties prenantes.

Les défis financiers vécus par les structures de soins et la nécessité de sensibilisation suggèrent que des incitations financières bien définies en termes de salaires réguliers et une sensibilisation accrue menée par les différents niveaux hiérarchiques pourraient surmonter les résistances à l'échelle (302).

L'adoption du modèle BPS est souvent influencée par la perception et les pratiques des agents de santé. Des études antérieures ont montré que la réceptivité des professionnels de santé et leur engagement envers de nouveaux modèles de soins sont cruciaux pour une mise en œuvre réussie. De plus, des campagnes de sensibilisation et des ateliers pour les parties prenantes peuvent aider à renforcer la compréhension et l'acceptation du modèle.(303)(16)(304)

3.1.2. Facilitateurs sur le plan organisationnel et individuel

Des facilitateurs potentiels, autant organisationnels qu'individuels, ont été identifiés dans le processus de mise en œuvre d'une offre de soins adaptée au modèle BPS.

- Ces résultats clés incluent sur le plan organisationnel:

(a) La disponibilité de salles de consultation fonctionnelles : La présence de salles de consultation confortables tout en garantissant la confidentialité est essentielle pour fournir des services de santé de manière efficace.

Les recherches montrent que des environnements propices aux interactions patient-prestataire soutiennent la mise en œuvre d'un modèle BPS.(305) Le manque de confort et d'intimité dans les salles de consultation peut être attribué à des lacunes infrastructurelles : certains centres de santé ne disposent pas du confort et de l'intimité nécessaires à la mise en œuvre efficace du modèle BPS. Améliorer ces infrastructures comme à Lwiro et Lumu favoriserait la confidentialité des patients, renforçant ainsi la confiance et la communication ouverte.

Des recherches montrent que la présence d'infrastructures adéquates et de personnel qualifié est un prérequis pour l'intégration de nouvelles approches telles que le modèle BPS.(302)

Comme condition préalable pour renforcer le fonctionnement d'un CS, il est essentiel de moderniser les infrastructures des centres de santé, en particulier en garantissant des salles de consultation bien équipées, des espaces confidentiels pour les interactions entre patients et professionnels, et des systèmes de gestion de l'information modernes. Les politiques de santé pourraient encourager l'allocation de ressources spécifiques pour ces améliorations. Par exemple, les expériences au Rwanda ont montré que l'investissement dans les infrastructures de soins primaires a conduit à une meilleure prestation des soins.(306)

Pour renforcer la fonctionnalité des salles de consultation, il est recommandé de réaliser des évaluations régulières des besoins en infrastructures et d'investir dans des améliorations spécifiques basées sur ces évaluations. La littérature suggère que les investissements dans des infrastructures adéquates et la création d'environnements propices aux soins peuvent améliorer la qualité des services.(302)

(b) La gestion des données personnelles et l'offre de soins

BPS : L'intégration d'information sur les caractéristiques BPS des personnes dans leur dossier, observée dans certains centres comme Nyamuhinga et Bideka, est cruciale comme moyen de développer un modèle BPS dans les soins. La personnalisation des soins basée sur des données complètes améliore les résultats de santé tout en permettant aux prestataires de soins d'adapter leurs services en fonction du contexte individuel, des antécédents médicaux et des ressources disponibles.(307) L'efficacité dans la gestion des données personnelles et l'intégration des composantes psychosociales sont identifiées comme des pratiques positives. La généralisation de ces pratiques pourrait contribuer à une amélioration significative de la qualité des soins.

L'intégration de systèmes de gestion de l'information efficaces et la formation du personnel sur l'utilisation des données personnelles sont essentielles. Des études ont montré que l'utilisation de technologies numériques pour la collecte et l'analyse des données personnelles peut améliorer la personnalisation des soins.(291)

(c) Le soutien social par le biais des AVEC et la présence de groupes de solidarité :

La création d'Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit (AVEC) a renforcé le soutien communautaire à des personnes avec des problèmes BPS en améliorant les résultats des soins à Lumu ou Bideka. Des études montrent que les initiatives communautaires peuvent favoriser le soutien social et améliorer les résultats en santé ainsi que la solidarité communautaire.(308),(309)

L'implication de la communauté est cruciale, mais peut être entravée par des obstacles culturels. Un modèle BPS de soins permettrait une meilleure adaptation des soins aux normes culturelles, aux croyances et aux spécificités des différentes communautés et donc une meilleure implication de la communauté dans l'appui aux personnes avec problèmes BPS. La création et le soutien des groupes de solidarité peuvent être renforcés par des formations sur la gestion des AVEC, des financements pour les activités communautaires et des politiques de soutien à l'engagement communautaire.(304)

Les groupes de solidarité sont essentiels dans le soutien communautaire et l'engagement dans une approche de soins selon un modèle BPS. Les groupes communautaires peuvent en effet soutenir l'implémentation de modèles de soins en renforçant le soutien social et les réseaux locaux.(86) Encourager et renforcer la présence de groupes de solidarité dans la communauté en tant que ressource soutiendrait un modèle BPS dans l'offre de soins puisqu'ils peuvent jouer un rôle crucial dans la promotion de la santé holistique.(26,288)

Des exemples positifs d'activités se rapprochant d'un modèle BPS de soins ont été observés à Lumu, Bideka et Kabushwa où les AVEC ont été rapportées comme une forme particulière d'association entre les membres de la communauté. Les relais communautaires fixent les priorités du système de santé avec le personnel du centre de santé, mettant en évidence le rôle crucial du leadership et du soutien communautaire.

(d)La mobilisation de fonds pour le fonctionnement : La capacité à mobiliser des fonds, sous forme de subsides ou sous un mode tarifaire, est cruciale pour la durabilité et la qualité des services. La littérature suggère que des mécanismes de financement efficaces sont nécessaires pour soutenir les modèles de soins BPS.(310) La transparence dans la gestion des ressources est également importante pour garantir leur impact positif.(311)

Identifier et promouvoir des mécanismes efficaces de mobilisation de fonds pour optimiser le fonctionnement des CS devrait permettre l'accent sur la transparence dans la gestion des ressources financières, en soulignant leur impact positif sur la mise en œuvre du modèle BPS.

- Sur le plan individuel, les études ont rapporté certains facilitateurs :

(a) la disponibilité des ressources humaines et des réseaux sociaux locaux : Certains centres de santé comme Bideka et Kabushwa ont montré une disposition favorable, en termes de disponibilité du personnel et la présence des réseaux sociaux locaux comme les mutuelles de santé ou les associations de patients, renforçant ainsi la disponibilité des services de santé et améliorant l'expérience globale des patients.

Des recherches antérieures montrent que les ressources humaines adéquates et les réseaux sociaux locaux contribuent à l'amélioration de la qualité des soins et peuvent ainsi favoriser une offre de soins en lien avec le modèle BPS.(312)

La formation et le développement des compétences du personnel, ainsi que la création de réseaux de soutien entre les centres de santé, sont des méthodes recommandées.(303)

(b) l'élargissement du spectre de compétences et différents types de professionnels dans les équipes de soins (notamment le soutien social): Les équipes diversifiées favorisent une approche holistique des soins.

La littérature indique que la diversité professionnelle dans les équipes de soins contribue à une prise en charge plus complète et alignée avec les principes du modèle BPS.(313)

La création de forums pour le partage d'expériences pourrait renforcer l'apprentissage continu et la mise en œuvre du modèle BPS.(314)

L'existence d'équipes de soins diversifiées, qui peuvent comprendre des professionnels de différentes disciplines, peut améliorer la fourniture de soins complets.

Cette diversité favorise une approche holistique des soins de santé et s'aligne sur les principes du modèle BPS entraînant une composition diversifiée des équipes de soins, impliquant des professionnels de différentes disciplines. Cette diversité favorise une approche holistique des soins, alignée sur les principes du modèle BPS.

La promotion de la diversité dans les équipes de soins peut être facilitée par des politiques de recrutement inclusives et des formations sur la gestion de la diversité. La littérature montre que des équipes diversifiées peuvent offrir des soins plus complets et adaptés aux besoins variés des patients.(313)

3.2. DYNAMIQUES DE CHANGEMENT D'APPROCHE DE SOIN DANS LES CENTRES DE SANTE

3.2.1. *Facteurs individuels*

Certains résultats issus des études menées dans les centres de santé ont mis en évidence les perspectives et expériences des travailleurs des centres de santé concernant la mise en œuvre d'un modèle BPS dans leurs structures. Les principaux résultats sont en lien avec un dynamisme dans le changement proposé d'approche de soins :

(a) les Intérêt et avantages perçus : Certains travailleurs des centres de santé ont montré un intérêt pour le modèle BPS, comme approche de l'offre de soins, reconnaissant son potentiel pour répondre aux besoins psychosociaux des patients et améliorer la relation soignant-patient. Après un an de mise en œuvre, des changements ont été observés dans la pratique des soins, indiquant une évolution positive de leur adhésion à cette approche de soins dans certains CS.

Les réponses positives des travailleurs des CS (Bideka, Kabushwa) suggèrent que l'introduction du modèle BPS dans l'offre de soins leur permettrait de répondre aux besoins psychosociaux des patients reçus dans leurs CS et d'améliorer la relation soignant-patient dans leurs structures.

L'intérêt initial pourrait être amplifié avec une plus grande exposition à ce modèle de soins, laissant entrevoir la possibilité d'une adhésion accrue des agents avec le temps. La réceptivité de certains agents de santé à l'égard du modèle BPS est un reflet intéressant de son intégration dans les pratiques de soins. Des recherches ont montré que les attitudes positives et la reconnaissance de l'importance des dimensions psychosociales sont des facteurs facilitants pour l'adoption du modèle BPS.(252)

Pour renforcer l'adhésion et l'engagement des professionnels, la littérature propose d'intégrer des sessions de formation continue et des activités de sensibilisation qui mettent en évidence les avantages du modèle BPS.

Selon une étude de Greenhalgh en 2004, des sessions régulières de formation et des démonstrations des impacts positifs du modèle BPS sur les résultats de santé peuvent encourager l'adoption.(297) Adapté au contexte du Sud-Kivu, cela pourrait impliquer des partenariats avec des ONG locales pour offrir des formations adaptées aux réalités locales et intégrer des témoignages de succès à l'échelle provinciale.(303)

(b) la Valeur ajoutée perçue par les prestataires et qualité des soins : Le personnel dans certains CS (Bideka, Kabushwa) a reconnu la valeur ajoutée du modèle BPS en termes de qualité des soins et d'amélioration de la relation avec les patients. Considérée comme essentielle pour répondre aux besoins de la communauté, ce modèle de soins a été perçu positivement quant à son impact sur la prestation des soins.

La reconnaissance de la valeur ajoutée du modèle BPS par certains agents de santé suggère qu'elle peut contribuer à une prestation de soins de meilleure qualité.

On peut postuler que la promotion continue des avantages perçus de ce modèle pourrait encourager une adoption plus généralisée, générant ainsi des améliorations continues dans la qualité des soins.

Pour capitaliser sur cette valeur ajoutée, il est recommandé de diffuser largement les réussites et les témoignages positifs à travers des forums, des publications et des conférences.(281) De plus, la mise en place de mécanismes de retour d'expérience et d'évaluation continue peut aider à ajuster et améliorer les pratiques de soins (26,288).

Au Sud-Kivu, il serait utile d'organiser des événements communautaires et des sessions d'information pour partager les réussites locales et démontrer les bénéfices concrets du modèle BPS.(309)

(d) L'Action collective et l'apprentissage : Bien que des expériences individuelles de gestion BPS aient été partagées, le personnel a exprimé une confiance limitée dans les compétences de leurs collègues.

Le partage d'expériences et les réunions d'équipe ont été identifiés comme des moyens d'encourager l'apprentissage et l'adoption plus large du modèle BPS, soulignant ainsi l'importance de l'apprentissage collaboratif au sein des équipes des centres de santé.

Des mécanismes formels sous formes de directives ou vademecum pour favoriser cet apprentissage collectif pourraient renforcer l'adoption généralisée du modèle BPS dans les centres de santé. La littérature suggère que des mécanismes formels de partage des connaissances, tels que des groupes de discussion réguliers, des communautés de pratique peuvent améliorer l'apprentissage collectif et la mise en œuvre du modèle BPS.(302)

L'encouragement à la collaboration interprofessionnelle et la création de réseaux de soutien peuvent également renforcer l'adoption du modèle. Dans le contexte du Sud-Kivu, l'établissement de groupes locaux d'échange entre professionnels de la santé pour faciliter ces échanges peut être particulièrement efficaces.(313)

La formation continue est mentionnée comme une piste pour renforcer l'adhésion à un modèle BPS, mais la formation initiale joue un rôle déterminant dans l'acquisition des compétences et des valeurs professionnelles. Dans de nombreux pays, les programmes d'études en médecine et en soins infirmiers restent dominés par une approche biomédicale centrée sur la maladie, négligeant souvent la dimension psychologique et sociale du patient.(315)

Il serait pertinent d'examiner dans quelle mesure les curriculums de formation en RDC intègrent une approche de soins qui s'inspire du modèle BPS. L'exemple du Canada, où des formations interprofessionnelles intégrant les dimensions psychosociales ont montré des effets positifs sur la qualité des soins et la satisfaction des patients, pourrait inspirer des adaptations locales.(316)

3.2.2. Implémentation d'activités en lien avec un changement en faveur d'une approche de soins selon un modèle BPS

Des interventions mises en œuvre dans la prestation des CS au Sud-Kivu en vue d'offrir de soins selon un modèle BPS, il est possible de retenir des points essentiels sur comment elles ont été menées et ce qu'on peut en apprendre.

(a) l'évolution des dossiers des patients : Avant l'introduction des activités de soins BPS, les centres de santé utilisaient principalement des cahiers, des carnets ou des fiches axés sur les aspects médicaux. Le projet a proposé des dossiers médicaux individuels englobant les aspects médicaux, psychologiques et sociaux à Bideka, Kabushwa et Nyamuhinga pour permettre une approche plus complète des soins aux patients et la mise en œuvre d'un modèle BPS comparativement à d'autres CS.

Le passage à une documentation des dimensions BPS reflète une tendance dans la recherche à intégrer des données psychosociales dans les dossiers médicaux pour améliorer la planification des soins et la prise en charge globale des patients.

L'introduction de dossiers médicaux individuels englobant les aspects médicaux, psychologiques et sociaux favoriserait une approche dans les soins plus en lien avec un modèle BPS. Elle peut aussi avoir modifié la perception du personnel de santé, les encourageant à adopter une approche plus intégrée et globale des soins.

Les CS devraient envisager une adoption de plus en plus active de dossiers médicaux contenant des informations BPS pour améliorer la qualité des soins tout en mettant en place de mécanismes de rétroaction continue pour renforcer ces changements de perception.

La littérature soutient que l'adoption de dossiers médicaux intégrés peut améliorer la qualité des soins et la coordination des services, bien que cette pratique ne soit pas spécifique à la mise en œuvre d'un modèle BPS de soins.(309)

La mise en place de systèmes électroniques de dossiers médicaux et des formations pour le personnel sur leur utilisation peuvent également renforcer l'efficacité et l'intégration du modèle BPS puisqu'elle favoriserait un accès plus rapides aux aspect BPS des patients.(291)

Au Sud-Kivu, des solutions adaptées pourraient inclure l'élaboration de dossiers médicaux simplifiés et la formation du personnel sur leur utilisation pratique.(317)

(b)la transformation des réunions du personnel : Les réunions du personnel, auparavant sporadiques et axées sur la gestion médicale, ont été réorientées en discussions de cas. Ces discussions ont abordé les problèmes BPS présentés par les patients en consultation ou lors de visites à domicile. Cette réorientation semble avoir favorisé une approche plus collaborative et interdisciplinaire de la prise en charge des patients selon les acteurs bien qu'uniquement dans certains CS.

L'utilisation de discussions de cas et de visites à domicile pour des soins plus complets est étayée par des recherches suggérant que les soins centrés sur la personne devraient adopter une vision holistique de la personne, y compris ses besoins sociaux et psychologiques, telle que le propose le modèle BPS.(318)

La réorientation des réunions du personnel vers des discussions de cas BPS encourage une approche collaborative et interdisciplinaire de la prise en charge des patients. Les équipes des CS devraient entretenir ces pratiques pour favoriser un environnement d'apprentissage continu, ce qui pourrait renforcer la culture de l'amélioration continue.

Les discussions de cas centrées sur des problèmes BPS complexes sont essentielles pour une prise en charge intégrée. La littérature montre que ces discussions favorisent une meilleure compréhension des besoins des patients et une approche plus collaborative.(319,320)

Pour maintenir cette approche collaborative, il est recommandé de continuer à utiliser des réunions de discussion de cas et à intégrer des outils de collaboration interprofessionnelle.(321)

Les études montrent que ces pratiques améliorent la qualité des soins en favorisant une approche holistique et coordonnée.(318) Pour le Sud-Kivu, il serait bénéfique d'intégrer ces discussions dans les réunions régulières et de promouvoir la collaboration entre différents types de professionnels de santé.(313)

(c)le renforcement des groupes de solidarité communautaire : La présence d'AVEC est signalée comme la forme dominante de solidarité communautaire. Les groupes existants au sein des centres de santé ont été renforcés grâce à l'appui institutionnel reçu tout le long du projet tout en encourageant l'émergence de nouveaux groupes de solidarité communautaire.

Les groupes de solidarité communautaire jouent un rôle clé dans la promotion du soutien social et dans l'amélioration des résultats en santé. Des recherches montrent que l'engagement communautaire est crucial pour adapter les soins aux besoins locaux. L'accent mis sur la participation et le soutien communautaire à travers les groupes de solidarité s'aligne avec l'implication des patients et de leurs familles dans le processus de soins, ainsi que l'utilisation des ressources communautaires pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé.(317)

Faciliter des sessions de sensibilisation pour les communautés afin de promouvoir l'implication active dans le processus de soins et encourager l'utilisation des ressources communautaires pourrait être envisagé dans les aires de santé. De plus, les projets de santé communautaire devraient chercher à renforcer ces groupes pour maximiser leur impact sur la santé individuelle et communautaire.

Le renforcement des groupes de solidarité communautaire montre que l'engagement communautaire peut être un moteur puissant du succès du modèle BPS. Ainsi, renforcer les liens entre les centres de santé et ces groupes peut améliorer l'efficacité des interventions.

La littérature indique que le soutien aux groupes communautaires et la facilitation de leur participation peuvent améliorer les résultats de santé.(317) Les projets de santé communautaire devraient continuer à renforcer ces groupes et à les intégrer dans les stratégies de soins BPS en considérant les couches les plus vulnérables qui peuvent avoir du mal à les intégrer. Pour le Sud-Kivu, il est recommandé de promouvoir leur implication dans les initiatives de santé communautaire.(304)

(d)la réorientation des visites à domicile : Les visites à domicile, initialement axées sur la récupération des enfants non vaccinés ou la détection de la malnutrition aiguë sévère, ont été enrichies pour favoriser le suivi BPS.

Cela indique une évolution vers une approche plus holistique des soins de santé, tenant compte des besoins sociaux et psychologiques des individus dans leur environnement familial.

L'évolution des visites à domicile vers un suivi BPS est conforme aux recommandations de la littérature qui préconise l'intégration des dimensions psychosociales dans les soins à domicile pour une meilleure continuité des soins. La modification des visites à domicile pour inclure un suivi BPS indique une évolution positive vers une approche plus holistique des soins. De ce fait, elles devraient être potentialisées pour mieux comprendre les contextes de vie des patients.

L'auto-formation du personnel de santé et le partage d'expérience sur le modèle BPS peut renforcer cette capacité d'adaptation au sein des équipes des centres de santé. La littérature soutient que l'inclusion d'aspects psychosociaux dans les visites à domicile peut améliorer la qualité des soins.(317) Il est recommandé d'utiliser des formations et des protocoles spécifiques pour renforcer cette approche. Au Sud-Kivu, il serait utile de les développer pour les visites à domicile et de former le personnel sur ces nouvelles pratiques.(309)

(e)l'appui d'un travailleur social au centre de santé:

L'introduction de la fonction d'assistance sociale dans les équipes de santé a été un changement clé, renforçant le suivi psychosocial des patients. Avant l'étude, cette fonction était souvent assurée par des infirmiers titulaires ou adjoints, sans formation spécifique. Au fil du temps, certains centres ont formé des infirmiers ou autres membres du personnel à des rôles spécifiques en assistance sociale, comme à Nyamuhinga où une nutritionniste participe activement au suivi psychosocial et aux visites à domicile.

L'importance des équipes polyvalentes et de l'implication de professionnels non médicaux tels que les travailleurs sociaux dans les soins de santé a été soulignée dans la littérature comme mis en œuvre dans notre étude. L'introduction d'assistants sociaux dans les équipes de soins est un facteur crucial pour la mise en œuvre réussie du modèle BPS. La littérature montre que le soutien psychosocial est essentiel pour aborder les dimensions non médicales des soins.(322,323) De plus, une étude de Wang a montré que les travailleurs sociaux jouent un rôle crucial en abordant les déterminants sociaux de la santé et en améliorant les résultats pour les patients.(324)

L'utilisation d'équipes polyvalente comprenant des travailleurs sociaux ou des assistants est également soutenue par la littérature, qui insiste sur l'importance d'une approche des soins selon un modèle BPS fondée sur le travail d'équipe, intégrant des prestataires aux compétences et antécédents divers.(235) La littérature souligne que les équipes de soins multidisciplinaires, comprenant des travailleurs sociaux, peuvent améliorer les résultats pour les patients.(322,323) L'intégration de ces professionnels dans les équipes de soins et le soutien à leur rôle sont essentiels pour le succès d'un modèle BPS dans l'offre de soins.(324)

Les assistants sociaux peuvent jouer un rôle clé en assurant une liaison entre les patients, les structures de soins et les mécanismes de solidarité.

Toutefois, leur efficacité dépend de plusieurs facteurs :

- La formation : En RDC, la formation des assistants sociaux est limitée et peu adaptée aux réalités des soins de santé primaires. Il existe peu de programmes formels de spécialisation pour les assistants sociaux travaillant dans les structures sanitaires.

Une réflexion sur l'évolution de leur cursus est nécessaire comme au Brésil, où les travailleurs sociaux ont été intégrés dans les équipes de santé communautaire et formés spécifiquement à la prise en charge des populations vulnérables.(325,326)

- Une reconnaissance institutionnelle : Leur rôle n'est pas toujours clairement défini dans le système de santé, ce qui réduit leur impact potentiel à cause de l'**absence** de cadre institutionnel clair. Il serait nécessaire de développer une politique nationale d'intégration des travailleurs sociaux dans les centres de santé comme dans une étude au Canada, où les travailleurs sociaux sont intégrés dans les soins de première ligne pour assurer un accompagnement psychosocial des patients atteints de maladies chroniques.(316)

L'exemple du Kenya, où des travailleurs sociaux ont été intégrés dans les centres de santé pour renforcer la prise en charge des patients vulnérables, pourrait servir de modèle.(327)

L'absence d'un service social étatique en RDC pose la question des mécanismes alternatifs de financement des soins. Plusieurs solutions pourraient être envisagées comme

- les mutuelles de santé communautaires expérimentées dans plusieurs provinces, mais avec des limites d'inclusivité puisqu'il faut pouvoir cotiser,(328)
- les systèmes de micro-assurance inspirés des expériences au Rwanda et au Ghana, qui ont montré des effets positifs sur l'accès aux soins.(329)
- Les mécanismes de solidarité communautaire pour renforcer les initiatives locales d'entraide (caisse de solidarité, tontines).

Les alternatives méritent une évaluation plus approfondie pour voir lesquelles seraient les plus adaptées au contexte congolais.

(f) l'accompagnement d'un médecin référent :

L'accompagnement par un médecin référent a également connu une évolution significative. Au départ, cet accompagnement était irrégulier et souvent limité à des supervisions de routine par les bureaux centraux des zones de santé. Avec l'implémentation du modèle BPS, certains centres, comme Kabushwa et Nyamuhinga, ont bénéficié d'un accompagnement plus actif et régulier de médecins référents. Ce soutien a amélioré la qualité des discussions de cas et des visites à domicile, contribuant ainsi à une prise en charge plus complète et efficace des patients.

L'engagement actif des médecins dans le suivi BPS est vital pour l'intégration réussie de ce modèle. Les recherches indiquent que le soutien des médecins est essentiel pour assurer une approche cohérente et proposant des soins BPS.(330,172)

En ce qui concerne l'importance de la supervision et du soutien pour les équipes de soins de santé, des études ont révélé que la supervision de soutien peut améliorer la performance des travailleurs de la santé et les résultats pour les patients.(331,332) De même, une étude de Rowe et al. a montré que la supervision de soutien peut améliorer la satisfaction professionnelle et la rétention des travailleurs de la santé.(333)

Dans l'ensemble, les résultats de notre étude s'alignent sur la littérature existante, soulignant l'importance des soins basés sur un modèle BPS, des équipes pluridisciplinaires, de la bonne tenue des dossiers, de la supervision et du soutien des équipes de soins de santé.(60),(321,334)

3.3. LEÇONS APPRISSES DE LA PROPOSITION DU MODELE BPS DE SOINS DANS LES CENTRES DE SANTE

i. Théorie du changement amélioré

La théorie de changement initiale visait à introduire et renforcer une offre de soins selon un modèle BPS dans les centres de santé au Sud-Kivu. Les interventions prévues comprenaient la structuration des consultations, la réorientation des réunions de personnel vers des discussions de cas, l'organisation de visites à domicile adaptées et le soutien à des initiatives communautaires. Cependant, les résultats montrent des variations dans leur mise en œuvre selon les centres appuyés ou non appuyés. Cette proposition d'amélioration de la théorie de changement intègre ces apprentissages pour renforcer l'impact des interventions.

a) Objectifs Visés

Le premier objectif visé par cette théorie de changement est de renforcer la qualité des soins primaires en intégrant systématiquement les dimensions biopsychosociales. Le second objectif consiste à améliorer la coordination des équipes pour la prise en charge des cas complexes. Enfin, le troisième objectif cherche à promouvoir des activités communautaires adaptées aux besoins psychosociaux.

b) Interventions et Conditions Clés pour la Mise en œuvre

La structuration des consultations avec intégration BPS est une des interventions essentielles. Dans les centres appuyés (Bideka, Kabushwa et Nyamuhinga), cela a fonctionné grâce à la formation ciblée des prestataires sur le modèle BPS et à l'utilisation d'outils tels que des fiches adaptées permettant de capturer les dimensions psychosociales.

Cependant, pour améliorer cette intervention, il serait nécessaire d'introduire des outils standardisés dans tous les centres, y compris ceux non appuyés, et d'assurer des formations régulières pour maintenir la compétence des équipes. Cette mise en œuvre réussirait sous les conditions suivantes : la disponibilité de fiches BPS standardisées et une supervision régulière pour vérifier l'utilisation des outils.

La réorientation des réunions de personnel en discussions de cas constitue une autre intervention importante. Dans les centres appuyés, cela a fonctionné grâce à l'implication des médecins référents dans la structuration des réunions et à la disponibilité de données issues des dossiers médicaux.

Toutefois, pour améliorer cette intervention, il faudrait sensibiliser les équipes à l'importance des discussions de cas, même en l'absence de supervision directe, et fournir des guides pour structurer ces discussions. Cette intervention réussirait si un temps dédié à ces réunions est prévu et si tous les membres participent activement, avec un accès à des dossiers médicaux complets et bien tenus.

Les visites à domicile adaptées aux besoins biopsychosociaux des patients représentent une troisième intervention essentielle. Cela a fonctionné dans les centres appuyés grâce à la priorisation des visites sur la base des caractéristiques psychosociales identifiées et à une coordination efficace entre les équipes des centres et les agents communautaires. Pour améliorer cette intervention, il serait pertinent de former les équipes à intégrer les dimensions psychosociales dans leurs objectifs de visite et d'augmenter les ressources logistiques telles que le transport et le temps disponible. Cette mise en œuvre serait possible si les équipes sont disponibles pour planifier et effectuer ces visites, avec l'implication des agents communautaires dans l'organisation.

Le soutien aux groupes de solidarité communautaire constitue la quatrième intervention.

Dans les centres appuyés, cette intervention a fonctionné grâce à l'implication des prestataires dans les activités communautaires et à l'intégration des patients vulnérables dans des réseaux de solidarité. Pour améliorer cette intervention, il faudrait renforcer l'engagement communautaire dans les centres non appuyés et développer des partenariats locaux pour mobiliser des ressources. Cette intervention réussirait sous les conditions suivantes : la formation des prestataires à la gestion et au soutien des groupes et l'identification de leaders communautaires pour coordonner ces activités.

c) Apport des Interventions à un modèle BPS de soins

L'implémentation d'un modèle de soins BPS dans les six centres de santé de notre étude a révélé plusieurs enseignements clés, soulignant les forces et les défis de ce modèle de soins.

- Des Groupes de Solidarité Communautaire comme socle d'un modèle BPS de soins :

Des groupes de solidarité communautaire existaient déjà, au début de notre étude, dans des centres de santé comme Nyamuhinga et Bideka. Ils étaient pour la plupart conçus pour être inclusifs, intégrant diverses composantes de la communauté afin de créer un réseau de soutien élargi. Ces groupes ont été envisagés pour fournir un soutien psychosocial aux individus en détresse. Les centres de santé ont ainsi collaboré avec les leaders communautaires pour identifier ces groupes capables de faciliter un soutien psychosocial à des membres de la communauté. Des sessions régulières ont été organisées pour certains au sein des centres de santé afin de discuter des défis communs et offrir un soutien moral et pratique comme les AVEC.

Ces groupes ont fonctionné sous plusieurs formes offrant un soutien important aux membres et améliorant l'engagement communautaire. Cependant, certains défis ont été rencontrés, notamment en matière de participation continue et de soutien matériel pour les membres les plus vulnérables.

Les ressources communautaires sont mobilisées grâce au soutien aux groupes de solidarité communautaire qui renforcent le réseau de soins autour des patients. Ces groupes jouent un rôle clé dans la résilience psychosociale et l'accès à des solutions locales.

- Organisation des Visites à Domicile :

L'approfondissement des soins centrés sur le patient est une des principales contributions des interventions. Les consultations structurées et les visites à domicile adaptées permettent une meilleure appréhension des besoins complexes des patients, améliorant ainsi la qualité des soins en réduisant l'isolement des aspects psychosociaux. Des visites à domicile ont été systématiquement organisées pour évaluer les conditions de vie des patients et adapter les soins en conséquence.

Des équipes composées le plus souvent de l'infirmier titulaire et de l'infirmier exerçant les fonctions d'assistante psychosociale, souvent accompagnées par un médecin référent, ont visité les patients dans leurs foyers. Ces visites ont permis une évaluation complète des facteurs sociaux et environnementaux affectant la santé des patients.

Les visites à domicile se sont révélées plus bénéfiques que prévu, non seulement en termes d'adaptation des soins, mais aussi en renforçant la confiance entre les patients et le personnel de santé. Cependant, les difficultés à couvrir un plus grand nombre de foyers a été identifié comme un défi.

- Introduction des Dossiers Médicaux Individuels et des Systèmes d'Archivage :

L'introduction des dossiers médicaux individuels a été un élément clé pour intégrer le modèle BPS dans la pratique clinique quotidienne. Des systèmes d'archivage ont été développés et le personnel a été formé à leur utilisation pour garantir une collecte et une analyse cohérente des données BPS.

L'utilisation des dossiers médicaux a grandement amélioré la continuité des soins et la prise de décision clinique. Cependant, garantir une adoption fluide par tout le personnel nécessite un soutien technique prolongé.

- Organisation des Discussions de Cas :

Les dynamiques d'équipe sont également renforcées par les discussions de cas qui créent une plateforme permettant de partager les responsabilités et d'apprendre collectivement. Cela favorise la coordination entre les membres des équipes soignantes. Les discussions de cas ont été organisées régulièrement pour aborder à la fois les aspects médicaux et psychosociaux des soins aux patients. Les discussions étaient structurées autour des cas complexes, avec la participation d'une équipe multidisciplinaire incluant des médecins, des infirmières et selon le cas des psychologues et des travailleurs sociaux.

Ces discussions ont permis de fournir des soins plus complets et personnalisés, comme prévu. Elles ont également contribué à une meilleure compréhension entre les professionnels de santé des différentes dimensions du modèle BPS, bien que des défis subsistent en termes de temps pour maintenir ces discussions régulières.

- Soutien des Médecins Référents :

Enfin, un soutien institutionnel renforcé est apporté par l'implication des médecins référents et les formations régulières, assurant ainsi la durabilité des interventions. Ces centres pourraient devenir des modèles pour répliquer cette approche dans d'autres contextes.

L'implication des médecins référents a été cruciale pour la coordination des soins BPS car ils sont venus en appui aux équipes des CS pour fournir une expertise continue et un soutien dans l'organisation des discussions de cas et des visites à domicile. Toutefois, il a été noté que la dépendance à ces médecins peut limiter la durabilité du modèle si leur nombre reste insuffisant.

Le tableau ci-dessous résume les principaux résultats obtenus selon les niveaux de fonctionnement du centre de santé.

Tableau 3. Résultats de l'Implémentation d'une Offre de Soins BPS dans les Centres de Santé

Résultats selon le niveau de fonctionnement du centre de santé	Tendance dans les centres appuyés	Tendance dans les centres non appuyés
<i>Importance de la santé BPS des personnes</i> L'implémentation du modèle BPS a facilité une transition d'une approche basée sur la maladie à un modèle de soins BPS. Elle a été rendue possible grâce à l'intégration systématique des dimensions biopsychosociales dans la prise en charge, favorisant une compréhension plus holistique des besoins des patients.	Les consultations incluent systématiquement des dimensions psychosociales documentées dans des fiches adaptées. Les problèmes psychosociaux sont identifiés et traités de manière plus systématique.	
<i>Activités ciblant la personne, la famille ou la communauté pour leur prise en charge</i> L'appui aux groupes de solidarité communautaire a joué un rôle essentiel en apportant un soutien continu aux individus, permettant une prise en charge élargie qui ne se limite pas à des interventions médicales traditionnelles.	Les VAD sont organisées en fonction des besoins psychosociaux identifiés lors des consultations ou discussions de cas. Elles permettent une appréhension plus globale des	Les initiatives communautaires restent marginales ou peu structurées à cause du faible engagement des prestataires dans ces initiatives.

Résultats selon le niveau de fonctionnement du centre de santé	Tendance dans les centres appuyés	Tendance dans les centres non appuyés
Les groupes de solidarité communautaire, comme les AVEC et les clubs de patients, jouent un rôle crucial en apportant un soutien aux personnes ayant des besoins BPS, favorisant l'entraide mutuelle et le soutien psychosocial. Les VAD, organisées dans le cadre du modèle BPS, ont permis une meilleure compréhension des conditions de vie des patients, facilitant l'adaptation des soins à leurs réalités quotidiennes. Elles ont également renforcé les liens entre les centres de santé et les communautés, améliorant ainsi la confiance et l'adhésion aux traitements proposés. Les VAD permettent une évaluation plus précise des conditions de vie des patients et leur suivi personnalisé.	déterminants sociaux de la santé à travers une coordination renforcée entre les équipes du centre et les agents communautaires.	Les VAD restent limitées aux pathologies spécifiques, sans intégration des dimensions psychosociales puisque les ressources humaines et matérielles sont insuffisantes pour soutenir ces activités. On note aussi une faible sensibilisation des équipes à l'importance des visites selon un modèle BPS.

Résultats selon le niveau de fonctionnement du centre de santé	Tendance dans les centres appuyés	Tendance dans les centres non appuyés
<i>Personnes, outils et ressources pour la prestation des activités au centre de santé</i> L'introduction de dossiers médicaux individuels et de systèmes d'archivage a permis une intégration plus fluide des données BPS dans la prise en charge des patients. Ces outils ont été essentiels pour suivre les évolutions des patients dans toutes les dimensions du modèle BPS, facilitant ainsi une prise de décision plus informée et personnalisée. L'archivage systématique des informations BPS a également amélioré la coordination des soins au sein des équipes.		Dans certains centres non appuyés (Lumu, Lwiro), les dossiers médicaux restent désorganisés ou incomplets, limitant leur impact sur la qualité des soins par manque de formation spécifique sur l'utilisation des outils BPS et ressources matérielles suffisantes pour un archivage efficace.
<i>Organisation interne du centre de santé</i> Les discussions de cas, qui incluent l'analyse des dimensions médicales et psychosociales, ont permis d'adapter les interventions en fonction des contextes spécifiques des patients.	Les discussions de cas centrées sur les dimensions BPS sont régulièrement organisées. Ces discussions permettent une gestion collective des cas complexes et une meilleure prise de	

Résultats selon le niveau de fonctionnement du centre de santé	Tendance dans les centres appuyés	Tendance dans les centres non appuyés
Cela a renforcé la collaboration entre les différents agents de santé et permis une approche plus coordonnée selon un modèle BPS. Ces discussions ont également permis d'identifier des barrières non médicales au bien-être des patients et de mettre en œuvre des solutions plus globales.	décision grâce à l'encadrement actif des médecins référents, guidant les équipes dans l'analyse des problématiques complexes. La disponibilité de données issues des dossiers médicaux structurés, facilitent aussi les discussions.	
<i>Environnement externe du centre de santé</i> L'appui d'un médecin référent pour organiser les discussions de cas et les visites à domicile a été déterminant dans le succès de l'implémentation du modèle BPS. Ce soutien a non seulement amélioré la qualité des soins offerts, mais a aussi renforcé la capacité des équipes locales à adopter et à adapter le modèle BPS à leurs réalités. Le médecin référent a joué un rôle crucial dans la formation continue des équipes et dans le renforcement des liens entre les différents niveaux de soins.		Les médecins référents sont peu impliqués dans la supervision, ce qui limite leur impact.

Sur la base des résultats partagés des quatre études réalisées, il apparaît que la mise en œuvre des activités proposées pour offrir un modèle BPS dans les centres de santé a montré des résultats significatifs. Cette approche a conduit à des améliorations notables dans les pratiques de soins, avec un impact direct sur la qualité des relations entre le personnel soignant et les patients.

L'intégration des dimensions psychosociales dans la prise en charge a permis une meilleure compréhension des besoins des patients et a renforcé l'efficacité des interventions, tant au niveau individuel qu'au sein de la communauté dans certains centres de santé.

ii. Approfondissement théorique sur les changements attendus dans le système de santé

L'adoption d'une approche de soins se rapportant à un modèle BPS dans les structures de santé nécessite un changement de paradigme dans l'organisation des soins. Selon Kruk et al., les réformes de systèmes de santé réussies dans les pays à faibles et moyens revenus (PFMR) reposent sur une transformation simultanée des normes institutionnelles, des pratiques professionnelles et de la participation communautaire.(335) Un parallèle peut être fait avec l'expérience du Rwanda, où des réformes centrées sur la performance et la responsabilisation des prestataires ont permis une amélioration notable des indicateurs de santé.(336)

Cependant, comme le souligne Frenk et al., les réformes des systèmes de santé échouent souvent lorsque la mise en œuvre ne tient pas compte des réalités locales, notamment des contraintes économiques et culturelles.(337) Une approche basée sur l'adaptation progressive et l'engagement des parties prenantes est donc essentielle.

L'introduction de ce modèle suppose une transformation des pratiques des prestataires, qui dépend largement de leur motivation. La théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan distingue la motivation intrinsèque (qui vient du sens donné au travail) et la motivation extrinsèque (liée aux incitations financières et aux récompenses externes).(338,339) Plusieurs études montrent que les incitations financières, bien que pouvant améliorer la productivité à court terme, n'ont pas d'impact durable sur la motivation intrinsèque des prestataires de soins.(340–342)

Pour favoriser un engagement à long terme, il est crucial de renforcer d'autres leviers comme l'autonomie qui permet aux prestataires de participer aux décisions organisationnelles. Il faudrait aussi miser sur la compétence pour valoriser la formation et les opportunités de progression ainsi que l'appartenance en encourageant une culture du travail collaboratif et de soutien.

Ces aspects doivent être intégrés dans les stratégies de mise en œuvre pour assurer l'adhésion des prestataires à l'approche de soins selon un modèle BPS.

Nos études mentionnent le rôle des centres de santé, mais les comités de santé, qui existent en RDC, ne sont pas abordés. Ces comités, bien que souvent faibles en gouvernance et en moyens, pourraient être des leviers pour faciliter la mise en œuvre de l'approche de soins se basant sur un modèle BPS en assurant une interface entre les prestataires et les communautés.(343) Il s'avère opportun de renforcer le rôle des comités de santé, souvent sous-exploités en RDC, en les dotant de plus de responsabilités dans l'organisation et le suivi des soins.(343) Des études en Afrique de l'Est montrent que lorsque la communauté est impliquée dans la gestion des centres de santé, les résultats en termes d'adhésion aux traitements et de satisfaction des patients sont améliorés.(283)

Le PMA en RDC définit les services essentiels offerts dans les centres de santé. Or, il est encore fortement biomédicalisé, laissant peu de place pour des interventions psychosociales et communautaires.(54)

Une réforme du PMA pourrait inclure des interventions de soutien psychosocial pour les patients atteints de maladies chroniques ou encore des stratégies de prise en charge communautaire inspirées des approches développées en Afrique de l'Est.(344,345)

Une approche de soins selon un modèle BPS nécessite d'inclure des services de soutien psychosocial et d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques (diabète, hypertension, VIH/sida, etc.). Une expérience du Rwanda a favorisé l'introduction de la psychoéducation et du counseling communautaire dans les soins primaires.(336) Au Ghana, la création d'unités de santé mentale intégrées dans les centres de santé primaires a permis de réformer le PMA.(346) Il serait pertinent d'inclure dans le PMA des formations spécifiques sur la communication avec les patients, la gestion du stress et la prise en charge des souffrances psychosociales.

L'exemple du Burkina Faso où des modules sur la relation soignant-soigné ont été introduits dans les curricula de formation initiale et continue peut être inspirant pour la RDC.(347)

L'un des obstacles majeurs à la mise en place d'un modèle BPS est l'insuffisance des ressources financières et humaines. Le budget national de la santé en RDC reste faible et la majorité du financement provient des partenaires internationaux, ce qui rend difficile la pérennisation des initiatives.(62,348)

S'il fallait envisager des alternatives pour améliorer l'accès aux soins, le renforcement des mutuelles de santé communautaires pourrait être proposé. Expérimentées dans certaines provinces, les mutuelles offrent un mécanisme de financement basé sur la cotisation des ménages.

A l'heure actuelle, elles ne sont pas totalement inclusives, car elles nécessitent une capacité financière de cotisation. En RDC, la couverture reste très faible (moins de 5 % de la population selon le PNDS 2021-2025). Selon une étude au Rwanda, où la mutuelle de santé communautaire (CBHI) a permis une couverture de plus de 80 % de la population.(349) Une Micro-assurance et microfinance pour la santé reste une option à travers le développement de fonds de solidarité locale pour permettre aux populations vulnérables d'accéder aux soins sans risque de dépenses catastrophiques comme dans une étude au Ghana, où les assurances communautaires associées aux groupes d'épargne ont permis d'améliorer l'accès aux soins des populations rurales.(349)

Certains pays mettent en place des fonds de protection sociale pour la santé en recourant à des mécanismes de subvention ciblée, qui financent directement la prise en charge des populations vulnérables (femmes enceintes, enfants, indigents).

Une étude a été menée en ce sens au Kenya, où un programme de subventions a permis aux patients aux plus pauvres d'accéder aux soins sans avance de frais.(350)

En RDC, les mécanismes informels d'entraide (tontines, caisses d'épargne villageoises) jouent un rôle important dans le financement des soins Renforcement du rôle des réseaux de solidarité communautaire. Il est nécessaire d'intégrer ces mécanismes dans une stratégie nationale afin d'en garantir une meilleure régulation et un appui institutionnel.

3.4. PERSPECTIVES DE RECHERCHE

À la lumière des résultats de cette recherche, plusieurs pistes de recherche futures peuvent enrichir notre compréhension et orienter les initiatives de modèle BPS de soins en RDC.

Une réelle évaluation de changement dans l'offre de soins est nécessaire avec des données qui viennent des bénéficiaires. Les études sur l'expérience des patients dans les contextes de soins de santé fournissent des perspectives importantes sur les résultats de santé et la satisfaction des patients.(72) Une étude sur les soins BPS en Afrique a montré que les expériences des patients sont cruciales pour ajuster et améliorer les modèles de soins.(43)

Des études longitudinales sont nécessaires pour comprendre la durabilité des changements apportés par le modèle BPS et identifier les défis persistants au fil du temps. L'évaluation continue des résultats à long terme aidera à mesurer l'impact durable du modèle sur la qualité des soins. Des recherches ont mis en évidence la nécessité d'adapter les modèles de soins aux contextes culturels spécifiques pour améliorer leur efficacité.(351)

Une analyse approfondie des interactions entre différents acteurs de la santé, comme les médecins, infirmières, et autres prestataires, est cruciale pour comprendre comment ils collaborent dans la mise en œuvre du modèle BPS.

Les recherches sur la collaboration interprofessionnelle peuvent offrir des insights sur l'amélioration des pratiques de soins. Les études au Canada ont montré que la collaboration interprofessionnelle améliore les résultats des soins lorsqu'elle est bien coordonnée.(352,353)

L'adaptation minutieuse du modèle BPS à différentes structures de soins primaires est nécessaire, en tenant compte des variations en ressources et contraintes locales. Les études sur les contextes locaux peuvent guider ces ajustements.(354) Les recherches en Indonésie ont montré que les ajustements locaux du modèle sont essentiels pour une mise en œuvre réussie dans des contextes variés.(355)

L'évaluation de l'impact économique du modèle BPS, y compris les coûts, les économies potentielles, et les avantages à long terme, est une direction de recherche importante. Cela aidera à comprendre la viabilité économique et les bénéfices du modèle pour les systèmes de santé à ressources limitées.(161)

Approfondir les études sur l'engagement des communautés locales dans la conception et la mise en œuvre du modèle BPS est crucial. L'implication communautaire est essentielle pour une mise en œuvre réussie. Les travaux de Kasongo en RDC ont montré que l'engagement communautaire favorise une meilleure acceptation et une mise en œuvre plus efficace des modèles de soins.(23)

L'intégration des principes du modèle BPS dans les programmes de formation médicale et infirmière, en évaluant l'efficacité des interventions pédagogiques, est un axe de recherche crucial pour former les futurs prestataires de soins. Des recherches ont montré que l'intégration de ces principes dans les cursus académiques améliore la préparation des futurs professionnels de santé.(356,357)

En explorant ces pistes de recherche, nous pouvons approfondir la compréhension de la mise en œuvre du modèle BPS en RDC et contribuer à l'amélioration continue des pratiques de soins basés sur les besoins et les attentes des personnes dans les contextes de soins de santé à ressources limitées.

3.5. VALIDITÉ DE LA RECHERCHE

Toute recherche implique de s'assurer de sa validité en mettant en avant la qualité et la crédibilité des sources de données collectées ainsi que la validité des résultats obtenus. Dans les lignes suivantes, nous fournissons les détails sur ces éléments.

3.5.1 Qualité et crédibilité des sources de données

Les données utilisées dans cette thèse proviennent de six centres de santé sélectionnés : Bideka, Burhale, Kabushwa, Lumu, Lwiro et Nyamuhinga. Ces sites ont été choisis pour représenter un échantillon diversifié en termes de contexte géographique et socio-économique au sein de la province du Sud-Kivu. La crédibilité des données est renforcée par l'approche de triangulation, qui combine plusieurs sources de données : entretiens individuels avec des acteurs-clés, focus groupes dans les structures, et revue documentaire des formations sanitaires.

Cette méthodologie assure une couverture exhaustive des perspectives et des expériences au sein des centres de santé, tout en réduisant le risque de biais. Les informateurs, comprenant des professionnels de la santé et des autorités sanitaires, ont été sélectionnés de manière stratégique pour capturer une variété de points de vue.

3.5.2 Qualité des données

Les données quantitatives proviennent des registres, des rapports mensuels et annuels des centres de santé.

Elles sont collectées à intervalles réguliers par les agents de santé, et leur exactitude est vérifiée par les infirmiers-titulaires et les équipes-cadres de zone (ECZ). Cette routine bien établie et le processus de vérification rigoureux assurent la fiabilité des données quantitatives, qui reflètent fidèlement les activités et les résultats des centres de santé concernés.

Les données qualitatives, provenant de la revue documentaire, des entrevues individuelles et en groupe, ainsi que des observations non participantes, ont été collectées avec soin pour garantir leur pertinence et leur profondeur.

Les retranscriptions des entretiens ont été systématiquement revues par plusieurs chercheurs pour assurer la précision et la cohérence de l'analyse.

Cette approche collaborative a permis de minimiser les erreurs d'interprétation et de renforcer la validité interne des résultats.

3.5.3 Validité des résultats

Le chercheur principal, grâce à son expérience étendue dans le système de santé congolais en tant que médecin, assistant technique, enseignant et chercheur, a pu accéder facilement aux données des centres de santé et découvrir le modèle BPS dans les soins. Cette connaissance contextuelle a été un atout pour la collecte et l'analyse des données, tout en présentant un potentiel biais de perspective, lié à son rôle multidimensionnel.

Pour garantir la validité des résultats, plusieurs mesures ont été mises en place. Premièrement, les résultats des entretiens et des focus groupes ont été systématiquement confirmés avec les informateurs lors de séances de restitution, permettant une validation directe des données collectées.

Ces dernières étaient organisées en collaboration avec la Division Provinciale de la Santé et LC après la phase d'analyse afin de recueillir les points de vues des participants aux différentes études (Infirmiers, représentants de la communauté, Médecins chefs de zone).

Deuxièmement, l'analyse des données a impliqué au moins un autre chercheur, réduisant ainsi le risque de biais individuel et renforçant la fiabilité des conclusions.

Le processus de collecte de données a été clairement défini et justifié pour chaque étude, incluant une description précise du choix des centres de santé et des informateurs clés. Cependant, la particularité du Sud-Kivu, caractérisée par un contexte d'insécurité chronique, pourrait limiter la validité externe des résultats, c'est-à-dire leur généralisation à d'autres contextes.

3.6. FORCES ET LIMITES DE LA THESE

3.6.1. Limites de notre étude

Malgré les résultats encourageants, certaines limites doivent être reconnues pour une interprétation équilibrée des conclusions.

Premièrement, l'étude se concentre sur six centres de santé spécifiques du Sud-Kivu, ce qui pourrait limiter la généralisation des résultats à d'autres régions de la RDC ou à des contextes différents.

Chaque centre de santé a ainsi pu avoir sa propre compréhension d'une approche de soins selon un modèle BPS et ses implications pour la pratique.

Deuxièmement, les données qualitatives reposent en grande partie sur des auto-déclarations des professionnels de la santé, introduisant ainsi un potentiel biais de désirabilité sociale.

Les participants, conscients du rôle du chercheur en tant que membre du corps médical et bénéficiaire d'un financement d'un organisme belge, ont pu fournir des réponses perçues comme socialement acceptables ou attendues, surtout lors des séances communes entre infirmiers traitants et infirmiers titulaires.

De plus, l'analyse des données, en particulier l'application des cadres théoriques, implique une part de subjectivité, où différentes interprétations pourraient émerger selon les chercheurs. Malgré l'utilisation de mesures pour atténuer ce biais, telles que la validation croisée par d'autres chercheurs et la transparence dans le processus d'analyse, il reste possible que des perspectives différentes sur les mêmes données puissent conduire à des conclusions variées.

Enfin, bien que l'étude se focalise principalement sur les professionnels de la santé, une limitation notable est l'absence d'une évaluation approfondie du point de vue des patients entre autre la relation prestataires-utilisateurs de service.

Intégrer dans les recherches futures des évaluations des expériences, de la satisfaction et des résultats des patients offrirait une perspective complémentaire précieuse, indispensable pour une évaluation complète de l'impact du modèle BPS.

3.6.2. Forces de notre étude

Malgré ces limitations, notre étude présente plusieurs forces notables qui renforcent sa valeur scientifique et pratique.

Premièrement, elle adopte une approche globale et multidimensionnelle, utilisant des méthodes qualitatives pour examiner la mise en œuvre du modèle BPS dans les centres de santé.

Cette méthodologie a permis d'obtenir une compréhension riche et nuancée des processus en jeu, combinant des perspectives diverses, incluant celles des professionnels de la santé, des autorités sanitaires, et des membres de la communauté.

Deuxièmement, l'étude s'appuie sur des cadres théoriques robustes tels que le Rainbow Model, le CCIC, le NoMAD, et la théorie du changement, qui apportent une structure systématique à la collecte et à l'analyse des données.

Ces cadres ont non seulement renforcé la rigueur de l'étude mais ont également facilité l'interprétation et la contextualisation des résultats dans une perspective plus large de la réforme des soins de santé.

En outre, l'inclusion de points de vue de diverses parties prenantes, y compris les autorités sanitaires et la communauté, a permis de capturer un éventail d'expériences et de perceptions, enrichissant ainsi la validité et la pertinence des résultats.

Troisièmement, le fait que l'étude soit menée dans des contextes de soins de santé réels dans six centres de santé de l'est de la RDC accroît sa pertinence pratique. Les résultats obtenus ne sont pas seulement théoriques, mais applicables à des contextes similaires, rendant l'étude particulièrement utile pour l'élaboration de politiques et la planification de la mise en œuvre du modèle BPS dans des environnements similaires.

Enfin, d'autres chercheurs ont été impliqués dans la collecte et l'analyse des données ainsi que des participants à la validation des résultats

Ces forces renforcent la crédibilité et la valeur de notre étude, tout en fournissant une base solide pour l'exploration future et l'avancement des soins centrés sur la personne dans le cadre du modèle BPS.

3.7. REFLEXIVITE

3.7.1. *Réflexivité personnelle :*

En tant que médecin de formation et chercheur principalement dans le domaine de la santé publique au Sud-Kivu, mes expériences professionnelles et personnelles ont eu un impact direct sur la définition de ce projet de recherche ainsi que sur l'analyse des résultats. Mon parcours professionnel a été marqué par une implication dans des activités de recherches en santé publique en période d'urgence (maladies infectieuses, conflits armés, catastrophes humanitaires), ce qui a forgé ma compréhension des réalités sanitaires en contexte de vulnérabilité. Ma position de chercheur s'entrelace avec celle d'acteur du système de santé et cette situation crée un double rôle : celui de contributeur au système de santé en tant qu'acteur, et celui de chercheur, censé observer, analyser et questionner ce même système de manière objective.

Prendre du recul dans ce contexte n'est pas simple. Mes expériences professionnelles sur le terrain, en tant que médecin travaillant avec des équipes locales et des communautés en situation de crise, ont profondément influencé la manière dont j'ai formulé mes questions de recherche.

Mes valeurs et intérêts personnels ont également influencé ma manière de percevoir et d'aborder les problèmes de santé.

Par exemple, étant initié grâce à cette recherche à une approche centrée sur la personne, j'ai accordé une attention particulière à la place de la communauté dans les soins et aux perceptions des acteurs locaux sur l'adhésion aux modèles de soins en vigueur.

De plus, ma formation en médecine a sans doute orienté ma vision des problématiques de santé en accentuant le besoin d'interventions rapides et efficaces, parfois au détriment d'une analyse plus systématique des structures sociales et politiques sous-jacentes.

Enfin, mes interactions avec les communautés locales, en tant que médecin mais aussi en tant qu'acteur humanitaire, ont influencé mes choix méthodologiques, en particulier l'inclusion des perspectives communautaires. Cependant, ces biais peuvent limiter la généralisation des résultats et les rendre plus spécifiques à mon propre cadre d'interaction. Ainsi, mon propre regard peut avoir imprégné l'interprétation des perceptions des prestataires de soins, et pourrait avoir généré une vision partielle sur certains aspects de l'implémentation des soins basés sur un modèle BPS. Mon implication directe dans ces processus a aussi eu des effets sur mes interactions avec les participants, qui m'ont vu comme un acteur au-delà de ma fonction de chercheur.

En tant qu'acteur dans ce système, il m'a été difficile de maintenir une distance critique absolue. Mes valeurs humaines, telles que le respect de l'individu et l'implication active des communautés dans leur prise en charge, ont peut-être modifié ma perception des résultats.

Cette proximité avec le terrain a pu générer un biais de proximité émotionnelle, affectant ainsi la manière dont les résultats ont été interprétés. Le défi ici est de parvenir à une objectivité qui dépasse cette proximité tout en demeurant sensible aux réalités humaines vécues par les acteurs locaux, qui sont souvent dans des situations de grande précarité.

Il est donc nécessaire de rester conscient que, en tant que chercheur, ma propre subjectivité – forgée par des années de pratique clinique et de recherche dans un contexte de crise – joue un rôle dans la construction du sens que je donne aux résultats. Ainsi, même si je me considère comme un acteur de changement, il reste crucial de constamment interroger mes propres perceptions et de questionner les mécanismes sociaux, politiques et institutionnels dans lesquels je suis moi-même impliqué.

3.7.2. Réflexivité épistémologique :

La recherche menée a été influencée par plusieurs choix méthodologiques, qui, en retour, ont orienté les résultats dans une certaine direction. Le choix de la méthode qualitative (entretiens semi-directifs, focus groups) a permis une exploration approfondie des perceptions et dynamiques locales, mais pas de recueillir des données quantitatives robustes qui auraient pu mieux étayer la portée des conclusions.

En tant que chercheur, j'ai privilégié une analyse qui cherche à comprendre les dynamiques sociales, culturelles et organisationnelles des zones de santé au Sud-Kivu, ce qui a été bénéfique pour cerner les besoins spécifiques des populations et des prestataires de soins. Toutefois, cette approche pourrait exclure des perspectives plus institutionnelles ou structurelles qui ne peuvent être capturées que par une analyse plus systématique des politiques et des infrastructures sanitaires. Mon engagement à améliorer les conditions de santé dans la province où je vis a naturellement orienté mes attentes de recherche, ce qui aurait pu entraîner un biais de confirmation dans l'interprétation des données.

Le choix de l'échantillonnage de convenance, basé sur la disponibilité des participants et des contacts au sein des structures de santé locales, pourrait aussi être vu comme une contrainte.

Bien que cette approche ait facilité l'accès à un certain nombre de participants, elle n'a pas permis d'atteindre un échantillon représentatif de l'ensemble des prestataires de soins dans la région. Cela pourrait introduire un biais de sélection et réduire la portée des résultats à un groupe relativement homogène de prestataires et de bénéficiaires. De plus, la limitation du nombre de focus groups et entretiens a restreint l'éventail des perspectives recueillies, et pourrait conduire à une vision partielle des pratiques de soins centrés sur la personne dans cette zone.

En réfléchissant à l'ensemble du processus, il est aussi évident que les choix méthodologiques ont influencé la manière dont les résultats ont été collectés et interprétés comme la considération d'autres dimensions telles que les contraintes structurelles ou les défis organisationnels plus profonds. Ces biais dans l'échantillonnage et dans la collecte des données me rappellent qu'en tant que chercheur et acteur du système, il est essentiel de prendre conscience de ces influences et de les gérer de manière transparente.

3.7.3. Contexte d'instabilité et possibilités de changement :

Le cadre instable dans lequel cette étude s'est déroulée soulève la question de la possibilité d'instaurer des changements réels et durables, notamment dans des contextes où le système de santé est fragile et où les crises politiques et sociales exacerbent les défis de gestion de la santé publique.

En tant que professionnel de la santé, j'ai constaté de nombreuses fois la difficulté de maintenir des programmes de santé publique à long terme dans un environnement où les priorités changent constamment, que ce soit en raison des conflits armés, des catastrophes naturelles ou des bouleversements politiques.

Dans un contexte d'instabilité, caractérisé par des crises politiques et économiques récurrentes comme au Sud-Kivu et d'autres provinces comme le Nord-Kivu ou l'Ituri, plusieurs questions se posent quant à la pérennité des initiatives de changement, notamment pour le paradigme d'un modèle BPS. Peut-on réellement compter sur des acteurs de changement authentiques, capables de prendre position et d'inscrire ces transformations dans la durée ?

Nos résultats montrent que, malgré des avancées notables, la durabilité du modèle BPS est mise à l'épreuve par l'instabilité du système de santé en RDC.

La mise en œuvre de nouvelles pratiques, bien qu'encouragée par des formations et des initiatives communautaires, reste vulnérable aux fluctuations des ressources et à la fragilité des structures institutionnelles. Dans ce contexte, l'initiative des acteurs locaux – qu'ils soient prestataires, leaders communautaires ou patients – constitue une lueur d'espoir, mais leur capacité à opérer un changement à long terme demeure conditionnée par l'évolution du système et par des stratégies de renforcement continu.

Le contexte de crise et d'instabilité dans lequel cette recherche a eu lieu soulève des questions cruciales sur la possibilité d'opérer des changements durables dans les systèmes de santé en RDC.

Dans des zones marquées par des conflits armés, la pauvreté, et une infrastructure de santé défaillante, la mise en œuvre de nouvelles approches de soins (comme le modèle BPS) se heurte souvent à des obstacles majeurs : ressources limitées, manque de formation adéquate du personnel, et perturbations fréquentes des services de santé.

Dans ce contexte, la question de savoir si des acteurs réels de changement peuvent émerger reste ouverte. Les prises de position, bien que louables, sont souvent fragiles dans un environnement où la stabilité politique et sociale est rare.

Les acteurs communautaires et les prestataires de soins peuvent être désireux de changer les pratiques, mais leur capacité à mettre en œuvre ces changements à long terme reste incertaine, notamment lorsque des priorités d'urgence (réponses aux crises de santé) dominent les agendas des services de santé.

L'un des défis majeurs dans un tel contexte est de maintenir l'engagement des acteurs du système de santé, qui peuvent être démotivés par des conditions de travail précaires et un manque de ressources.

En tant que chercheur, cela me pose la question suivante : dans un environnement aussi instable, peut-on réellement envisager un changement durable dans les pratiques de soins, surtout lorsqu'un paradigme d'approche de soins centré sur la personne implique une réorganisation en profondeur des systèmes de santé locaux ?

Le long terme semble difficilement accessible dans un tel cadre, où l'urgence sanitaire et les priorités politiques à court terme dominent.

De plus, le changement dans un contexte d'instabilité semble être une tâche complexe, voire irréalisable à court terme. Le long terme est difficile à envisager dans un cadre de crise, où les réformes institutionnelles et les révisions des politiques de santé peuvent être perçues comme des efforts fragiles et non soutenus par un véritable consensus national ou régional. Les réformes des systèmes de santé, particulièrement dans des provinces comme le Sud-Kivu, risquent de se heurter à une multitude de défis institutionnels et politiques. En conséquence, des approches de soins se rapportant à un modèle BPS par exemple, bien qu'elles apportent des solutions prometteuses pour améliorer l'engagement des patients, pourraient peiner à s'implanter durablement dans ces contextes.

Ainsi, la question de la pertinence des réformes et de l'efficacité des changements institutionnels dans un contexte aussi volatile mérite une réflexion approfondie.

Peut-être que l'accent devrait être mis davantage sur la flexibilité des approches et sur l'adaptation continue aux réalités changeantes, plutôt que sur la mise en place de changements structurels rigides.

Pourtant, malgré ces limitations, il semble crucial de continuer à promouvoir des réformes et des innovations dans le domaine des soins, même dans un contexte d'instabilité. Il faut cependant être réaliste et se préparer à des ajustements continus. Les réformes institutionnelles peuvent paraître illusoires, mais elles peuvent néanmoins créer un terreau fertile pour de petites innovations locales et des changements graduels. Toutefois, le changement à grande échelle, tel qu'imaginé dans les paradigmes traditionnels de la santé publique, reste un objectif difficilement atteignable dans un tel contexte.

CONCLUSION GÉNÉRALE DE LA THÈSE

L'implémentation du modèle BPS dans les CS du Sud-Kivu révèle un potentiel de transformation profonde des pratiques de soins. Nos travaux montrent que l'intégration des dimensions BPS – quand elle est soutenue par des formations ciblées, une réorganisation des réunions de personnel, une refonte des visites à domicile et un renforcement des réseaux communautaires – peut redéfinir la relation soignant-patient et offrir une prise en charge véritablement holistique.

Elle a été une aventure riche d'enseignements, révélant tant les défis que le potentiel immense d'une approche holistique des soins. Notre thèse a mis en lumière l'importance cruciale de considérer l'intégralité de l'humain dans les soins, en intégrant les dimensions médicale, psychologique et sociale.

Cependant, ces avancées ne sauraient être dissociées des enjeux de pouvoir et de la logique mercantile qui traversent le système de santé. Dans un contexte d'instabilité, la pérennité du changement dépendra de la capacité des acteurs locaux à se mobiliser, à repenser les pratiques institutionnelles et à instaurer des partenariats durables. Le rôle des assistants sociaux, en tant que catalyseur reliant les réseaux de solidarité aux personnes en situation complexe, constitue une voie prometteuse, à condition de renforcer leur formation et leur reconnaissance.

Au-delà des succès observés, notre thèse révèle aussi que l'intégration du modèle BPS dans un contexte fragile comme celui de la RDC n'est pas sans obstacles. Les résistances au changement, profondément ancrées dans les habitudes professionnelles et le manque de sensibilisation, sont des défis réels. Les forces identifiées au cours de cette recherche – la qualité des ressources humaines, l'engagement du leadership, et le soutien indéfectible des communautés locales – ouvrent des horizons prometteurs. Ces éléments constituent les bases solides d'une transformation durable, non seulement en RDC, mais dans d'autres pays confrontés à des contextes de développement similaires.

Le modèle BPS, loin d'être une solution universelle, est une opportunité pour réinventer les pratiques de soins, plus centrées sur l'humain et plus connectées à la réalité des patients. Ainsi, au-delà des réussites observées, cette étude invite à une réflexion plus large sur la possibilité de réinventer le paradigme des soins dans des environnements fragiles. Elle offre une feuille de route pour des interventions audacieuses qui, si elles sont accompagnées d'un engagement collectif et d'une vision à long terme, pourraient transformer durablement le paysage des soins en RDC – et, par extension, dans des contextes similaires à travers le monde. Ce défi, à la fois ambitieux et indispensable, est le moteur d'un changement systémique qui place l'humain au cœur de la santé.

Cependant, pour que ce modèle prenne racine et se déploie de manière pérenne, plusieurs défis demeurent. L'adoption de ce modèle nécessite une dynamique collective et progressive. Les résistances au changement ne disparaîtront pas du jour au lendemain. L'adhésion à ce modèle doit s'accompagner d'une réelle démarche de sensibilisation et de formation continue, tout en encourageant une collaboration constante entre tous les acteurs : gestionnaires de santé, soignants, et communautés.

À ce titre, plusieurs recommandations émergent comme des clés de réussite :

Ministère de la Santé Publique (MSP) :

Le MSP doit jouer un rôle de leader dans la promotion et le soutien de la mise en œuvre du modèle BPS. Il est essentiel que le ministère intègre cette approche dans les politiques et lignes directrices nationales en matière de santé, et qu'il alloue des ressources suffisantes pour soutenir les programmes de formation, améliorer les infrastructures sanitaires et renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation des pratiques de soins.

En outre, le MSP devrait encourager des initiatives pilotes dans d'autres provinces du pays, afin de tester et d'adapter le modèle BPS à différents contextes locaux, avant d'envisager une mise en œuvre à grande échelle et une adaptation progressive des programmes spécifiques à une vision plus holistique de l'offre de soins.

Gestion des Centres de Santé :

Les IT des CS jouent un rôle crucial dans l'adoption et la promotion du modèle BPS. Il est impératif qu'ils donnent la priorité à l'adoption de ce modèle de soins en créant une culture de soins BPS au sein de leurs établissements. Cela implique non seulement de fournir des formations adéquates au personnel soignant, mais aussi de promouvoir un environnement de travail collaboratif, où les soignants sont encouragés à partager leurs expériences et à réfléchir ensemble sur les meilleures pratiques. En outre, la mise en place de mécanismes d'évaluation et de retour d'information réguliers de la part des patients est essentielle pour assurer une amélioration continue de la qualité des soins.

Personnel de Santé :

Le personnel de santé doit être formé de manière exhaustive sur les principes et la mise en pratique du modèle BPS. Cette formation devrait couvrir l'intégration des aspects médicaux, psychologiques et sociaux des soins, mais aussi inclure des modules sur la communication empathique, le rôle du médecin référent, la prise de décision partagée avec les patients, et la gestion du stress. Le développement professionnel continu est crucial pour permettre aux soignants de rester à jour avec les dernières avancées dans le domaine des soins BPS, et pour leur fournir les outils nécessaires pour appliquer ces concepts dans leur pratique quotidienne.

Engagement de la Communauté :

L'engagement communautaire est fondamental pour le succès de la mise en œuvre du modèle BPS. Les CS doivent collaborer étroitement avec les communautés locales afin de sensibiliser la population aux avantages des soins BPS et de s'assurer de leur soutien actif.

Cet engagement pourrait également se traduire par la mise en place de groupes de solidarité communautaire, des programmes d'assistance sociale, et des initiatives locales visant à renforcer les liens entre les CS et les populations qu'ils desservent. Un dialogue constant avec la communauté permettra d'identifier les besoins émergents et d'adapter les interventions en conséquence.

Recherche et Évaluation :

Des recherches supplémentaires et des évaluations rigoureuses sont nécessaires pour évaluer l'impact à long terme et la durabilité du modèle BPS dans le contexte de la RDC. Il est crucial de mener des études longitudinales qui évaluent non seulement les résultats pour les patients, mais aussi le rapport coût-efficacité de cette approche et sa transférabilité à d'autres contextes similaires. Les résultats de ces recherches devraient être largement diffusés et partagés avec les décideurs politiques, les professionnels de la santé et les chercheurs, afin d'éclairer les prises de décisions futures et de guider l'élaboration de nouvelles politiques basées sur des données probantes.

En définitive, l'adoption du modèle BPS en RDC ne relève pas seulement de la mise en place d'une nouvelle méthode de soins, mais d'une véritable transformation des pratiques de santé. Ce modèle, tout en étant une réponse aux défis du terrain, invite à repenser profondément notre manière de concevoir les soins, en plaçant l'humain au centre. Dans un contexte aussi dynamique et complexe que celui de la RDC, cette démarche implique une flexibilité, une ouverture à l'innovation et une collaboration sans précédent entre tous les acteurs du système de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hall JJ, Taylor RJK. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Med J Aust* [Internet]. 2003;178. Disponible sur: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:726869>
2. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med.* mars 2010;70(6):904-11.
3. Faye A, Bob MD, Fall A, Fall C. [Primary health care and the millennium development goals]. *Med Sante Trop.* 2012;22 1:6-8.
4. World Health Organization. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. World Health Organization; 2018.
5. Piot P, Abdool Karim SS, Hecht R, Legido-Quigley H, Buse K, Stover J, et al. Defeating AIDS—advancing global health. *The Lancet.* juill 2015;386(9989):171-218.
6. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet.* oct 2018;392(10157):1553-98.
7. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med.* août 2010;71(3):517-28.
8. Ichoku HE, Mooney G, Ataguba JEO. Africanizing the Social Determinants of Health: Embedded Structural Inequalities and Current Health Outcomes in Sub-Saharan Africa. *Int J Health Serv.* oct 2013;43(4):745-59.

9. Betancourt TS, Newnham EA, Layne CM, Kim S, Steinberg AM, Ellis H, et al. Trauma History and Psychopathology in War-Affected Refugee Children Referred for Trauma-Related Mental Health Services in the United States. *J Trauma Stress*. déc 2012;25(6):682-90.
10. World Health Organization. World mental health report: Transforming mental health for all. World Health Organization; 2022.
11. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Can Med Assoc J*. 6 sept 2011;183(12):E959-67.
12. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. Global Mental Health 1 No health without mental health.
13. Abbo C, Ekblad S, Okello E, Musisi S. The prevalence and severity of mental illnesses handled by traditional healers in two districts in Uganda. *Afr Health Sci*. 2009;9(1):1.
14. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. World Health Organization; 2013.
15. Sato A. Revealing the popularity of traditional medicine in light of multiple recourses and outcome measurements from a user's perspective in Ghana. *Health Policy Plan*. 1 déc 2012;27(8):625-37.
16. Abdullahi A. Trends and Challenges of Traditional Medicine in Africa. *Afr J Tradit Complement Altern Med* [Internet]. 15 juill 2011 [cité 20 févr 2025];8(5S). Disponible sur: <http://www.ajol.info/index.php/ajtcam/article/view/67959>
17. Kayombo EJ. Traditional and alternative medicine in Tanzania: Lesson from the exhibition. *SAS J Med*. 2017;3(1):23-31.

18. Monteiro NM, Balogun SK. Perceptions of mental illness in Ethiopia: a profile of attitudes, beliefs and practices among community members, healthcare workers and traditional healers. *Int J Cult Ment Health*. 2014;7:259-72.
19. Girma E, Ayele B, Gronholm PC, Wahid SS, Hailemariam A, Thornicroft G, et al. Understanding mental health stigma and discrimination in Ethiopia: A qualitative study. *Camb Prisms Glob Ment Health*. 2024;11:e58.
20. Patel V. Global Mental Health: From Science to Action. *Harv Rev Psychiatry* [Internet]. 2012;20(1). Disponible sur: https://journals.lww.com/hrpjournal/fulltext/2012/02080/global_mental_health__from_science_to_action.3.aspx
21. Semrau M, Evans-Lacko S, Alem A, Ayuso-Mateos JL, Chisholm D, Gureje O, et al. Strengthening mental health systems in low- and middle-income countries: the Emerald programme. *BMC Med*. déc 2015;13(1):79.
22. Moshabela M, Sips I, Barten F. Needs assessment for home-based care and the strengthening of social support networks: The role of community care workers in rural South Africa. *Glob Health Action*. 2015;8(1).
23. Audet CM, Salato J, Vermund SH, Amico KR. Adapting an adherence support workers intervention: engaging traditional healers as adherence partners for persons enrolled in HIV care and treatment in rural Mozambique. *Implement Sci*. déc 2017;12(1):50.
24. Dalglish SL, Straubinger S, Kavle JA, Gibson L, Mbombeshayi E, Anzolo J, et al. Who are the real community health workers in Tshopo Province, Democratic Republic of the Congo? *BMJ Glob Health*. juill 2019;4(4):e001529.
25. World Health Organization. Mental health atlas 2017: resources for mental health in the Eastern Mediterranean Region. 2019;

26. Mitchell GK, Burrridge L, Zhang J, Donald M, Scott IA, Dart J, et al. Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary-secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness? *Aust J Prim Health*. 2015;21 4:391-408.
27. Hepworth J, Askew DA, Jackson CL, Russell AW. « Working with the team »: an exploratory study of improved type 2 diabetes management in a new model of integrated primary/secondary care. *Aust J Prim Health*. 2012;19 3:207-12.
28. De Man J, Mayega RW, Sarkar N, Waweru E, Leyse M, Van Olmen J, et al. Patient-centered care and people-centered health systems in sub-Saharan Africa: Why so little of something so badly needed? *Int J Pers Centered Med*. 2016;6(3):162-73.
29. Molima CEN, Karemere H, Bisimwa G, Makali S, Mwene-Batu P, Malembaka EB, et al. Barriers and Facilitators in the Implementation of Bio-psychosocial Care at the Primary Healthcare Level in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2021;13(1):1-10.
30. Luitel NP, De Silva M, Petersen I, Shrivasta S, Breuer E, Thornicroft G, et al. Challenges and Opportunities for Implementing Integrated Mental Health Care: A District Level Situation Analysis from Five Low- and Middle-Income Countries. *PLoS ONE*. 2014;9(2):e88437.
31. Nys-Ketels SD, Lagae J, Geenen K, Beeckmans L, Bungiena TL. Spatial governmentality and everyday hospital life in colonial and postcolonial DR Congo. *Neocolonialism Built Herit* [Internet]. 2019; Disponible sur: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:199241164>
32. Wembonyama S, Mpaka SM, Tshilolo L. [Medicine and health in the Democratic Republic of Congo: from Independence to the Third Republic]. *Med Trop Rev Corps Sante Colon*. 2007;67 5:447-57.

33. Roemer MI. Priority for primary health care: its development and problems. *Health Policy Plan.* 1986;1 1:58-66.
34. Werner D. The struggle for health: from local to global level. *Health Millions.* 1998;24 4:21-4.
35. Monekosso GL. Achieving health for all: a proposal from the African Region of WHO. *Health Policy Plan.* 1992;7:364-74.
36. Aembe B, Dijkzeul D. Humanitarian governance and the consequences of the state-fragility discourse in the Democratic Republic of Congo's health sector. *Disasters.* 2019;43 Suppl 2:S187-209.
37. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive Versus Selective Primary Health Care: Lessons For Global Health Policy. *Health Aff (Millwood).* 2004;23(3):167-76.
38. Oliveira C, Russo G. Vertical interventions and system effects; have we learned anything from past experiences? *Pan Afr Med J [Internet].* 2015;21. Disponible sur: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:27148481>
39. Maeseneer JD, Weel C van, Egilman DS, Mfenyana K, Kaufman A, Sewankambo NK. Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2008;58 546:3-4.
40. Waldman RJ, Newbrander WC, Wc H, Wd S, Staveteig S, Avogo WA, et al. Health in fragile states. Country case study: Democratic Republic of the Congo. *Health Aff (Millwood) [Internet].* 2006;26. Disponible sur: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:135062887>
41. Bwimana A. Health Sector Network Governance and State-building in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *Health Policy Plan.* 1 déc 2017;32(10):1476-83.

42. Malembaka EB, Karemere H, Macq J. Stratification and characterisation of complex medico-psychosocial conditions at primary health care level in Eastern DR Congo: methodological approaches. *Int J Integr Care* [Internet]. 2018; Disponible sur: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:81863446>
43. Molima CEN, Karemere H, Makali S, Bisimwa G, Macq J. Is a bio-psychosocial approach model possible at the first level of health services in the Democratic Republic of Congo? An organizational analysis of six health centers in South Kivu. *BMC Health Serv Res*. 11 nov 2023;23(1):1238.
44. Bisimwa G, Makali SL, Karemere H, Molima C, Nunga R, Iyeti A, et al. Contrat unique, une approche innovante de financement du niveau intermédiaire du système de santé en République Démocratique du Congo: processus et défis de mise en Œuvre. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2021;13(1):1-9.
45. Sita GL. Généralités sur le cadre juridique du système de santé congolais : une analyse organisationnelle et fonctionnelle. *KAS Afr Law Study Libr - Libr Afr D'Etudes Jurid*. 2020;7(4):525-43.
46. Bosongo S, Belrhiti Z, Chenge F, Criel B, Coppieters Y, Marchal B. The role of provincial health administration in supporting district health management teams in the Democratic Republic of Congo: eliciting an initial programme theory of a realist evaluation. *Health Res Policy Syst*. 20 févr 2024;22(1):29.
47. Mbeva JBK, Schirvel C, Godelet E, Wodon A, Porignon D, Bonami M. [Reorganization of the provincial health system in the Democratic Republic of the Congo]. *Sante Publique (Bucur)*. 2014;26 6:849-58.
48. Ribesse N, Iyeti A, Macq J. Change management : an analysis of actors' perceptions about technical assistance in the Democratic Republic of Congo TT - Accompagnement du changement : une analyse de représentations d'acteurs sur l'assistance technique en République Démocratique du Co. *Santé Publique*. 2015;27(3):415-24.

49. Mbeva JBK, Schirvel C, Godelet E, Wodon A, Porignon D, Bonami M. Réforme des structures intermédiaires de santé en République démocratique du Congo. *Sante Publique (Bucur)*. 2014;26:849-58.
50. Altare C, Castelgrande V, Tosha M, Malembaka EB, Spiegel PB. From Insecurity to Health Service Delivery: Pathways and System Response Strategies in the Eastern Democratic Republic of the Congo. *Glob Health Sci Pract*. 2021;9:915-27.
51. Altare C, Malembaka EB, Tosha M, Hook C, Ba H, Bikoro SM, et al. Health services for women, children and adolescents in conflict affected settings: Experience from North and South Kivu, Democratic Republic of Congo. *Confl Health*. 2020;14(1):1-19.
52. Seay LE. Effective responses: Protestants, Catholics and the provision of health care in the post-war Kivus. *Rev Afr Polit Econ*. 2013;40:83-97.
53. Brunner BM, Combet V, Callahan SJ, Holtz J, Mangone ER, Barnes J, et al. The Role of the Private Sector in Improving the Performance of the Health System in the Democratic Republic of Congo. In 2018. Disponible sur: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:169371882>
54. Kenanewabo N, Molima C, Karemere H. Adaptive management of health centers in a changing environment in the Democratic Republic of Congo. *Santé Publique*. 2020;32(4):359-70.
55. Nakayuki M, Basaza A, Namatovu H. Challenges Affecting Health Referral Systems in Low-And Middle-Income Countries: A Systematic Literature Review. *Eur J Health Sci*. 3 oct 2021;6(3):33-44.
56. Issa M. The Pathway to Achieving Universal Health Coverage in the Democratic Republic of Congo: Obstacles and Prospects. *Cureus [Internet]*. 15 juill 2023 [cité 29 août 2024]; Disponible sur: <https://www.cureus.com/articles/156468-the-pathway-to-achieving-universal-health-coverage-in-the-democratic-republic-of-congo-obstacles-and-prospects>

57. Fox S, Witter S, Wylde E, Mafuta E, Lievens T. Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: Reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo. *Health Policy Plan.* 2014;29(1):96-105.
58. Huillery É, Seban J. Performance-Based Financing, Motivation and Final Output in the Health Sector: Experimental Evidence from the Democratic Republic of Congo. *Sci Po Publ* [Internet]. 2014; Disponible sur: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:51333817>
59. Okpokoro E. Primary health care: a necessity in developing countries? *J Public Health Afr.* 11 déc 2013;4(2):17.
60. Belche JL, Berrewaerts MA, Ketterer F, Henrard G, Vanmeerbeek M, Giet D. [From chronic disease to multimorbidity: Which impact on organization of health care]. *Presse Med.* 2015;44 11:1146-54.
61. Makali SL, St Louis P, Karemere H, Wautié A, Pavignani E, Eboma CM, et al. Exploring the inherent resilience of health districts in a context of chronic armed conflict: a case study in Eastern Democratic Republic of the Congo. *Health Res Policy Syst.* 24 déc 2024;22(1):175.
62. Tapsoba Y, Ndokabilya E, Wema JC, Engels T, Paul É. Cartographie et analyse du financement de la santé dans la province du Sud-Kivu (RDC): *Santé Publique.* 12 oct 2023;Vol. 35(3):315-28.
63. Laokri S, Soelaeman R, Hotchkiss DR. Assessing out-of-pocket expenditures for primary health care: How responsive is the Democratic Republic of Congo health system to providing financial risk protection? *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):1-19.
64. Chenge M, Van Der Vennet J, Porignon D, Luboya N, Kabyla I, Criel B. La carte sanitaire de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo Partie I: Problématique de la couverture sanitaire en milieu urbain congolais. *Glob Health Promot.* 2010;17(3):63-74.

65. Manzambi JK, Tellier V, Bertrand F, Albert A, Reginster JY, Van Balen H. Les determinants du comportement de recours au centre de sante en milieu urbain africain: Resultats d'une enquete de menage menee a Kinshasa, Congo. *Trop Med Int Health*. 2000;5(8):563-70.
66. Chenge MF, Van Der Vennet J, Luboya NO, Vanlerberghe V, Mapatano MA, Criel B. Health-seeking behaviour in the city of Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo: results from a cross-sectional household survey. *BMC Health Serv Res*. déc 2014;14(1):173.
67. Mwana-wabene AC, Lwamushi SM, Eboma CM, Lyabayungu PMB, Cheruga B, Karemere H, et al. Choix thérapeutiques des hypertendus et diabétiques en milieu rural : Une étude mixte dans deux zones de santé de l'Est de la République Démocratique du Congo. *Afr J Prim Health Care Fam Med* [Internet]. 29 sept 2022 [cité 30 août 2024];14(1). Disponible sur: <https://phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/3004>
68. Rogers PJ. Theory of Change: Methodological Briefs - Impact Evaluation No. 2. In 2014. Disponible sur: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:108114266>
69. Maini R, Mounier-Jack S, Borghi J. How to and how not to develop a theory of change to evaluate a complex intervention: reflections on an experience in the Democratic Republic of Congo. *BMJ Glob Health*. janv 2018;3(1):e000617.
70. De Silva MJ, Breuer E, Lee L, Asher L, Chowdhary N, Lund C, et al. Theory of Change: A theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials*. 2014;15(1):1-12.
71. DuBow WM, Litzler E. The Development and Use of a Theory of Change to Align Programs and Evaluation in a Complex, National Initiative. *Am J Eval*. 1 juin 2019;40(2):231-48.

72. Kasongo B, Mukalay A, Molima C, Makali SL, Chiribagula C, Mparanyi G, et al. Community perceptions of a biopsychosocial model of integrated care in the health center: the case of 4 health districts in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *BMC Health Serv Res*. 18 déc 2023;23(1):1431.
73. Koppa AR, Sridhar V. A Workflow Solution for Electronic Health Records to Improve Healthcare Delivery Efficiency in Rural India. In: 2009 International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine [Internet]. Cancun, Mexico: IEEE; 2009 [cité 1 avr 2023]. p. 227-32. Disponible sur: <http://ieeexplore.ieee.org/document/4782662/>
74. Berhe M, Tadesse K, Berhe G, Gebretsadik T. Evaluation of Electronic Medical Record Implementation from User's Perspectives in Ayder Referral Hospital Ethiopia. *J Health Med Inform* [Internet]. 2017 [cité 1 avr 2023];08(01). Disponible sur: <https://www.omicsonline.org/open-access/evaluation-of-electronic-medical-record-implementation-from-usersperspectives-in-ayder-referral-hospital-ethiopia-2157-7420-1000249.php?aid=85647>
75. Maconick L, Jenkins LS, Fisher H, Petrie A, Boon L, Reuter H. Mental health in primary care: Integration through in-service training in a South African rural clinic. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2018;10(1):1-7.
76. Colleti Junior J, Andrade AB de, Carvalho WB de. Evaluation of the use of electronic medical record systems in Brazilian intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2018 [cité 1 avr 2023];30(3). Disponible sur: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-507X.20180057>
77. Teviu EAA, Aikins M, Abdulai TI, Sackey S, Boni P, Afari E, et al. Improving medical records filing in a municipal hospital in Ghana. *Ghana Med J*. 2012;46(3):136-41.
78. Umar I, Oche M, Umar A. Patient waiting time in a tertiary health institution in Northern Nigeria. *J Public Health Epidemiol*. 2011;3(2):78-82.

79. Stiggelbout AM, Weijden TV d., Wit MPTD, Frosch D, Legare F, Montori VM, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*. 27 janv 2012;344(jan27 1):e256-e256.
80. Elwyn G, Lloyd A, May C, van der Weijden T, Stiggelbout A, Edwards A, et al. Collaborative deliberation: A model for patient care. *Patient Educ Couns*. nov 2014;97(2):158-64.
81. Johansen RF, Nielsen RB, Malling B, Storm H. Group assessment of residents' clinical skills using Case-based Discussions is feasible, highly valued and moreover fosters learning [Internet]. In Review; 2020 juill [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.researchsquare.com/article/rs-41171/v1>
82. Kebede BG, Abraha A, Andersson R, Munthe C, Linderholm M, Linderholm B, et al. Communicative challenges among physicians, patients, and family caregivers in cancer care: An exploratory qualitative study in Ethiopia. Frey R, éditeur. *PLOS ONE*. 13 mars 2020;15(3):e0230309.
83. Bhana A, Petersen I, Baillie KL, Flisher AJ, The MHaPP Research Programme Consor. Implementing the World Health Report 2001 recommendations for integrating mental health into primary health care: A situation analysis of three African countries: Ghana, South Africa and Uganda. *Int Rev Psychiatry*. déc 2010;22(6):599-610.
84. Mirza I, Mujtaba M, Chaudhry H, Jenkins R. Primary mental health care in rural Punjab, Pakistan: Providers, and user perspectives of the effectiveness of treatments. *Soc Sci Med*. août 2006;63(3):593-7.
85. March S, Torres E, Ramos M, Ripoll J, García A, Bullete O, et al. Adult community health-promoting interventions in primary health care: A systematic review. *Prev Med*. juill 2015;76:S94-104.

86. Kamuzora P, Maluka S, Ndawi B, Byskov J, Hurtig AK. Promoting community participation in priority setting in district health systems: experiences from Mbarali district, Tanzania. *Glob Health Action*. déc 2013;6(1):22669.
87. Workneh S, Biks G, Woreta S. Community-based health insurance and communities' scheme requirement compliance in Thehuldere district, northeast Ethiopia: cross-sectional community-based study. *Clin Outcomes Res*. juin 2017;Volume 9:353-9.
88. Mwai GM, Namada JM, Katuse P. Influence of Organizational Resources on Organizational Effectiveness. *Am J Ind Bus Manag*. 2018;08(06):1634-56.
89. Sturmberg JP, Njoroge A. People-centred health systems, a bottom-up approach: where theory meets empery. *J Eval Clin Pract*. avr 2017;23(2):467-73.
90. Barnett ML, Gonzalez A, Miranda J, Chavira DA, Lau AS. Mobilizing Community Health Workers to Address Mental Health Disparities for Underserved Populations: A Systematic Review. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res*. mars 2018;45(2):195-211.
91. Kim K, Choi JS, Choi E, Nieman CL, Joo JH, Lin FR, et al. Effects of Community-Based Health Worker Interventions to Improve Chronic Disease Management and Care Among Vulnerable Populations: A Systematic Review. *Am J Public Health*. avr 2016;106(4):e3-28.
92. Perry HB, Zulliger R, Rogers MM. Community Health Workers in Low-, Middle-, and High-Income Countries: An Overview of Their History, Recent Evolution, and Current Effectiveness. *Annu Rev Public Health*. 18 mars 2014;35(1):399-421.
93. Kangasniemi M, Karki S, Voutilainen A, Saarnio R, Viinamäki L, Häggman-Laitila A. The value that social workers' competencies add to health care: An integrative review. *Health Soc Care Community*. févr 2022;30(2):403-14.

94. Craig SL, Bejan R, Muskat B. Making the Invisible Visible: Are Health Social Workers Addressing the Social Determinants of Health? *Soc Work Health Care*. avr 2013;52(4):311-31.
95. Cornell PY, Halladay CW, Ader J, Halaszynski J, Hogue M, McClain CE, et al. Embedding Social Workers In Veterans Health Administration Primary Care Teams Reduces Emergency Department Visits: An assessment of the Veterans Health Administration program to add social workers to rural primary care teams. *Health Aff (Millwood)*. 1 avr 2020;39(4):603-12.
96. Fraser MW, Lombardi BM, Wu S, de Saxe Zerden L, Richman EL, Fraher EP. Integrated Primary Care and Social Work: A Systematic Review. *J Soc Soc Work Res*. 1 juin 2018;9(2):175-215.
97. Tadic V, Ashcroft R, Brown J, Dahrouge S. The Role of Social Workers in Interprofessional Primary Healthcare Teams. *Healthc Policy Polit Santé*. 20 août 2020;16(1):27-42.
98. Saxe Zerden L de, Lombardi BM, Jones A. Social workers in integrated health care: Improving care throughout the life course. *Soc Work Health Care*. 2 janv 2019;58(1):142-9.
99. Galvin M, Byansi W. A systematic review of task shifting for mental health in sub-Saharan Africa. *Int J Ment Health*. 1 oct 2020;49(4):336-60.
100. Raviola G, Naslund JA, Smith SL, Patel V. Innovative Models in Mental Health Delivery Systems: Task Sharing Care with Non-specialist Providers to Close the Mental Health Treatment Gap. *Curr Psychiatry Rep*. juin 2019;21(6):44.
101. Grant KL, Simmons MB, Davey CG. Three Nontraditional Approaches to Improving the Capacity, Accessibility, and Quality of Mental Health Services: An Overview. *Psychiatr Serv*. mai 2018;69(5):508-16.

102. Røsstad T, Garåsen H, Steinsbekk A, Sletvold O, Grimsmo A. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(1):121.
103. Mangham-Jefferies L, Pitt C, Cousens S, Mills A, Schellenberg J. Cost-effectiveness of strategies to improve the utilization and provision of maternal and newborn health care in low-income and lower-middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* déc 2014;14(1):243.
104. Bailey C, Blake C, Schriver M, Cubaka VK, Thomas T, Martin Hilber A. A systematic review of supportive supervision as a strategy to improve primary healthcare services in Sub-Saharan Africa. *Int J Gynecol Obstet.* janv 2016;132(1):117-25.
105. Francke AL, Smit MC, De Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2008;8:1-11.
106. Mezzich JE, Snaedal J, van Weel C, Botbol M, Salloum I. Introduction to person-centred medicine: from concepts to practice: Editorial. *J Eval Clin Pract.* avr 2011;17(2):330-2.
107. Cowie MR. Person-centred care: more than just improving patient satisfaction? *Eur Heart J.* 1 mai 2012;33(9):1037-9.
108. Entwistle VA, Watt IS. Treating Patients as Persons: A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-Centered Care. *Am J Bioeth.* 2013;13(8):29-39.
109. Sakallaris BR, Miller WL, Saper R, Jo Kreitzer M, Jonas W. Meeting the Challenge of a More Person-Centered Future for us Healthcare. *Glob Adv Health Med.* janv 2016;5(1):51-60.
110. Park M, Giap TTT, Lee M, Jeong H, Jeong M, Go Y. Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *Int J Nurs Stud.* nov 2018;87:69-83.

111. Lusk JM, Fater K. A Concept Analysis of Patient-Centered Care: Patient-Centered Care. *Nurs Forum (Auckl)*. avr 2013;48(2):89-98.
112. Steiger NJ, Balog A. Realizing patient-centered care: putting patients in the center, not the middle. *Front Health Serv Manage*. 2010;26(4):15-25.
113. Bellchambers H, Penning C. Person-centered approach to care (PCA): a philosophy of care and management for carers. *Contemp Nurse*. 2007;26 2:196-7.
114. McCormack B, Van Dulmen S, Eide H, Skovdahl K, Eide T. Person-Centredness in Healthcare Policy, Practice and Research. In: McCormack B, Dulmen S, Eide H, Skovdahl K, Eide T, éditeurs. *Person-Centred Healthcare Research* [Internet]. 1^{re} éd. Wiley; 2017 [cité 22 févr 2025]. p. 3-17. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781119099635.ch1>
115. Neal AM. Akhtar, Nosheen, Forchuk, Cheryl, McKay, Katherine, Fishman, Sandra, and Rudnick, Abraham. *Handbook of Person-Centered Mental Health Care*. *Issues Ment Health Nurs*. 2021;42(1):109-109.
116. Lines LM, Lepore M, Wiener JM. Patient-centered, Person-centered, and Person-directed Care: They are Not the Same. *Med Care*. juill 2015;53(7):561-3.
117. Bradford N. Promoting a patient-centred approach in clinical consultations: Summary of a Cochrane review. *Int J Nurs Pract*. juin 2017;23(3):e12564.
118. Louw JM, Marcus TS, Hugo JFM. Patient- or person-centred practice in medicine? - A review of concepts. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2017;9(1):1-7.
119. Langberg EM, Dyhr L, Davidsen AS. Development of the concept of patient-centredness – A systematic review. *Patient Educ Couns*. juill 2019;102(7):1228-36.

120. Starfield B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? *Perm J*. 2011;15(2):63-9.
121. Glick M. Precision-, patient-, and person-centered care, oh my. *J Am Dent Assoc*. mars 2019;150(3):161-2.
122. Goodwin C. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(1):15-8.
123. Zhao J, Gao S, Wang J, Liu X, Hao Y. Differentiation between two healthcare concepts: Person-centered and patient-centered care. *Int J Nurs Sci*. 2016;3(4):398-402.
124. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, et al. "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns*. janv 2019;102(1):3-11.
125. Morgan S, Yoder LH. A Concept Analysis of Person-Centered Care. *J Holist Nurs*. 2012;30(1):6-15.
126. Kitwood T. The experience of dementia. *Aging Ment Health*. févr 1997;1(1):13-22.
127. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011;10(4):248-51.
128. Hughes JC, Bamford C, May C. Types of centredness in health care: themes and concepts. *Med Health Care Philos*. déc 2008;11(4):455-63.
129. Shaller D. Patient-centered care: what does it take? Commonwealth Fund New York; 2007.
130. Byrne AL, Baldwin A, Harvey C. Whose centre is it anyway? Defining person-centred care in nursing: An integrative review. Vaingankar JA, éditeur. *PLOS ONE*. 10 mars 2020;15(3):e0229923.
131. Tanvi Sharma MB, Dodman D. Person-centred care: an overview of reviews. *Contemp Nurse*. 2015;51(2-3):107-20.

132. Burdett T, Inman J. Person-centred integrated care with a health promotion/public health approach: a rapid review. *J Integr Care* [Internet]. 2021; Disponible sur: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:237886797>
133. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect.* avr 2018;21(2):429-40.
134. Bosire EN, Mendenhall E, Norris SA, Goudge J. Patient-Centred Care for Patients With Diabetes and HIV at a Public Tertiary Hospital in South Africa: An Ethnographic Study. *Int J Health Policy Manag.* 6 mai 2020;1.
135. Duffy M, Madevu-Matson C, Posner JE, Zwick H, Sharer M, Powell AM. Systematic review: Development of a person-centered care framework within the context of HIV treatment settings in sub-Saharan Africa. *Trop Med Int Health.* mai 2022;27(5):479-93.
136. Ikechukwu HU, Ofonime NU, Kofoworola O, Asukwo DE. Influence of cultural and traditional beliefs on maternal and child health practices in rural and urban communities in Cross River State, Nigeria. *Ann Med Res Pract.* 6 avr 2020;1:4.
137. Fasawe O, Adekeye O, Carmone AE, Dahunsi O, Kalaris K, Storey A, et al. Applying a Client-centered Approach to Maternal and Neonatal Networks of Care: Case Studies from Urban and Rural Nigeria. *Health Syst Reform.* 1 sept 2020;6(2):e1841450.
138. Atinga RA, Abiiro GA, Kuganab-Lem RB. Factors influencing the decision to drop out of health insurance enrolment among urban slum dwellers in Ghana. *Trop Med Int Health.* mars 2015;20(3):312-21.
139. Namutebi M, Nalwadda GK, Kasasa S, Muwanguzi PA, Kaye DK. Midwives' perspectives about using individualized care plans in the provision of immediate postpartum care in Uganda; an exploratory qualitative study. *BMC Nurs.* 22 sept 2023;22(1):328.

140. Himalayan Institute of Medical Science 127/814 W-1 Saket Nagar, Kanpur UP, India, Syed S, Syed S, y Amity University 127/814 W-1 Saket Nagar, Kanpur UP, India, Bhardwaj K, Shri Guru Ram Rai Institute of Medical 53-B Vakil Road, Muzaffarnagar, UP, ndia. The role of the bio-psychosocial model in public health. *J Med Res.* 28 oct 2020;6(5):252-4.
141. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clinical Rehabilitation.* 2017;31(8):995-1004.
142. Babalola E, Noel P, White R. The biopsychosocial approach and global mental health: Synergies and opportunities. *Indian J Soc Psychiatry.* 2017;33(4):291-6.
143. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129-36.
144. Gritti P. The bio-psycho-social model forty years later: a critical review. In 2017. Disponible sur: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:148912405>
145. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980;137(5):535-44.
146. Adler RH. Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *J Psychosom Res.* déc 2009;67(6):607-11.
147. Lugg W. The biopsychosocial model – history, controversy and Engel. *Australas Psychiatry.* 2021;30:55-9.
148. Karunamuni N, Imayama I, Goonetilleke D. Pathways to well-being: Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables. *Soc Sci Med.* mars 2021;272:112846.
149. Bolton D. A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms, and clinical implications. *Psychol Med.* déc 2023;53(16):7504-11.

150. Pattnaik J, Panda U, Samal B, Das S, Ravan J. Validity of biopsychosocial model of intervention in contemporary medical practice: Walking a few extra miles. *J Integr Med Res.* 2023;1(2):74.
151. Bolton D, Gillett G. The Biopsychosocial Model 40 Years On. In: *The Biopsychosocial Model of Health and Disease* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019 [cité 29 août 2024]. p. 1-43. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-11899-0_1
152. Smith RC, Fortin AH, Dwamena F, Frankel RM. An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Educ Couns.* juin 2013;91(3):265-70.
153. Doom JR. Mapping future directions to test biopsychosocial pathways to health and well-being. *Soc Sci Med.* août 2020;258:113083.
154. Karunamuni N, Imayama I, Goonetilleke D. Pathways to well-being: Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables. *Soc Sci Med.* 2021;272:112846.
155. Lall D, Engel N, Devadasan N, Horstman K, Criel B. Models of care for chronic conditions in low/middle-income countries: a 'best fit' framework synthesis. *BMJ Glob Health.* déc 2018;3(6):e001077.
156. Almeida VC, Pereira LCD, Machado SDC, Maciel LYDS, De Farias Neto JP, De Santana Filho VJ. The use of a biopsychosocial model in the treatment of patients with chronic. *Patient Educ Couns.* avr 2024;121:108117.
157. Turabian JL. Biopsychosocial Concept is the Characteristic that Distinguishes the Practice of General Practitioner/Family Doctor. *J Gen Pract* [Internet]. 2018 [cité 25 févr 2025];06(02). Disponible sur: <https://www.omicsonline.org/open-access/biopsychosocial-concept-is-the-characteristic-that-distinguishes-the-practice-of-general-practitionerfamily-doctor-2329-9126-1000e123-100933.html>

158. Santos JC, Bashaw M, Mattcham W, Cutcliffe JR, Giaccherio Vedana KG. The Biopsychosocial Approach: Towards Holistic, Person-Centred Psychiatric/Mental Health Nursing Practice. In: Santos JC, Cutcliffe JR, éditeurs. *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2018 [cité 3 août 2023]. p. 89-101. (Principles of Specialty Nursing). Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-31772-4_8
159. Khatri P, Baniya M. Importance of the Bio-psychosocial Model of Health Care Practice in Health Care Services. In 2020. Disponible sur: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:234429721>
160. Borrell-Carrio F. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Ann Fam Med*. 1 nov 2004;2(6):576-82.
161. Karunamuni N, Imayama I, Goonetilleke D. Pathways to well-being: Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables. *Soc Sci Med*. mars 2021;272:112846.
162. Karunamuni N, Imayama I, Goonetilleke D. Pathways to well-being: Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables. *Soc Sci Med*. mars 2021;272:112846.
163. Lane RD. Is it possible to bridge the Biopsychosocial and Biomedical models? *Biopsychosoc Med*. 2014;8(1):3.
164. Farre A, Rapley T. The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. *Healthcare*. 18 nov 2017;5(4):88.
165. Gohary T, Khaled O, Abdelkader S. Professional Issues in Physical Therapy Fields: Biopsychosocial Model versus Biomedical model of Delivery of Care with Expert's Professional discussions. *Int J Health Rehabil Sci IJHRS*. 2019;8(1):51.
166. Saad M, De Medeiros R, Mosini A. Are We Ready for a True Biopsychosocial–Spiritual Model? The Many Meanings of “Spiritual”. *Medicines*. 31 oct 2017;4(4):79.

167. Braganza M, Oliveira J. Using the Bio-Psycho-Social-Spiritual Framework in Holistic Health and Well-being: A Case Example of a Community- and Faith-Based Sports Program: *Christ J Glob Health*. 20 juin 2022;9(1):94-104.
168. Puchalski C.M. Integrating spirituality into patient care: An essential element of person-centered care. *Pol Arch Med Wewn*. 2013;123(9):491-7.
169. Garg A, Jack B, Zuckerman B. Addressing the Social Determinants of Health Within the Patient-Centered Medical Home: Lessons From Pediatrics. *JAMA*. 15 mai 2013;309(19):2001.
170. Gold R, Bunce A, Cowburn S, Dambrun K, Dearing M, Middendorf M, et al. Adoption of Social Determinants of Health EHR Tools by Community Health Centers. *Ann Fam Med*. sept 2018;16(5):399-407.
171. Houlihan J, Leffler S. Assessing and Addressing Social Determinants of Health. *Prim Care Clin Off Pract*. déc 2019;46(4):561-74.
172. Farre A, Rapley T. The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. *Healthcare*. 18 nov 2017;5(4):88.
173. Nadir M, Hamza M, Mehmood N. Assessing the extent of utilization of biopsychosocial model in doctor–patient interaction in public sector hospitals of a developing country. *Indian J Psychiatry*. 2018;60(1):103-8.
174. Kapongo RY, Lulebo AM, Mafuta EM, Mutombo PB, Dimbelolo JCM, Bieleli IE. Assessment of health service delivery capacities, health providers' knowledge and practices related to type 2 diabetes care in Kinshasa primary healthcare network facilities, Democratic Republic of the Congo. *BMC Health Serv Res*. déc 2015;15(1):9.

175. Valentijn PP, Angus L, Boesveld I, Nurjono M, Ruwaard D, Vrijhoef H. Validating the Rainbow Model of Integrated Care Measurement Tool: results from three pilot studies in The Netherlands, Singapore and Australia. *Int J Integr Care*. 11 juill 2017;17(3):91.
176. Evans JM, Grudniewicz A, Baker GR, Wodchis WP. Organizational Context and Capabilities for Integrating Care: A Framework for Improvement. *Int J Integr Care*. 31 août 2016;16(3):15.
177. May C, Finch T, Mair F, Ballini L, Dowrick C, Eccles M, et al. Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model. *BMC Health Serv Res*. déc 2007;7(1):148.
178. May CR, Mair F, Finch T, MacFarlane A, Dowrick C, Treweek S, et al. Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implement Sci*. 2009;4(1):1-9.
179. Mazevska D, Pearse J, Tierney S. Using a theoretical framework to inform implementation of the patient-centred medical home (PCMH) model in primary care: protocol for a mixed-methods systematic review. *Syst Rev*. 22 nov 2022;11(1):249.
180. Bigirinama RN, Makali SL, Mothupi MC, Chiribagula CZ, St Louis P, Mwene-Batu PL, et al. Ensuring leadership at the operational level of a health system in protracted crisis context: a cross-sectional qualitative study covering 8 health districts in Eastern Democratic Republic of Congo. *BMC Health Serv Res*. 6 déc 2023;23(1):1362.
181. Mbeva JBK, Karemere H, Schirvel C, Porignon D. [Stakeholder representations of the role of the intermediate level of the DRC health system]. *Sante Publique (Bucur)*. 2014;26 5:685-93.
182. Frontline Health Project. The community health system in the DRC: An overview [Internet]. Population Council; 2020 [cité 30 août 2024]. Disponible sur: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh/1138/

183. Gentry KK, Snyder K, Utley JJ. Clinical Utility of the Adapted Biopsychosocial Model: An Initial Validation Through Peer Review. *Open J Occup Ther.* 15 avr 2021;9(2):1-20.
184. Evans JM, Grudniewicz A, Baker GR, Wodchis WP. Organizational Capabilities for Integrating Care. *Eval Health Prof.* 2016;39(4):391-420.
185. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci.* déc 2015;10(1):53.
186. Tierney E, McEvoy R, O'Reilly-de Brún M, de Brún T, Okonkwo E, Rooney M, et al. A critical analysis of the implementation of service user involvement in primary care research and health service development using normalization process theory. *Health Expect.* juin 2016;19(3):501-15.
187. Rapley T, Girling M, Mair FS, Murray E, Treweek S, McColl E, et al. Improving the normalization of complex interventions: Part 1 - Development of the NoMAD instrument for assessing implementation work based on normalization process theory (NPT) 17 *Psychology and Cognitive Sciences* 1701 *Psychology.* *BMC Med Res Methodol.* 2018;18(1):1-17.
188. Finch TL, Girling M, May CR, Mair FS, Murray E, Treweek S, et al. Improving the normalization of complex interventions: part 2-validation of the NoMAD instrument for assessing implementation work based on normalization process theory (NPT). *BMC Med Res Methodol.* 2018;18:135.
189. Vis C, Ruwaard J, Finch T, Rapley T, De Beurs D, Van Stel H, et al. Toward an Objective Assessment of Implementation Processes for Innovations in Health Care: Psychometric Evaluation of the Normalization Measure Development (NoMAD) Questionnaire Among Mental Health Care Professionals. *J Med Internet Res.* 20 févr 2019;21(2):e12376.
190. Campbell K, Orr E, Durepos P, Nguyen L, Li L, Whitmore C, et al. Reflexive Thematic Analysis for Applied Qualitative Health Research. *Qual Rep [Internet].* 20 juin 2021 [cité 11 déc 2024]; Disponible sur: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol26/iss6/24/>

191. Naeem M, Ozuem W, Howell K, Ranfagni S. A Step-by-Step Process of Thematic Analysis to Develop a Conceptual Model in Qualitative Research. *Int J Qual Methods*. oct 2023;22:16094069231205789.
192. Manzambi Kuwekita J, Bruyère O, Guillaume M, Gosset C, Reginster JY. Comment optimiser l'efficacité de l'aide internationale, dans le domaine de la santé, en République Démocratique du Congo. *Sante Publique (Bucur)*. 2015;27(1):129-34.
193. Doshi RH, Eckhoff P, Cheng A, Hoff NA, Mukadi P, Shidi C, et al. Assessing the cost-effectiveness of different measles vaccination strategies for children in the Democratic Republic of Congo. *Vaccine*. 2017;35(45):6187-94.
194. Miller D, Steele Gray C, Kuluski K, Cott C. Patient-Centered Care and Patient-Reported Measures: Let's Look Before We Leap. *Patient*. 2015;8(4):293-9.
195. Nxumalo N, Goudge J, Gilson L, Eyles J. Performance management in times of change: experiences of implementing a performance assessment system in a district in South Africa. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):141.
196. Olivier De Sardan JP, Diarra A, Koné FY, Yaogo M, Zerbo R. Local sustainability and scaling up for user fee exemptions: Medical NGOs vis-à-vis health systems. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(Suppl 3):S5.
197. Sheikh K, Agyepong I, Jhalani M, Ammar W, Hafeez A, Pyakuryal S, et al. Learning health systems : an empowering agenda for low-income and middle-income countries Another summit on global road safety ? Key questions to ask ministers. *The Lancet*. 2020;395(10223):476-7.
198. Cleary S, Erasmus E, Gilson L, Michel C, Gremu A, Sherr K, et al. The everyday practice of supporting health system development: Learning from how an externally-led intervention was implemented in Mozambique. *Health Policy Plan*. 2018;33(7):801-10.

199. Eyal N, Cancedda C, Kyamanywa P, Hurst SA. Non-physician Clinicians in Sub-Saharan Africa and the Evolving Role of Physicians. *Int J Health Policy Manag.* 2016;5(3):149-53.
200. O'Reilly P, Lee SH, O'Sullivan M, Cullen W, Kennedy C, MacFarlane A. Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLoS ONE.* 2017;12(5):1-22.
201. Moran J, Bekker H, Latchford G. Everyday use of patient-centred, motivational techniques in routine consultations between doctors and patients with diabetes. *Patient Educ Couns.* 2008;73(2):224-31.
202. Tadesse Y, Yesuf M, Williams V. Evaluating the output of transformational patient-centred nurse training in Ethiopia. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2013;17(10):9-14.
203. Kelly JD, Frankfurter R, Lurton G, Conteh S, Empson SF, Daboh F, et al. Evaluation of a community-based ART programme after tapering home visits in rural Sierra Leone: A 24-month retrospective study. *Sahara J.* 2018;15(1):138-45.
204. Grant M, Wilford A, Haskins L, Phakathi S, Mntambo N, Horwood CM. Trust of community health workers influences the acceptance of community-based maternal and child health services. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2017;9(1):1-8.
205. Oliver M, Geniets A, Winters N, Rega I, Mbae SM. What do community health workers have to say about their work, and how can this inform improved programme design? A case study with CHWs within Kenya. *Glob Health Action.* 2015;8(April):27168.
206. Draper CA, Draper CE, Bresick GF. Alignment between chronic disease policy and practice: Case study at a primary care facility. *PLoS ONE.* 2014;9(8).

207. Engl E, Kretschmer S, Jain M, Sharma S, Prasad R, Ramesh BM, et al. Categorizing and assessing comprehensive drivers of provider behavior for optimizing quality of health care. *PLoS ONE*. 2019;14(4):1-23.
208. Moore L, Britten N, Lydahl D, Naldemirci Ö, Elam M, Wolf A. Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(4):662-73.
209. Dumas M, Douguet F, Fahmi Y. Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe? *Rev Interdiscip Manag Homme Entrep*. 2016;1(20):45-67.
210. Nwankwo B, Sambo MN. Can training of health care workers improve data management practice in health management information systems: A case study of primary health care facilities in Kaduna State, Nigeria. *Pan Afr Med J*. 2018;30(289):1-8.
211. Grando MA, Rozenblum R, W. Bates D. *Information Technology for Patient Empowerment in Healthcare* [Internet]. De Gruyter. Berlin, München, Boston; 2015 [cité 13 juin 2022]. Disponible sur: <https://doi.org/10.1515/9781614514343>
212. Luxford K, Safran DG, Delbanco T. Promoting patient-centered care: A qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *Int J Qual Health Care*. 2011;23(5):510-5.
213. Pelzang R. Time to learn: understanding patient-centred care. *Br J Nurs*. 2010;19(14):912-7.
214. McCormack, B., Dewing. J., McCance T. Vol. 16 (2), *Online Journal of Issues in Nursing*. 2009. p. 284-94 Developing person-centred care:addressing contextual challenges through practice development. Disponible sur: papers://526774d8-2ca9-4edc-849d-5cfa8778cd82/Paper/p87

215. Ree E. What is the role of transformational leadership, work environment and patient safety culture for person-centred care? A cross-sectional study in Norwegian nursing homes and home care services. *Nurs Open*. 2020;7(6):1988-96.
216. van Dijk-de Vries A, Moser A, Mertens VC, van der Linden J, van der Weijden T, van Eijk JThM. The ideal of biopsychosocial chronic care: How to make it real? A qualitative study among Dutch stakeholders. *BMC Fam Pract*. déc 2012;13(1):14.
217. Brouwers N. Structural challenges to implementation of early intervention of the bio-psychosocial model. *Int J Disabil Manag*. 2014;9:e63.
218. Kuluski K, Ho JW, Hans PK, Nelson ML. Community Care for People with Complex Care Needs: Bridging the Gap between Health and Social Care. *Int J Integr Care*. 21 juill 2017;17(4):2.
219. Detsky ME, Etchells E. Single-patient rooms for safe patient-centered hospitals. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2008;300(8):954-6.
220. Felder MM, Van De Bovenkamp HHM, Maaijen MMH, De Bont AAA. Together alone: Organizing integrated, patient-centered primary care in the layered institutional context of Dutch healthcare governance. *J Prof Organ*. 2018;5(3):88-105.
221. Moro Visconti R, Martiniello L. Smart hospitals and patient-centered governance. *Corp Ownersh Control*. 2019;16(2):83-96.
222. Millenson ML, Muhlestein DB, O'Donnell EM, Northam Jones DA, Haring RS, Merrill T, et al. Patient-centered care innovations by accountable care organizations: Lessons from leaders. *Healthcare*. 2019;7(4):100342.
223. Finkelstein J, Knight A, Marinopoulos S, Gibbons MC, Berger Z, Aboumatar H, et al. Enabling patient-centered care through health information technology. *Evid Reporttechnology Assess*. juin 2012;(206):1—1531.

224. Waweru E, Sarkar NDP, Ssenkooba F, Gruénais ME, Broerse J, Criel B. Stakeholder perceptions on patient-centered care at primary health care level in rural eastern Uganda: A qualitative inquiry. Seale H, éditeur. PLOS ONE. 28 août 2019;14(8):e0221649.
225. Maini R, Hotchkiss DR, Borghi J. A cross-sectional study of the income sources of primary care health workers in the Democratic Republic of Congo. *Hum Resour Health*. 2017;15(1):1-15.
226. Hearld LR, Bleser WK, Alexander JA, Wolf LJ. A Systematic Review of the Literature on the Sustainability of Community Health Collaboratives. *Med Care Res Rev*. avr 2016;73(2):127-81.
227. Alves OMA, Moreira JP, Santos PC. Developing community partnerships for primary healthcare: An integrative review on management challenges. *Int J Healthc Manag*. 2 oct 2021;14(4):965-83.
228. Sandoff M, Nilsson K. How staff experience teamwork challenges in a new organizational structure. *Team Perform Manag*. 10 oct 2016;22(7/8):415-27.
229. Snowdon DA, Leggat SG, Taylor NF. Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Serv Res*. déc 2017;17(1):786.
230. Bashi J, Sia D, Tchouaket E, Balegamire SJ, Karemere H. Mutual health insurance in bukavu in the democratic republic of the congo: Factors favouring the utilization of health services by adherents. *Pan Afr Med J*. 2020;35:1-11.
231. Alderwick H, Hutchings A, Briggs A, Mays N. The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: a systematic review of reviews. *BMC Public Health*. 19 avr 2021;21(1):753.
232. Bouayad L, Ialynychev A, Padmanabhan B. Patient Health Record Systems Scope and Functionalities: Literature Review and Future Directions. *J Med Internet Res*. 15 nov 2017;19(11):e388.

233. Baillieu R, Hoang H, Sripipatana A, Nair S, Lin SC. Impact of health information technology optimization on clinical quality performance in health centers: A national cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2020;15(7):1-11.
234. O'Leary KJ, Sehgal NL, Terrell G, Williams MV, for the High Performance Teams and the Hospital of the Future Project Team. Interdisciplinary teamwork in hospitals: A review and practical recommendations for improvement. *J Hosp Med*. janv 2012;7(1):48-54.
235. Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Ann Fam Med*. 1 nov 2014;12(6):573-6.
236. Beard L, Schein R, Morra D, Wilson K, Keelan J. The challenges in making electronic health records accessible to patients: Table 1. *J Am Med Inform Assoc*. janv 2012;19(1):116-20.
237. Duffett L. Patient engagement: What partnering with patient in research is all about. *Thromb Res*. 2017;150:113-20.
238. Johnson B, Abraham M, Conway J, Simmons L, Edgman-Levitan S, Sodomka P, et al. Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system. *Inst Patient- Fam-Centered Care Inst Healthc Improv*. 2008;
239. Kuipers SJ, Nieboer AP, Cramm JM. Views of patients with multi-morbidity on what is important for patient-centered care in the primary care setting. *BMC Fam Pract*. 2020;21(71):1-12.
240. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(12):600-7.
241. Gluyas H. Effective communication and teamwork promotes patient safety. *Nurs Stand*. 5 août 2015;29(49):50-7.
242. Bodeker G. Lessons on integration from the developing world's experience. *BMJ*. 2001;322:164-7.

243. Bokhour BG, Fix GM, Mueller NM, Barker AM, LaVela SL, Hill JN, et al. How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1-11.
244. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect*. 2018;21(2):429-40.
245. Tzelepis F, Sanson-Fisher RW, Zucca AC, Fradgley EA. Measuring the quality of patient-centered care: Why patient-reported measures are critical to reliable assessment. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:831-5.
246. McCalman J, Bailie R, Bainbridge R, McPhail-Bell K, Percival N, Askew D, et al. Continuous Quality Improvement and Comprehensive Primary Health Care: A Systems Framework to Improve Service Quality and Health Outcomes. *Front Public Health*. 22 mars 2018;6:76.
247. Xiao X, Song H, Sang T, Wu Z, Xie Y, Yang Q. Analysis of Real-World Implementation of the Biopsychosocial Approach to Healthcare: Evidence From a Combination of Qualitative and Quantitative Methods. *Front Psychiatry*. 26 oct 2021;12:725596.
248. Makivić I, Kersnik † Janko, Klemenc-Ketiš Z. The Role of the Psychosocial Dimension in the Improvement of Quality of Care: A Systematic Review. *Slov J Public Health*. 1 mars 2016;55(1):86-95.
249. Abas M, Bowers T, Manda E, Cooper S, Machando D, Verhey R, et al. 'Opening up the mind': problem-solving therapy delivered by female lay health workers to improve access to evidence-based care for depression and other common mental disorders through the Friendship Bench Project in Zimbabwe. *Int J Ment Health Syst*. déc 2016;10(1):39.

250. Rohwer A, Nicol JU, Toews I, Young T, Bavuma CM, Meerpohl JJ. Effects of integrated models of care for diabetes and hypertension in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2021;11. Disponible sur: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:235809340>
251. Manzi A, Magge H, Hedt-Gauthier BL, Michaelis AP, Cyamatare FR, Nyirazinyoye L, et al. Clinical mentorship to improve pediatric quality of care at the health centers in rural Rwanda: a qualitative study of perceptions and acceptability of health care workers.
252. de Velde DV, Eijkelkamp A, Peersman W, De Vriendt P. How Competent Are Healthcare Professionals in Working According to a Bio-Psycho-Social Model in Healthcare? The Current Status and Validation of a Scale. *PLoS ONE*. 2016;11(10):e0164018.
253. Loscalzo M, Clark KL, Holland J. Successful strategies for implementing biopsychosocial screening. *Psychooncology*. mai 2011;20(5):455-62.
254. Nicole Wittink M, H. McDaniel S, Rosenberg T, Qiu P, Waller C. Real-World Implementation of the Biopsychosocial Approach to Healthcare: Pragmatic Approaches, Success Stories and Lessons Learned [Internet]. *Frontier Media SA*; 2022 [cité 4 août 2023]. (Frontiers Research Topics). Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/research-topics/15521/real-world-implementation-of-the-biopsychosocial-approach-to-healthcare-pragmatic-approaches-success>
255. Pereira MG, Fachado AA, Smith TE. Practice of Biopsychosocial Medicine in Portugal: Perspectives of Professionals Involved. *Span J Psychol*. mai 2009;12(1):217-25.
256. Revolta C, Orrell M, Spector A. The biopsychosocial (BPS) model of dementia as a tool for clinical practice. A pilot study. *Int Psychogeriatr*. 2016;28:1079-89.

257. Rosenberg T, Mullin DJ. Building the plane in the air...but also before and after it takes flight: considerations for training and workforce preparedness in integrated behavioural health. *Int Rev Psychiatry*. 2018;30:199-209.
258. Karppinen J, Simula AS, Holopainen R, Lausmaa M, Remes J, Paukkunen M, et al. Evaluation of training in guideline-oriented biopsychosocial management of low back pain in occupational health services: Protocol of a cluster randomized trial. *Health Sci Rep [Internet]*. mars 2021 [cité 4 août 2023];4(1). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hsr2.251>
259. Cowell I, O'Sullivan PPB, O'Sullivan K, Poyton R, McGregor AH, Murtagh GM. Perceptions of physiotherapists towards the management of non-specific chronic low back pain from a biopsychosocial perspective: A qualitative study. *Musculoskelet Sci Pract*. 2018;38:113-9.
260. Mescouto KA, Olson RE, Hodges PW, Setchell J. A critical review of the biopsychosocial model of low back pain care: time for a new approach? *Disabil Rehabil*. 2020;44:3270-84.
261. Knezevic B, Lewandowski RA, Goncharuk A, Vajagic M. Studying the Impact of Human Resources on the Efficiency of Healthcare Systems and Person-Centred Care. In: Kriksciuniene D, Sakalauskas V, éditeurs. *Intelligent Systems for Sustainable Person-Centered Healthcare [Internet]*. Cham: Springer International Publishing; 2022 [cité 4 août 2023]. p. 145-64. (Intelligent Systems Reference Library; vol. 205). Disponible sur: https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-79353-1_8
262. Luis Turabian J. Patient-centered care and biopsychosocial model. *Trends Gen Pract [Internet]*. 2018 [cité 4 août 2023];1(3). Disponible sur: <https://www.oatext.com/patient-centered-care-and-biopsychosocial-model.php>
263. Carrington L, Hale L, Freeman C, Qureshi A, Perry M. Family-Centred Care for Children with Biopsychosocial Support Needs: A Scoping Review. *Disabilities*. 27 sept 2021;1(4):301-30.

264. Battilana J, Gilmartin M, Sengul M, Pache AC, Alexander JA. Leadership competencies for implementing planned organizational change. *Leadersh Q.* 2010;21(3):422-38.
265. Al-Hussami M, Hamad S, Darawad M, Maharmeh M. The effects of leadership competencies and quality of work on the perceived readiness for organizational change among nurse managers. *Leadersh Health Serv.* 2017;30(4):443-56.
266. Herington MJ, van de Fliert E. Positive Deviance in Theory and Practice: A Conceptual Review. *Deviant Behav.* 4 mai 2018;39(5):664-78.
267. Luis Turabian J. The Biopsychosocial Approach Gives Relevance to General Medicine as a Tool of Public Health. *MedPress Public Health Epidemiol [Internet]*. 21 nov 2022 [cité 4 août 2023];1(1). Disponible sur: <https://medpresspublications.com/articles/mpphe/mpphe-202210006.html>
268. Marsh DR, Schroeder DG, Dearden KA, Sternin J, Sternin M. The power of positive deviance. *BMJ.* 13 nov 2004;329(7475):1177-9.
269. Bradley EH, Curry LA, Ramanadhan S, Rowe L, Nembhard IM, Krumholz HM. Research in action: using positive deviance to improve quality of health care. *Implement Sci.* déc 2009;4(1):25.
270. Spreitzer GM, Cameron KS, éditeurs. *The Oxford handbook of positive organizational scholarship.* Oxford New York: Oxford University Press; 2012. 1 p. (Oxford library of psychology).
271. Dellenborg L, Wikström E, Andersson Erichsen A. Factors that may promote the learning of person-centred care: an ethnographic study of an implementation programme for healthcare professionals in a medical emergency ward in Sweden. *Adv Health Sci Educ.* mai 2019;24(2):353-81.
272. Baker GR, Denis JL. Medical leadership in health care systems: From professional authority to organizational leadership. *Public Money Manag.* 2011;31(5):355-62.

273. Hofmann R, Vermunt JD. Professional learning, organisational change and clinical leadership development outcomes. *Med Educ.* 2021;55(2):252-65.
274. Mayo M, Meindl JR, Pastor JC. Shared leadership in work teams: A social network approach. *Shar Leadersh Reframing Whys Leadersh.* 2003;(January 2002):193-214.
275. Gommami N, Juni MH, Said S, Hassan STS, Arya E. A Systematic Review of Quality Components of Patients' Medical Record in Iranian Hospital. *Open Access.* 2015;2(2).
276. Fagerström LM, Wikblad A, Nilsson J. An integrative research review of preventive home visits among older people—is an individual health resource perspective a vision or a reality? *Scand J Caring Sci.* 2009;23 3:558-68.
277. Kempen JAL van, Robben SHM, Zuidema SU, Rikkert MGMO, Melis RJF, Schers HJ. Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2012;62 601:e554-60.
278. Fleischmann N, Tetzlaff B, Werle J, Geister C, Scherer M, Weyerer S, et al. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): a grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. *BMC Fam Pract.* déc 2016;17(1):123.
279. Neergaard MA, Vedsted P, Olesen F, Sokolowski I, Jensen AB, Søndergaard J. Associations between home death and GP involvement in palliative cancer care. *Br J Gen Pract.* 1 sept 2009;59(566):671-7.
280. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva World Health Organ. 2016;2019.
281. Gilson L, Elloker S, Olckers P, Lehmann U. Advancing the application of systems thinking in health: South African examples of a leadership of sensemaking for primary health care. *Health Res Policy Syst.* déc 2014;12(1):30.

282. Ansell C, Gash A. Collaborative Governance in Theory and Practice. *J Public Adm Res Theory*. 1 oct 2008;18(4):543-71.
283. Okuonzi SA. Learning from failed health reform in Uganda. *BMJ*. 13 nov 2004;329(7475):1173-5.
284. Wainberg ML, Scorza P, Shultz JM, Helpman L, Mootz JJ, Johnson KA, et al. Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Curr Psychiatry Rep*. mai 2017;19(5):28.
285. Jaini PA, Lee JSH. A Review of 21st Century Utility of a Biopsychosocial Model in United States Medical School Education. *J Lifestyle Med*. 30 sept 2015;5(2):49-59.
286. Afya Bora Consortium members, Nakanjako D, Namagala E, Semeere A, Kigozi J, Sempa J, et al. Global health leadership training in resource-limited settings: a collaborative approach by academic institutions and local health care programs in Uganda. *Hum Resour Health*. déc 2015;13(1):87.
287. Smythe T, Ssemata AS, Slivesteri S, Mbazzi FB, Kuper H. Co-development of a training programme on disability for healthcare workers in Uganda. *BMC Health Serv Res*. 3 avr 2024;24(1):418.
288. Thapa P, Schwarz D, Khanal MN, Choudhury N, Adhikari M, Citrin D, et al. Developing and deploying a community healthcare worker-driven, digitally- enabled integrated care system for municipalities in rural Nepal. *Healthcare*. 2018;6(3):197-204.
289. Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *BMC Health Serv Res*. déc 2009;9(1):117.
290. Miles E. Biopsychosocial Model. In: Gellman MD, éditeur. *Encyclopedia of Behavioral Medicine* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 259-60. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_1095

291. Ramesh D, Suraj P, Saini L. Big data analytics in healthcare: A survey approach. In: 2016 International Conference on Microelectronics, Computing and Communications (MicroCom). 2016. p. 1-6.
292. Milton B, Attree P, French B, Povall S, Whitehead M, Popay J. The impact of community engagement on health and social outcomes: a systematic review. *Community Dev J.* 1 juill 2012;47(3):316-34.
293. Lunsford S, Fatta K, Stover KE, Shrestha RB. Supporting close-to-community providers through a community health system approach: case examples from Ethiopia and Tanzania. *Hum Resour Health* [Internet]. 2015;13. Disponible sur: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:1854680>
294. Ezeonwu M. Community-Based Education in Global Low-Resource Settings: A Unique Interprofessional Collaborative Experience in Primary Care Delivery. *Pedagogy Health Promot.* 1 mars 2020;6(1):56-62.
295. Wright J, Chiwandira C. Building capacity for community mental health care in rural Malawi: Findings from a district-wide task-sharing intervention with village-based health workers. *Int J Soc Psychiatry.* sept 2016;62(6):589-96.
296. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* déc 2009;4(1):50.
297. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Q.* déc 2004;82(4):581-629.
298. Kusnanto H, Agustian D, Hilmanto D. Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. *J Fam Med Prim Care.* 2018;7(3):497.

299. Miles A. Complexity in medicine and healthcare: People and systems, theory and practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2009;15(3):409-10.
300. Bourdin J. Maieutique et interculturalité: analyse de l'activité professionnelle et de formation des infirmières spécialisées en obstétrique à travers l'exemple de la ville de Belo Horizonte dans l'Etat du Minas Gerais au Brésil.
301. Munyewende PO, Levin J, Rispel LC. An evaluation of the competencies of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces. *Glob Health Action*. 1 déc 2016;9(1):32486.
302. Leslie HH, Sun Z, Kruk ME. Association between infrastructure and observed quality of care in 4 healthcare services: A cross-sectional study of 4,300 facilities in 8 countries. *PLOS Med*. déc 2017;14(12):1-16.
303. Nyawira L, Tsofa B, Musiega A, Munywoki J, Njuguna RG, Hanson K, et al. Management of human resources for health: implications for health systems efficiency in Kenya. *BMC Health Serv Res*. 16 août 2022;22(1):1046.
304. Gizaw Z, Astale T, Kassie GM. What improves access to primary healthcare services in rural communities? A systematic review. *BMC Prim Care*. 6 déc 2022;23(1):313.
305. Sreenu N. Healthcare infrastructure development in rural India: a critical analysis of its status and future challenges. *Br J Healthc Manag*. 2019;25(12):1-9.
306. Sayinzoga F, Bijlmakers L. Drivers of improved health sector performance in Rwanda: a qualitative view from within. *BMC Health Serv Res*. déc 2016;16(1):123.
307. Cascini F, Santaroni F, Lanzetti R, Failla G, Gentili A, Ricciardi W. Developing a Data-Driven Approach in Order to Improve the Safety and Quality of Patient Care. *Front Public Health*. 21 mai 2021;9:667819.

308. Keynejad RC, Spagnolo J, Thornicroft G. Mental healthcare in primary and community-based settings: evidence beyond the WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide. *Evid Based Ment Health*. 1 déc 2022;25(e1):e1.
309. Davis EC, Arana ET, Creel JS, Ibarra SC, Lechuga J, Norman RA, et al. The role of community engagement in building sustainable health-care delivery interventions for Kenya. *Eur J Train Dev*. 1 janv 2018;42(1/2):35-47.
310. Fryatt R, Mills A, Nordstrom A. Financing of health systems to achieve the health Millennium Development Goals in low-income countries. *The Lancet*. 30 janv 2010;375(9712):419-26.
311. Goryakin Y, Revill P, Mirelman AJ, Sweeney R, Ochalek J, Suhrcke M. Public financial management and health service delivery: a literature review. *Glob Health Econ Shap Health Policy Low- Middle-Income Ctries*. 2020;191-215.
312. Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ*. 1 nov 2013;91(11):853-63.
313. Pearson A, Srivastava R, Craig D, Tucker D, Grinspun D, Bajnok I, et al. Systematic review on embracing cultural diversity for developing and sustaining a healthy work environment in healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. 1 mars 2007;5(1):54-91.
314. Borrill C, West M, Shapiro D, Rees A. Team working and effectiveness in health care. *Br J Healthc Manag*. 1 août 2000;6(8):364-71.
315. Bleakley A. Patient-Centred Medicine in Transition: The Heart of the Matter [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2014 [cité 24 févr 2025]. (Advances in Medical Education; vol. 3). Disponible sur: <https://link.springer.com/10.1007/978-3-319-02487-5>

316. Frank JR, Snell LS, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach.* août 2010;32(8):638-45.
317. Botchwey N, Stiffl B, Coutts C, Ross C, Chatman O. Community Design and Revitalization to Promote Health. *J Am Plann Assoc.* 3 avr 2023;89(2):157-9.
318. Liang H. The Impact of Patient-Centered Care on Healthcare Outcomes. In: Liang H, éditeur. *The Impact of Patient-Centered Care: Promoting Chronic Conditions Management for Older People* [Internet]. Singapore: Springer Nature Singapore; 2022. p. 75-86. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-981-16-3968-5_6
319. Özge A, Domaç FM, Tekin N, Sünbül EA, Öksüz N, Atalar AÇ, et al. One Patient, Three Providers: A Multidisciplinary Approach to Managing Common Neuropsychiatric Cases. *J Clin Med.* 4 sept 2023;12(17):5754.
320. Funderburk JS, Gass J, Shepardson RL, Mitzel LD, Buckheit KA. Practical Opportunities for Biopsychosocial Education Through Strategic Interprofessional Experiences in Integrated Primary Care. *Front Psychiatry.* 16 sept 2021;12:693729.
321. LeRoy L, Rittner J, Johnson K, Gerteis J, Miller T. Facilitative Components of Collaborative Learning: A Review of Nine Health Research Networks. *Healthc Policy Polit Santé.* 6 févr 2017;12(3):19-33.
322. Ngoro S. Effective multidisciplinary working: the key to high-quality care. *Br J Nurs.* 10 juill 2014;23(13):724-7.
323. Leach B, Morgan P, Strand de Oliveira J, Hull S, Østbye T, Everett C. Primary care multidisciplinary teams in practice: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 29 déc 2017;18(1):115.
324. Wang CW, Chan CLW, Chow AYM. Social workers' involvement in advance care planning: a systematic narrative review. *BMC Palliat Care.* 10 juill 2017;17(1):5.

325. Grossman-Kahn R, Schoen J, Mallett JW, Brentani A, Kaselitz E, Heisler M. Challenges facing community health workers in Brazil's Family Health Strategy: A qualitative study. *Int J Health Plann Manage.* avr 2018;33(2):309-20.
326. Veríssimo L, Rainey H, Lindemann R, Hendry A. Are community health agents the link to integrating care? Lesson from Brazil. *J Integr Care.* 1 janv 2024;32(1):45-51.
327. Jenkins R, Kiima D, Okonji M, Njenga F, Kingora J, Lock S. Integration of mental health into primary care and community health working in Kenya: context, rationale, coverage and sustainability. *Ment Health Fam Med.* 2010;(7):37-47.
328. Shako MN, Kokolomami J, Kluyskens Y. Mise en place d'une micro-assurance santé à Katako-Kombe, RDC : contraintes et défis: *Santé Publique.* 3 avr 2019;Vol. 30(6):887-96.
329. Shimeles A. Community based health insurance schemes in Africa: The case of Rwanda. In 2010. Disponible sur: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:46103057>
330. Adler R, Minder C. Clinical competence of biopsychosocially trained physicians and controls. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 25 juill 2012 [cité 13 déc 2024]; Disponible sur: <https://smw.ch/index.php/smw/article/view/1538>
331. Bailey C, Blake C, Schriver M, Cubaka VK, Thomas T, Martin Hilber A. A systematic review of supportive supervision as a strategy to improve primary healthcare services in Sub-Saharan Africa. *Int J Gynecol Obstet.* janv 2016;132(1):117-25.
332. Avortri GS, Nabukalu JB, Nabyonga-Orem J. Supportive supervision to improve service delivery in low-income countries: is there a conceptual problem or a strategy problem? *BMJ Glob Health.* oct 2019;4(Suppl 9):e001151.

333. Rowe SY, Ross-Degnan D, Peters DH, Holloway KA, Rowe AK. The effectiveness of supervision strategies to improve health care provider practices in low- and middle-income countries: secondary analysis of a systematic review. *Hum Resour Health*. déc 2022;20(1):1.
334. Williamson GR, Plowright H, Kane A, Bunce J, Clarke D, Jamison C. Collaborative learning in practice: A systematic review and narrative synthesis of the research evidence in nurse education. *Nurse Educ Pract*. 1 févr 2020;43:102706.
335. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. nov 2018;6(11):e1196-252.
336. Binagwaho A, Farmer PE, Nsanzimana S, Karema C, Gasana M, De Dieu Ndirabeya J, et al. Rwanda 20 years on: investing in life. *The Lancet*. juill 2014;384(9940):371-5.
337. Frenk J. The Global Health System: Strengthening National Health Systems as the Next Step for Global Progress. *PLoS Med*. 12 janv 2010;7(1):e1000089.
338. Deci EL, Ryan RM. The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *J Res Personal*. 1985;19(2):109-34.
339. Deci EL, Ryan RM. Conceptualizations of Intrinsic Motivation and Self-Determination. In: *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1985. p. 11-40. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7_2
340. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*. 2000;55(1):68-78.
341. Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemp Educ Psychol*. janv 2000;25(1):54-67.

342. Dieleman M, Toonen J, Touré H, Martineau T. The match between motivation and performance management of health sector workers in Mali. *Hum Resour Health*. déc 2006;4(1):2.
343. Cleary SM, Molyneux S, Gilson L. Resources, attitudes and culture: an understanding of the factors that influence the functioning of accountability mechanisms in primary health care settings. *BMC Health Serv Res*. déc 2013;13(1):320.
344. Adeyemi O, Lyons M, Njim T, Okebe J, Birungi J, Nana K, et al. Integration of non-communicable disease and HIV/AIDS management: a review of healthcare policies and plans in East Africa. *BMJ Glob Health*. mai 2021;6(5):e004669.
345. Akyirem S, Forbes A, Wad JL, Due-Christensen M. Psychosocial interventions for adults with newly diagnosed chronic disease: A systematic review. *J Health Psychol*. juin 2022;27(7):1753-82.
346. Roberts M, Mogan C, Asare JB. An overview of Ghana's mental health system: results from an assessment using the World Health Organization's Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS). *Int J Ment Health Syst*. déc 2014;8(1):16.
347. Twungubumwe T, Tantchou Dipankui M, Traoré L, Ouédraogo J, Barro S, Castel J, et al. Health professionals and patients' perspectives on person-centred maternal and child healthcare in Burkina Faso. Torpey K, éditeur. *PLOS ONE*. 1 avr 2020;15(4):e0230340.
348. World Bank. DRC Health Financing Reform for UHC: Part 2. Mobilization and Allocation of Resources for Health [Internet]. World Bank; 2021 [cité 25 févr 2025]. Disponible sur: <https://hdl.handle.net/10986/35955>
349. Lu C, Chin B, Lewandowski JL, Basinga P, Hirschhorn LR, Hill K, et al. Towards Universal Health Coverage: An Evaluation of Rwanda Mutuelles in Its First Eight Years. Postma M, éditeur. *PLoS ONE*. 18 juin 2012;7(6):e39282.

350. Otieno PO, Wambiya EOA, Mohamed SM, Mutua MK, Kibe PM, Mwangi B, et al. Access to primary healthcare services and associated factors in urban slums in Nairobi-Kenya. *BMC Public Health*. déc 2020;20(1):981.
351. Buckner JD, Heimberg RG, Ecker AH, Vinci C. A biopsychosocial model of social anxiety and substance use. *Depress Anxiety*. 2013;30(3):276-84.
352. Solomon P. La collaboration interprofessionnelle : mode passagère ou voie de l'avenir? *Physiother Can*. janv 2010;62(1):56-65.
353. Lapierre A, Gauvin-Lepage J, Lefebvre H. La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé dans un service d'urgence : résultats d'une étude qualitative exploratoire en contexte canadien. *Rev Francoph Int Rech Infirm*. 2020;6(3):100206.
354. Longtin C, Lacasse A, Cook CE, Tousignant M, Tousignant-Laflamme Y. Management of low back pain by primary care physiotherapists using the pain and disability drivers management model: An improver analysis. *Musculoskeletal Care*. sept 2023;21(3):916-25.
355. Murniati N, Kamsi S. The Role of Biopsychosocial Factors on Elderly Depression in Indonesia: Data Analysis of the Indonesian Family Life Survey Wave 5. In: *The 5th International Conference on Vocational Education Applied Science and Technology 2022* [Internet]. MDPI; 2022 [cité 13 déc 2024]. p. 19. Disponible sur: <https://www.mdpi.com/2504-3900/83/1/19>
356. Wood BL, Woods SB, Sengupta S, Nair T. The Biobehavioral Family Model: An Evidence-Based Approach to Biopsychosocial Research, Residency Training, and Patient Care. *Front Psychiatry*. 5 oct 2021;12:725045.
357. Balan S, Majumder P, Radhakrishnan R, Wadhwa R, Somvanshi S. The Networked Computer Metaphor: A Novel Tool for Psychiatric Trainees to Enhance Utility of the Biopsychosocial Model of Health and Illness. *Cureus* [Internet]. 23 août 2021

ANNEXES

MONOGRAPHIES DES CENTRES DE SANTE

MONOGRAPHIE DU CENTRE DE SANTE DE BIDEKA

1. Introduction

Contexte et justification

• **Brève présentation de l'aire de santé de Bideka et des défis sanitaires rencontrés :** L'aire de santé de Bideka est l'une des 23 aires de la zone de santé de Walungu, dans le territoire de Ngweshe, situé à 35 km au Sud-Ouest de la ville de Bukavu, chef-lieu de la province du Sud-Kivu. Les principaux défis sanitaires incluent un accès limité aux soins de santé, un manque de ressources médicales et des problèmes de santé mentale et de violences sexuelles.

• **Objectif de la monographie et importance de l'analyse des centres de santé :** L'objectif de cette monographie est d'analyser le fonctionnement du centre de santé de Bideka en matière d'offre de services en première ligne de soins.

Méthodologie

• **Description des méthodes de collecte de données :** Les données ont été collectées par des entretiens avec le personnel de santé, des observations sur place et l'analyse de documents et de rapports existants.

• **Critères de sélection des centres de santé :** Les centres de santé ont été sélectionnés en fonction de leur situation dans des zones à accès limité aux soins strictement médicaux.

2. Présentation générale du centre de santé

Identification du centre

- **Nom** : Centre de santé (CS) de Bideka. C'est une institution confessionnelle gérée par une église protestante (CEPAC en sigle)
- **Localisation** : Aire de santé de Bideka, zone de santé de Walungu.
- **Date de création** : 1949
- **Zone de couverture** : Le centre de santé de Bideka dessert une population de 10.340 habitants répartis dans les villages de Mpene, Karhuni, Buhesi, Bava, Bideka, Kanabambanga, Kahembarhi et Kamembe.

Infrastructure et équipements

- **Installations** : Le centre de santé comprend des bâtiments, des salles de consultation et divers équipements médicaux. Il y a une armoire pour le stockage des médicaments, et les outils suivants sont utilisés pour la gestion des médicaments : cahier de réquisition, fiches de stock, procès-verbaux de réception, cahiers de consommation, Registre d'Utilisation des Médicaments et Recettes (RUMER).
- **Conditions d'hygiène et de sécurité** : Les conditions d'hygiène et de sécurité sont généralement bonnes, bien que le centre de santé manque de certaines ressources.

3. Offre de services

Types de services proposés

- **Soins de santé primaire** : Le CS de Bideka propose des activités curatives, préventives et promotionnelles selon un Paquet Minimum d'Activités (PMA).
- **Services spécialisés** : Le centre offre également des services spécialisés pour la prise en charge des violences sexuelles et des soins psychosociaux.

- **Programmes de santé publique :** Le centre met en œuvre des programmes de prévention des maladies et de sensibilisation communautaire.

Capacité et personnel

• **Nombre et qualifications du personnel médical :** Le centre de santé de Bideka compte 12 agents : 1 Infirmier Titulaire (IT) de niveau A0, 1 Infirmier Titulaire Adjoint (ITA) de niveau A1, 1 infirmier-laborantin de niveau A2, 2 infirmières accoucheuses de niveau A3, 2 aide-accoucheuses, 1 réceptionniste, 2 filles de salle, 1 manœuvre et 1 veilleur de nuit. Ce nombre est supérieur aux normes nationales (8-10 agents), mais une bonne répartition des tâches permet de maintenir une qualité de service.

• **Organisation du travail et disponibilité des services :** Les agents de santé s'organisent de manière à garantir une bonne disponibilité des services, bien que la majorité du personnel soit âgée de plus de 50 ans, ce qui peut affecter la performance globale du centre. L'option d'un recrutement ciblé pourrait se justifier, selon les membres de l'équipe, pour certains volets de prise en charge, comme un psychologue, dans la mesure où ses prestations sont subventionnées par une autre source que les revenus propres du CS.

Sur les cinq dernières années, 4 agents n'ont pas subi de permutation vers d'autres structures dans la zone de santé de Walungu. Cela assure une certaine stabilité dans la structure.

• **Diversités dans les compétences et collaboration entre membres du personnel :**

L'équipe du centre de santé organise des réunions du staff et ces dernières sont rares et ne sont pas planifiées. Leur caractère ponctuel signifie que l'équipe se réunit seulement quand un cas qui le nécessite est observé au CS avec prise de décision concomitantes. Il n'y a pas de support qui rapporte les différents compte-rendu de ces discussions et les aspects sur lesquels elles portent concernent essentiellement les problèmes médicaux et la prise en charge qui convient en fonction des circonstances.

Certains membre de l'équipe ont été formés dans la prise en charge psycho-sociale des patients du troisième âge et celle des survivantes des violences sexuelles. Pour qu'elle soit combinée à ces différentes réunions du staff, l'intégration d'une approche psychosociale dans les activités du PMA est obligatoire selon l'équipe soignante.

• Outils permettant l'organisation et l'offre de soins dans le centre de santé :

Les dossiers des malades sont disponibles au niveau de la structure sous forme de fiches individuelles classées par villages et dans un échéancier conçu principalement pour les patients du 3^{ème} âge vivant dans l'aire de santé.

Les fiches utilisées pour les consultations au CS ne tiennent pas compte des aspects psychosociaux puisqu'elles ne permettent pas d'obtenir des renseignements sur ces données lors d'une consultation et du suivi sur le long terme d'un patient.

Accessibilité et coût des services

• Modalités d'accès aux soins : Les soins sont accessibles par consultation ambulatoire, observation et accouchements.

• Coût des services pour les patients : La tarification est forfaitaire (1,5\$ pour les enfants et 2,5\$ pour les adultes en ambulatoire ; 6\$ pour les enfants et 8\$ pour les adultes en observation ; 5\$ pour les accouchements). Les soins sont gratuits pour les indigents, les membres de l'église et les agents du centre de santé.

• Financement du centre de santé : Le recouvrement des coûts auprès de la population permet un autofinancement de la structure en répartissant les ressources disponibles de la manière suivante : 60% pour la prime du personnel, 25% pour l'approvisionnement en médicaments et 15% pour les frais de fonctionnement et une épargne. Aucun appui institutionnel sous forme de subsides ou de frais de fonctionnement n'est perçu de l'État pour le fonctionnement du centre de santé. 10 agents reçoivent irrégulièrement une prime de risque de la Fonction Publique qui équivaut à environ 35 euros. La mise en œuvre des activités du CS est fortement dépendante des appuis financiers et logistiques des différents partenaires et bailleurs de la zone de santé.

4. Évaluation des besoins et des défis

Analyse des forces et des faiblesses

• **Points forts :** Le centre de santé de Bideka bénéficie de la motivation de son personnel et d'une bonne efficacité des services. De plus, plusieurs agents ont été formés à la prise en charge psychosociale.

Les activités du PMA actuellement mises en œuvre au CS permettent de couvrir les volets curatif, préventif et promotionnel pour tous les habitants de l'aire de santé avec de bons indicateurs de performance selon le SNIS et les différents rapports mensuels de la structure.

L'intégration des activités de soins de santé mentale permet encore de mieux considérer la composante psychologique en consultation pour toutes les catégories de patients et à envisager une prise en charge adéquate au niveau du centre de santé.

Les systèmes clinique et managérial de l'information sont mis en place et l'équipe en tient particulièrement compte partant de l'archivage des dossiers des patients disponibles dans la structure, de leur disponibilité lors des consultations ultérieures ainsi que du rapportage des données sur le fonctionnement de la structure.

• **Points faibles et contraintes :** Le centre manque de ressources, la formation de son personnel est insuffisante pour les aspects psychosociaux et il est fortement dépendant des partenaires financiers et logistiques. Ceci entraîne entre autre la diminution sensible des visites à domicile dans la communauté par les agents du centre de santé.

L'importance accordée aux décisions de l'Équipe-Cadre de la zone (ECZ) sur le fonctionnement du CS et la mise en œuvre des activités de soins peut limiter les initiatives de l'équipe du CS plus à même de décrire les problèmes liés au contexte et à la communauté de Bideka.

Besoins non couverts

- **Identification des lacunes dans les services actuels :** Le centre ne dispose pas de prise en charge psychologique et sociale complète, ce qui constitue une lacune importante dans les services offerts. Les indicateurs actuels ne rapportent des informations que sur les données médicales de la population de Bideka.

- **Demandes spécifiques de la population locale :** La population locale a exprimé un besoin de soutien psychologique et de prise en charge des survivants de violences sexuelles.

5. Introduction des soins biopsychosociaux

Concept de soins biopsychosociaux

- **Définition et explication :** Les soins biopsychosociaux intègrent les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la santé, offrant ainsi une prise en charge holistique des patients.

Justification de l'introduction en première ligne

- **Analyse des besoins psychosociaux de la population locale :** Les problèmes de santé mentale, les violences sexuelles et le stress lié aux conditions de vie sont des besoins importants identifiés dans la population de Bideka.

- **Avantages potentiels de l'intégration :** L'intégration des soins biopsychosociaux peut améliorer la qualité de vie des patients et réduire les coûts de santé à long terme.

Proposition de mise en œuvre

Plan d'action : Former le personnel, adapter les infrastructures et établir des partenariats pour soutenir l'introduction des soins biopsychosociaux.

Planifier le rapportage des données sur la prise en charge BPS au CS peut permettre de mieux orienter la mise en œuvre de l'approche en mettant en évidence les insuffisances, les faiblesses du système de soins mis en place

• **Stratégies de sensibilisation et d'implication de la communauté** : Mobiliser les leaders communautaires et mener des campagnes de sensibilisation pour promouvoir l'importance des soins biopsychosociaux.

6. Conclusion et recommandations

Résumé des principaux résultats

• **Synthèse des observations et des analyses** : L'introduction des soins biopsychosociaux est justifiée par les besoins importants en matière de santé mentale et sociale de la population, ainsi que par les lacunes actuelles dans l'offre de services du centre de santé de Bideka.

Recommandations

• **Suggestions pour améliorer l'offre de services actuelle** : Renforcer les formations du personnel, améliorer les infrastructures et augmenter le financement pour assurer une meilleure prise en charge globale.

• **Propositions concrètes pour l'introduction des soins biopsychosociaux** : Intégration progressive des soins biopsychosociaux, collaboration avec des psychologues et des travailleurs sociaux, et élaboration de programmes spécifiques pour la sensibilisation et la prise en charge communautaire.

Perspectives futures

• **Idées pour des recherches ou projets futurs** : Évaluer continuellement l'impact des soins biopsychosociaux, étendre ces soins à d'autres centres de santé de la province, et développer des initiatives de recherche pour améliorer la prise en charge globale des patients.

7. Annexes

Documents complémentaires

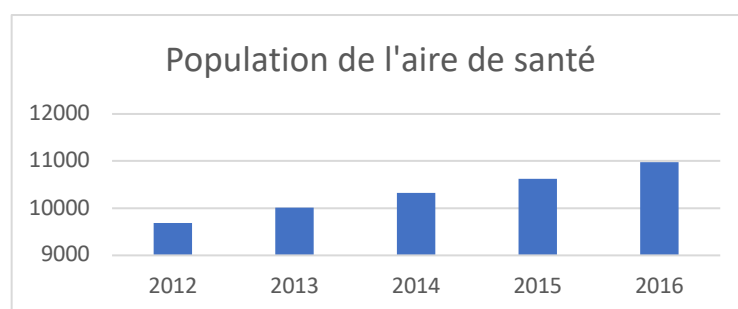


Figure 1. Population de l'aire de santé

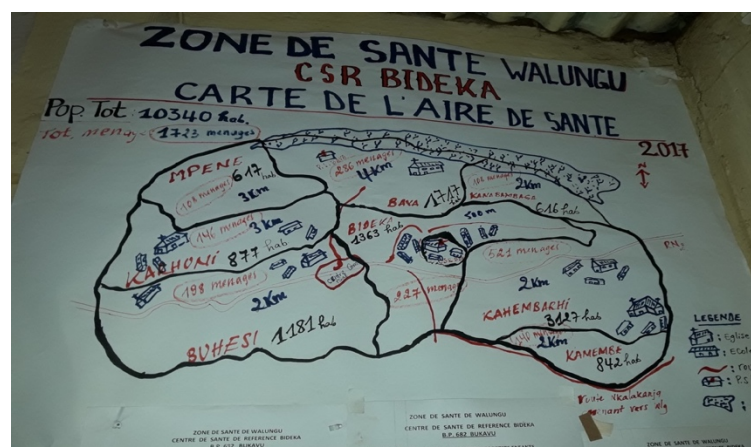


Image 1. Cartographie de l'aire de santé de Bideka, ZS de Walungu

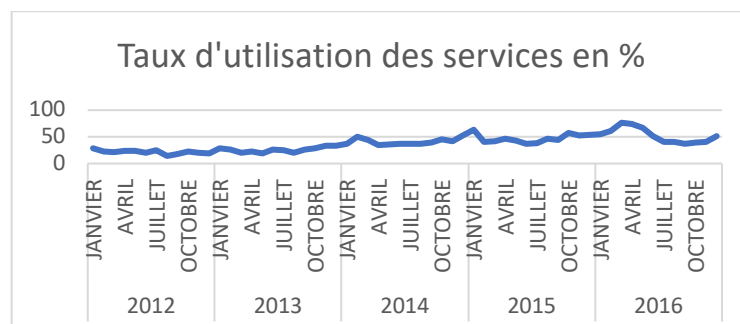


Figure 2. Taux d'utilisation des services au CS de Bideka en % (2012-2016)

On note une légère amélioration du taux d'utilisation des services de 2012 à 2013. Il augmente pendant l'année 2014 pour atteindre le double en 2015 et se stabiliser autour de 50% en 2016.

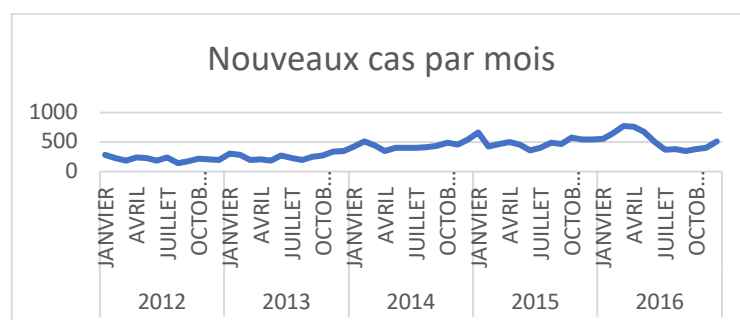


Figure 3. Nouveaux cas par mois (2012-2016)

Le nombre de nouveaux cas se stabilise entre 2012 et 2013 autour de 200 à 300 patients par mois et augment en 2014 et 2015 où le nombre de consultations est de 500 consultations par mois au courant de la même année. Un pic de 800 patients sera atteint en 2016 avec et une baisse graduelle jusqu'à atteindre un chiffre stable de 400 patients par mois.

MONOGRAPHIE DU CENTRE DE SANTE DE BURHALE

1. Introduction

Contexte et justification

- **Brève présentation de l'aire de santé de Burhale et des défis sanitaires rencontrés :** L'aire de santé de Burhale est l'une des 23 aires de la zone de santé de Walungu, dans le territoire de Ngweshe, situé à 49 km au Sud-Ouest de la ville de Bukavu, chef-lieu de la province du Sud-Kivu, et à 14 km du centre de Walungu. Le centre de santé de Burhale est une institution confessionnelle catholique gérée par la Congrégation des Filles de Marie, prenant en charge 18.255 habitants. Les défis sanitaires incluent un accès limité aux soins, des problèmes de malnutrition, et un manque de soutien pour les patients ayant des problèmes psychosociaux.
- **Objectif de la monographie et importance de l'analyse des centres de santé :** Cette monographie vise à analyser le fonctionnement du centre de santé de Burhale en matière d'offre de services en première ligne de soins.

Méthodologie

- **Description des méthodes de collecte de données :** Les données ont été collectées par des entretiens avec le personnel de santé, des observations directes et l'analyse de documents et de rapports existants.
- **Critères de sélection des centres de santé :** Les centres de santé ont été choisis en fonction de leur situation géographique dans des zones à accès limité aux soins et de leurs besoins en soins biopsychosociaux.

2. Présentation générale du centre de santé

Identification du centre

- **Nom** : Centre de santé de Burhale.
- **Localisation** : Aire de santé de Burhale, zone de santé de Walungu.
- **Date de création** : 1980
- **Zone de couverture** : Le centre dessert une population de 18.255 habitants.

Infrastructure et équipements

- **Installations** : Le centre comprend divers bâtiments, des salles de consultation, et une ambulance pour les références vers l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Walungu. Un local est utilisé pour l'écoute des Personnes Vivant avec le VIH (PVV) et le stockage de leurs dossiers médicaux, ainsi que pour les activités de planning familial.
- **Conditions d'hygiène et de sécurité** : Bien que les installations soient adéquates, le centre fait face à des défis en termes de financement et de ressources, affectant parfois les conditions d'hygiène et de sécurité.

3. Offre de services

Types de services proposés

- **Soins de santé primaire** : Le centre de santé propose des activités curatives (consultations, soins maternels et soins nutritionnels, préventives (vaccinations) et promotionnelles.
- **Services spécialisés** : Le centre prend en charge les PVV, offre des services de santé mentale, et traite les cas de malnutrition.
- **Programmes de santé publique** : Des séances de sensibilisation sur la malnutrition, l'hygiène domestique et l'alimentation des enfants sont organisées.

Capacité et personnel

- **Nombre et qualifications du personnel médical :**

L'équipe se compose de 12 agents : 1 infirmier A1, 2 infirmiers A2, 1 nutritionniste A2, 1 réceptionniste D6, 1 infirmière accoucheuse A3, 1 laborantin, 1 aide-accoucheuse de formation rapide, 1 chauffeur-huissier, 2 sentinelles, et 2 filles de salle. Certains agents surnuméraires sont engagés pour renforcer des programmes spécifiques.

- **Organisation du travail et disponibilité des services :**

Les agents de santé s'organisent pour garantir une bonne disponibilité des services, bien que la surcharge de travail puisse parfois poser problème, surtout en l'absence de financement stable.

- **Outils permettant l'organisation et l'offre de soins dans le centre de santé :**

Des outils existent au niveau de la structure et permettent de collecter des données sur les patients qui fréquentent le CS. Ces données sont en grande partie de type médical et classées par village.

Elles sont collectées au niveau de la réception, du cabinet de consultation, du service d'observation et lors des référence vers l'hôpital général de référence.

Accessibilité et coût des services

- **Modalités d'accès aux soins :** Les soins sont accessibles aux patients grâce à une tarification uniforme.

- **Coût des services pour les patients :** La tarification est la suivante : 4.500 FC (2.8\$) en ambulatoire, 13.500 FC (8.4\$) en observation pour les enfants, 25.000 FC (15.6\$) pour les adultes, et 13.000 FC (8.1\$) pour les accouchements. Les soins sont gratuits pour les épileptiques et les indigents reconnus par la communauté ou la paroisse.

- **Financement du centre de santé :** Le centre de santé fonctionne sur fonds propre. Une prime de risque prévue par le Ministère de la Santé et équivalent à 12.000 FC (7.5 dollars au moment de la récolte des données) était payée à 5 agents sur les 12 de l'équipe.

Le recouvrement des frais pour les coûts du transport par ambulance est difficile auprès des patients référés.

Comme alternative, certains d'entre eux utilisent des motos privées ou louent les services de l'ambulance de l'HGR avec paiement du transport compris dans les frais d'hospitalisation. La mutuelle de santé ne couvre pas ces frais de transport pour ses abonnés.

4. Évaluation des besoins et des défis

Analyse des forces et des faiblesses

- **Points forts :** Le centre bénéficie d'un personnel motivé et qualifié, notamment avec un infirmier formé en santé mentale et une nutritionniste impliquée dans la prise en charge psychosociale.

- **Points faibles et contraintes :** Le centre ne reçoit aucun subside de l'état, dépendant entièrement de fonds propres et de soutiens sporadiques de donateurs. La surcharge de travail et le manque de financement stable pour les programmes spécifiques représentent des défis majeurs.

L'équipe du centre de santé offre des soins essentiellement basés sur les aspects médicaux chez les membres de la communauté de Burhale.

Besoins non couverts

- **Identification des lacunes dans les services actuels :** L'absence de critères clairs pour la prise en charge des indigents et des épileptiques rend difficile leur prise en charge systématique.

- **Demandes spécifiques de la population locale :** Besoin accru de soutien psychosocial, notamment pour les malades chroniques et les indigents.

5. Introduction des soins biopsychosociaux

Concept de soins biopsychosociaux

• **Définition et explication** : Les soins biopsychosociaux intègrent les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la santé, permettant une prise en charge holistique des patients.

Justification de l'introduction en première ligne

• **Analyse des besoins psychosociaux de la population locale** : Les patients souffrant de maladies chroniques, de malnutrition ou de conditions psychosociales particulières ont besoin d'une prise en charge intégrée.

• **Avantages potentiels de l'intégration** : Amélioration de la qualité de vie des patients, réduction des coûts de santé à long terme, et une prise en charge plus complète et efficace.

Proposition de mise en œuvre

• **Plan d'action** : Former le personnel, adapter les infrastructures, et établir des partenariats pour soutenir l'introduction des soins biopsychosociaux.

• **Stratégies de sensibilisation et d'implication de la communauté** : Mobiliser les leaders communautaires et mener des campagnes de sensibilisation pour promouvoir les soins biopsychosociaux.

6. Conclusion et recommandations

Résumé des principaux résultats

• **Synthèse des observations et des analyses** : Le besoin d'introduire des soins biopsychosociaux au centre de santé de Burhale est justifié par les lacunes actuelles dans la prise en charge de certaines pathologies chroniques et les besoins psychosociaux de la population.

Recommandations

- **Suggestions pour améliorer l'offre de services actuelle :** Renforcer les formations du personnel, améliorer les infrastructures et augmenter le financement pour une prise en charge globale plus efficace.

- **Propositions concrètes pour l'introduction des soins biopsychosociaux :** Intégration progressive des soins biopsychosociaux, collaboration avec des psychologues et travailleurs sociaux, et élaboration de programmes spécifiques pour la sensibilisation et la prise en charge communautaire.

Perspectives futures

- **Idées pour des recherches ou projets futurs :** Évaluer continuellement l'impact des soins biopsychosociaux, étendre ces soins à d'autres centres de santé de la région, et développer des initiatives de recherche pour améliorer la prise en charge globale des patients.

7. Annexes

Documents complémentaires

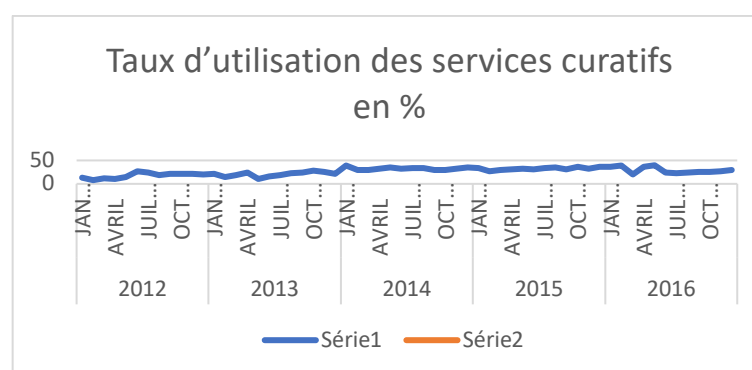


Figure 3. Taux d'utilisation des services curatifs (de 2012 à 2016)

Depuis 2013, on note un faible taux qui ne dépasse pas les 30% ainsi que des taux en dessous de 10 % en 2012. Il va remonter en 2014 pour atteindre 40% en 2015 et en 2016, année durant laquelle le taux va baisser et rester en plateau autour de 25%.

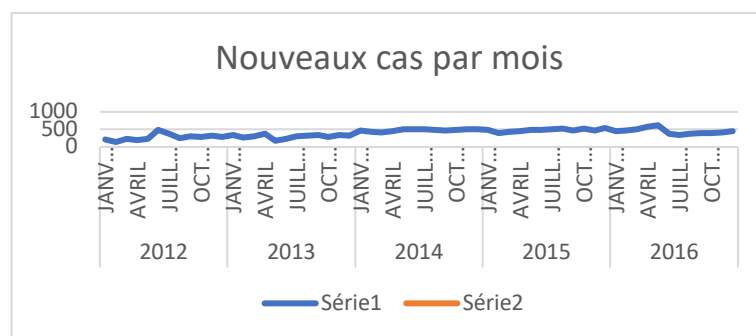


Figure 4. Nouveaux cas par mois (de 2012 à 2016)

Le nombre de cas varie entre 150 et 400 par mois avec un pic de 500 cas au second semestre de 2012. A partir de 2014, le nombre augmente et reste stable autour de 500 cas par mois avec un pic au deuxième trimestre de 2016 qui atteint 600 cas.

MONOGRAPHIE DU CENTRE DE SANTE DE KABUSHWA

1. Introduction

Contexte et justification

• **Brève présentation de la région du Sud-Kivu et des défis sanitaires rencontrés :** L'aire de santé de Kabushwa est l'une des 18 aires de la zone de santé de Katana, dans le territoire de Kabare, située à 52 km au Nord de la ville de Bukavu, chef-lieu de la province du Sud-Kivu. Le centre de santé de Kabushwa, une institution étatique, a été initialement située sur les sites de Kahungu et Cirehe avant d'être délocalisée à Cibimbi, à 15 km de Katana Centre. Le centre dessert 13 villages, et le patient le plus éloigné vit à 5 km du centre de santé.

• **Objectif de la monographie et importance de l'analyse des centres de santé :** Cette monographie vise à analyser le fonctionnement du centre de santé de Kabushwa en matière d'offre de services et à justifier l'introduction des soins biopsychosociaux en première ligne de soins pour améliorer la prise en charge globale des patients.

Méthodologie

• **Description des méthodes de collecte de données :** Les données ont été collectées par des entretiens avec le personnel de santé, des observations directes et l'analyse de documents et de rapports existants.

• **Critères de sélection des centres de santé :** Les centres de santé ont été choisis en fonction de leur situation géographique dans des zones à accès limité aux soins et de leurs besoins en soins biopsychosociaux.

2. Présentation générale du centre de santé

Identification du centre

- **Nom** : Centre de santé de Kabushwa.
- **Localisation** : Aire de santé de Kabushwa, zone de santé de Katana.
- **Date de création** : 1990
- **Zone de couverture** : Le centre dessert une population répartie sur 13 villages.

Infrastructure et équipements

- **Installations** : Le centre comprend divers bâtiments et salles de consultation. Cependant, il n'existe pas de dossiers de patients systématisés ; les agents utilisent des fiches et des carnets pour les consultations, et un échéancier est envisagé pour la gestion des dossiers patients.
- **Conditions d'hygiène et de sécurité** : Les conditions d'hygiène et de sécurité sont généralement bonnes, bien que des défis financiers affectent parfois ces conditions.

3. Offre de services

Types de services proposés

- **Soins de santé primaire** : Le centre de santé offre des consultations, des vaccinations, des soins maternels, des accouchements, et des soins nutritionnels.
- **Services spécialisés** : Le centre prend en charge les PVV, offre des services de santé mentale et traite les cas de malnutrition.
- **Programmes de santé publique** : Des séances de sensibilisation sur la malnutrition, l'hygiène domestique, et l'alimentation des enfants sont organisées.

Capacité et personnel

- **Nombre et qualifications du personnel médical :**

L'équipe se compose de 4 infirmiers A1, 1 infirmier A0, 1 accoucheuse A2, 1 nutritionniste A1, 1 laborantin A2, 1 infirmier A0, un administratif D6, 2 garçons de salle et 1 veilleur de nuit.

- **Organisation du travail et disponibilité des services :**

Les agents de santé s'organisent pour garantir une bonne disponibilité des services. Cependant, la motivation du personnel est affectée par des difficultés financières, notamment depuis la rupture des contrats en 2016.

Accessibilité et coût des services

- **Modalités d'accès aux soins :** Les soins sont accessibles grâce à une tarification forfaitaire avec un ticket modérateur de 1800 FC (environ 1 dollar) pour le PMA.

- **Coût des services pour les patients :** Les soins sont gratuits pour les PVV et pour le reste de la population grâce à un forfait imposé par un bailleur de fonds dans la zone de santé depuis 2001.

4. Évaluation des besoins et des défis

Analyse des forces et des faiblesses

- **Points forts :** Le centre bénéficie d'un personnel qualifié et motivé, et les formations modulaires appuyées par Louvain Coopération ont renforcé les capacités en prise en charge PMS.

- **Points faibles et contraintes :** Le centre ne reçoit pas de subsides du Ministère de la Santé et dépend fortement du financement des partenaires, ce qui fragilise la pérennité des activités.

Besoins non couverts

- **Identification des lacunes dans les services actuels :** L'absence de critères clairs pour la prise en charge des indigents et des épileptiques rend difficile leur prise en charge systématique.
- **Demandes spécifiques de la population locale :** Besoin accru de soutien psychosocial, notamment pour les malades chroniques et les indigents.

5. Introduction des soins biopsychosociaux

Concept de soins biopsychosociaux

- **Définition et explication :** Les soins biopsychosociaux intègrent les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la santé, permettant une prise en charge holistique des patients.

Justification de l'introduction en première ligne

- **Analyse des besoins psychosociaux de la population locale :** Les patients souffrant de maladies chroniques, de malnutrition ou de conditions psychosociales complexes ont besoin d'une prise en charge intégrée.
- **Avantages potentiels de l'intégration :** Amélioration de la qualité de vie des patients, réduction des coûts de santé à long terme, et une prise en charge plus complète et efficace.

Proposition de mise en œuvre

- **Plan d'action :** Former le personnel, adapter les infrastructures, et établir des partenariats pour soutenir l'introduction des soins biopsychosociaux.
- **Stratégies de sensibilisation et d'implication de la communauté :** Mobiliser les leaders communautaires et mener des campagnes de sensibilisation pour promouvoir les soins biopsychosociaux.

6. Conclusion et recommandations

Résumé des principaux résultats

• **Synthèse des observations et des analyses :** Le besoin d'introduire des soins biopsychosociaux au centre de santé de Kabushwa est justifié par les lacunes actuelles dans la prise en charge des cas complexes et les besoins psychosociaux de la population.

Recommandations

• **Suggestions pour améliorer l'offre de services actuelle :** Renforcer les formations du personnel, améliorer les infrastructures et augmenter le financement pour une prise en charge globale plus efficace.

• **Propositions concrètes pour l'introduction des soins biopsychosociaux :** Intégration progressive des soins biopsychosociaux, collaboration avec des psychologues et travailleurs sociaux, et élaboration de programmes spécifiques pour la sensibilisation et la prise en charge communautaire.

Perspectives futures

• **Idées pour des recherches ou projets futurs :** Évaluer continuellement l'impact des soins biopsychosociaux, étendre ces soins à d'autres centres de santé de la région, et développer des initiatives de recherche pour améliorer la prise en charge globale des patients.

7. Annexes

Documents complémentaires

ZSR KATANA C.S KABUSHWA

SYNTHESE POPULATION ACTUALISEE 2017

N°	NOMS DES VILLAGES	4%	3.9%	2%	1%	0.5%	0.2%	0.1%	TOTAL	NOMBRE DES FEMMES	NOMBRE DES HOMMES	NOMBRE DES ENFANTS	NOMBRE DES ADULTES
01	KALANKANE I	13	12	7	56	43	49	70	260	130	130	130	130
02	KALANKANE II	25	22	12	102	102	93	130	504	252	252	252	252
03	CHAHOBOKA I	13	12	7	56	43	49	70	260	130	130	130	130
04	CHAHOBOKA II	13	12	7	56	43	49	70	260	130	130	130	130
05	CIDIMBI I	13	12	7	56	43	49	70	260	130	130	130	130
06	CIDIMBI II	13	12	7	56	43	49	70	260	130	130	130	130
07	CIDUHA I	13	12	7	56	43	49	70	260	130	130	130	130
08	CIDUHA II	13	12	7	56	43	49	70	260	130	130	130	130
09	CIDUHA III	13	12	7	56	43	49	70	260	130	130	130	130
10	CIREHE	13	12	7	56	43	49	70	260	130	130	130	130
11	CANYENA	13	12	7	56	43	49	70	260	130	130	130	130
12	MBULAMISHI	13	12	7	56	43	49	70	260	130	130	130	130
13	TRENGA / FENDU	13	12	7	56	43	49	70	260	130	130	130	130
14	TOTAL GEN	13	12	7	56	43	49	70	260	130	130	130	130

Image 3. Villages de l'aire de santé de Kabushwa (2017)



Image 4. Cartographie de l'AS de Kabushwa

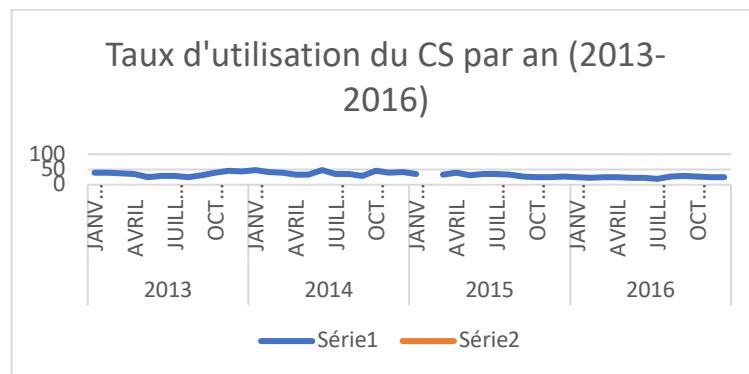


Figure 5. Taux d'utilisation des services du CS de Kabushwa (2013 à 2016)

Le taux d'utilisation du CS en 2013 oscille entre 40 et 50 % par mois avec une baisse de près de 50% entre Mai et Septembre et une hausse en Octobre. Plusieurs variations sont notées entre avril et Septembre 2014 avec une baisse progressive au cours de 2015.

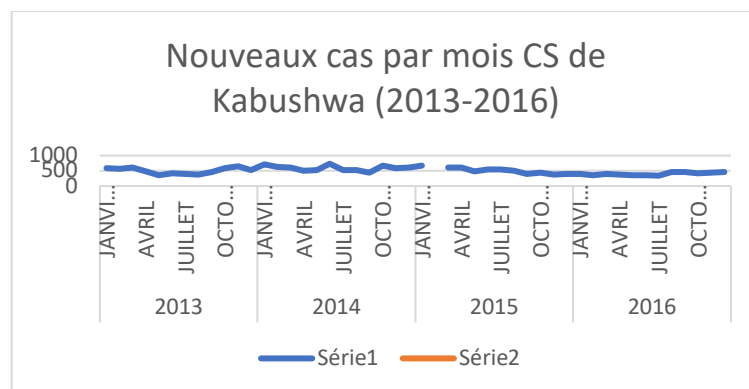


Figure 6. Nouveaux cas par mois au CS de Kabushwa (2013-2016)

Le nombre de nouveaux cas reste statique pendant le premier trimestre de 2013 pour baisser de moitié le trimestre suivant et remonter à la fin de la même année. Il varie sensiblement durant l'année avec de fortes fluctuations entre février et octobre 2014. On note une baisse progressive du nombre de cas au décours de 2015 pour se stabiliser autour de 300 cas en 2016.

MONOGRAPHIE DU CENTRE DE SANTE DE LUMU

1. Introduction

Contexte et justification

• **Brève présentation de la région du Sud-Kivu et des défis sanitaires rencontrés :** Le centre de santé de Lumu est situé dans l'aire de santé de Lumu, une des 9 aires de la zone de santé de Bagira. La structure est construite à moins d'un kilomètre de l'hôpital général de référence de la zone de santé de Bagira. Les défis sanitaires incluent un accès limité aux soins spécialisés et un manque de soutien pour les cas psychosociaux complexes.

• **Objectif de la monographie et importance de l'analyse des centres de santé :** Cette monographie vise à analyser le fonctionnement du centre de santé de Lumu en matière d'offre de services et à justifier l'introduction des soins biopsychosociaux en première ligne de soins pour améliorer la prise en charge globale des patients.

Méthodologie

• **Description des méthodes de collecte de données :** Les données ont été collectées par des entretiens avec le personnel de santé, des observations directes et l'analyse de documents et de rapports existants.

• **Critères de sélection des centres de santé :** Les centres de santé ont été choisis en fonction de leur situation géographique dans des zones à accès limité aux soins et de leurs besoins en soins biopsychosociaux.

2. Présentation générale du centre de santé

Identification du centre

- **Nom** : Centre de santé de Lumu.
- **Localisation** : Aire de santé de Lumu, zone de santé de Bagira.
- **Date de création** : 1972 (Gestion par le BDOM en 2002)
- **Zone de couverture** : Le centre dessert la population de Lumu et ses environs.

Infrastructure et équipements

- **Installations** : Le centre de santé dispose de divers bâtiments et salles de consultation. Il utilise des fiches par patient et par épisode de maladie, classées mensuellement dans une armoire.
- **Conditions d'hygiène et de sécurité** : Les conditions d'hygiène et de sécurité sont généralement bonnes, bien que des défis financiers affectent parfois ces conditions.

3. Offre de services

Types de services proposés

- **Soins de santé primaire** : Le centre de santé offre des consultations, des vaccinations, des soins maternels et des soins nutritionnels.
- **Services spécialisés** : Le centre prend en charge les PVV, offre des services de santé mentale, et traite les cas de malnutrition.
- **Programmes de santé publique** : Des séances de sensibilisation sur la malnutrition, l'hygiène domestique, et l'alimentation des enfants sont organisées.

Capacité et personnel

- **Nombre et qualifications du personnel médical** : L'équipe se compose de 8 infirmiers (2 infirmiers A1, 2 infirmiers A2, 3 infirmiers A3, 1 accoucheuse) et 5 administratifs.

• **Organisation du travail et disponibilité des services :**

Les agents de santé s'organisent pour garantir une bonne disponibilité des services, bien que les réunions de staff ne soient pas régulières pour discuter des cas médicaux complexes.

Accessibilité et coût des services

• **Modalités d'accès aux soins :** Les soins sont accessibles grâce à une tarification forfaitaire négociée avec la communauté à travers le CODESA.

• **Coût des services pour les patients :** Les tarifs sont les suivants : consultation curative (3 \$ pour les moins de 5 ans, 5 \$ pour les enfants et les adultes) ; accouchement eutocique, 15 \$; observation (25-30 \$ pour les enfants, 40 \$ pour les adultes) ; fiches de CPN et de CPS, 1 \$ par fiche.

4. Évaluation des besoins et des défis

Analyse des forces et des faiblesses

• **Points forts :** Le centre bénéficie d'un personnel qualifié et motivé, et il existe un club de diabétiques qui facilite la sensibilisation et le suivi médical des membres.

• **Points faibles et contraintes :** Le centre ne reçoit pas de subvention d'un partenaire, et les ressources sont limitées pour une prise en charge psychosociale complète.

Besoins non couverts

• **Identification des lacunes dans les services actuels :** L'absence de critères clairs pour la prise en charge des indigents et des épileptiques rend difficile leur prise en charge systématique.

• **Demandes spécifiques de la population locale :** Besoin accru de soutien psychosocial, notamment pour les malades chroniques et les indigents.

5. Introduction des soins biopsychosociaux

Concept de soins biopsychosociaux

• **Définition et explication** : Les soins biopsychosociaux intègrent les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la santé, permettant une prise en charge holistique des patients.

Justification de l'introduction en première ligne

• **Analyse des besoins psychosociaux de la population locale** : Les patients souffrant de maladies chroniques, de malnutrition ou de conditions psychosociales complexes ont besoin d'une prise en charge intégrée.

• **Avantages potentiels de l'intégration** : Amélioration de la qualité de vie des patients, réduction des coûts de santé à long terme, et une prise en charge plus complète et efficace.

Proposition de mise en œuvre

• **Plan d'action** : Former le personnel, adapter les infrastructures, et établir des partenariats pour soutenir l'introduction des soins biopsychosociaux.

• **Stratégies de sensibilisation et d'implication de la communauté** : Mobiliser les leaders communautaires et mener des campagnes de sensibilisation pour promouvoir les soins biopsychosociaux.

6. Conclusion et recommandations

Résumé des principaux résultats

• **Synthèse des observations et des analyses** : Le besoin d'introduire des soins biopsychosociaux au centre de santé de Lumu est justifié par les lacunes actuelles dans la prise en charge des cas complexes et les besoins psychosociaux de la population.

Recommandations

- **Suggestions pour améliorer l'offre de services actuelle :** Renforcer les formations du personnel, améliorer les infrastructures et augmenter le financement pour une prise en charge globale plus efficace.
- **Propositions concrètes pour l'introduction des soins biopsychosociaux :** Intégration progressive des soins biopsychosociaux, collaboration avec des psychologues et travailleurs sociaux, et élaboration de programmes spécifiques pour la sensibilisation et la prise en charge communautaire.

Perspectives futures

- **Idées pour des recherches ou projets futurs :** Évaluer continuellement l'impact des soins biopsychosociaux, étendre ces soins à d'autres centres de santé de la région, et développer des initiatives de recherche pour améliorer la prise en charge globale des patients.

7. Annexes

Documents complémentaires



Image 5. Cartographie de l'aire de santé de Lumu

ZONE DE SANTE DE BASIRA
CENTRE DE SANTE DIOCESAINE
LUMU
S.F. 162 BUKAVU

REPARTITION DE LA POPULATION DU
CENTRE DE SANTE LUMU 2013

V°	AGE	Sexe	Total	0-14 ans	15-64 ans	65 ans et +	Population totale
I	MAKOROTI		212	106	875	1061	1112
II	KAGERA		32	46	398	433	482
III	KAMENGE		42	21	179	201	223
IV	MOKOTI		118	59	570	553	441
V	MOKOTI II		36	18	150	162	133
VI	ANACUNDA		67	34	282	315	248
VII	ANACUNDA II		86	43	364	408	321
VIII	UHURU		38	19	162	181	143
TOTAL			691	346	2920	3266	2595

MOIS DISPONIBLE EN VACCIN 2013

MOIS	JANVIER	FEBVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE
2013	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2014	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2015	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2016	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Image 6. Nombre de nouveaux cas reçus au CS de Lumu (2013-2016)

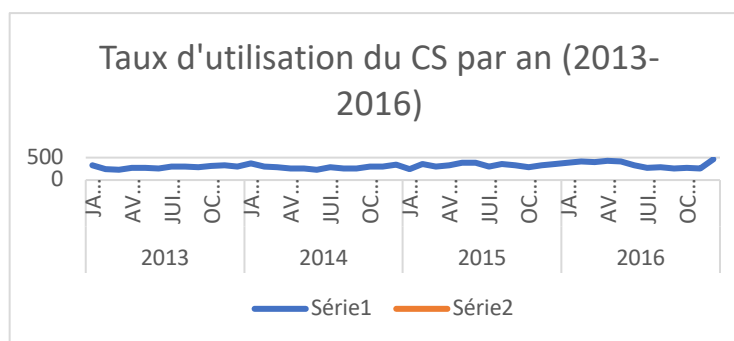


Figure 7. Taux d'utilisation des services du CS par an

On note une certaine constance de nouveaux cas (entre 250 à 350 cas) de 2013 à 2015. Une augmentation est perçue à la fin de 2015 pour atteindre un pic de 420 cas en mai 2016 et de 480 en décembre 2016.

MONOGRAPHIE DU CENTRE DE SANTE DE LWIRO

1. Introduction

Contexte et justification

• **Brève présentation de la région du Sud-Kivu et des défis sanitaires rencontrés :** Le centre de santé de Lwiro est situé dans la zone de santé de Miti-Murhesa, à environ 3 km de l'Hôpital Pédiatrique de Lwiro et à 12 km de l'Hôpital Général de Référence de Kavumu. Initialement situé dans l'enceinte de l'hôpital pédiatrique de Lwiro, le centre a été déplacé en 2017 à la demande du CODESA pour faciliter l'accessibilité géographique de la population de l'aire de santé. Les défis sanitaires incluent un accès limité aux soins spécialisés et des difficultés financières pour les patients.

• **Objectif de la monographie et importance de l'analyse des centres de santé :** Cette monographie vise à analyser le fonctionnement du centre de santé de Lwiro en matière d'offre de services et à justifier l'introduction des soins biopsychosociaux en première ligne de soins pour améliorer la prise en charge globale des patients.

Méthodologie

• **Description des méthodes de collecte de données :** Les données ont été collectées par des entretiens avec le personnel de santé, des observations directes et l'analyse de documents et de rapports existants.

• **Critères de sélection des centres de santé :** Les centres de santé ont été choisis en fonction de leur situation géographique dans des zones à accès limité aux soins et de leurs besoins en soins biopsychosociaux.

2. Présentation générale du centre de santé

Identification du centre

- **Nom** : Centre de santé de Lwiro.
- **Localisation** : Aire de santé de Lwiro, zone de santé de Miti-Murhesa.
- **Date de création** : 1986
- **Zone de couverture** : Le centre dessert la population de Lwiro et ses environs.

Infrastructure et équipements

- **Installations** : Le centre de santé dispose de divers bâtiments et salles de consultation. Les données sur les patients en consultation sont notées dans des carnets individuels, qui sont ensuite classés sur une étagère sans ordre prédéfini.
- **Conditions d'hygiène et de sécurité** : Les conditions d'hygiène et de sécurité sont généralement bonnes, bien que des défis financiers affectent parfois ces conditions.

3. Offre de services

Types de services proposés

- **Soins de santé primaire** : Le centre de santé offre des consultations, des vaccinations, des soins maternels, des accouchements, et des soins nutritionnels.
- **Services spécialisés** : Le centre prend en charge les PVV, offre des services de santé mentale et traite les cas de malnutrition.
- **Programmes de santé publique** : Des séances de sensibilisation sur la malnutrition, l'hygiène domestique et l'alimentation des enfants sont organisées.

Capacité et personnel

- **Nombre et qualifications du personnel médical :**

L'équipe se compose de 11 agents : 5 infirmiers A1 (IT, ITA, 3 infirmiers traitant), 2 diplômés d'État (pharmacie, réception), 1 laborantin A3, 2 animateurs pour la CPS et 1 fille de salle.

- **Organisation du travail et disponibilité des services :**

Les agents de santé s'organisent pour garantir une bonne disponibilité des services. Des réunions hebdomadaires permettent de discuter des cas médicaux, surtout ceux en observation.

Accessibilité et coût des services

- **Modalités d'accès aux soins :** Les soins sont accessibles grâce à une tarification forfaitaire basée sur le recouvrement des coûts auprès des patients en ambulatoire et en observation.

- **Coût des services pour les patients :** Les tarifs sont les suivants : 1.000 FC (0,6\$) pour les enfants de 0 à 5 ans, 1.400 FC (0,9\$) pour les enfants de 5 à 14 ans, 1.800 FC (1,13\$) pour les adultes ; 10.000 FC (6,25\$) pour les accouchements eutociques ; 15.000-18.000 FC (9,3\$-11,3\$) pour les enfants et 21.000 FC (13,1\$) pour les adultes en observation. Les fiches de CPN sont normalement vendues à 800 FC (0,5\$), mais il a été constaté une augmentation de la fréquentation lorsque le prix a été ramené à 300 FC (0,2\$).

4. Évaluation des besoins et des défis

Analyse des forces et des faiblesses

- **Points forts :** Le centre bénéficie d'un personnel qualifié et motivé, et il existe une bonne collaboration avec l'Hôpital Pédiatrique de Lwiro.

- **Points faibles et contraintes :** Le centre ne reçoit pas de subvention régulière et les ressources sont limitées pour une prise en charge psychosociale complète.

Besoins non couverts

- **Identification des lacunes dans les services actuels :** L'absence de psychologue, de nutritionniste et d'assistante sociale rend difficile une prise en charge intégrée.
- **Demandes spécifiques de la population locale :** Besoin accru de soutien psychosocial, notamment pour les malades chroniques et les indigents.

5. Introduction des soins biopsychosociaux

Concept de soins biopsychosociaux

- **Définition et explication :** Les soins biopsychosociaux intègrent les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la santé, permettant une prise en charge holistique des patients.

Justification de l'introduction en première ligne

- **Analyse des besoins psychosociaux de la population locale :** Les patients souffrant de maladies chroniques, de malnutrition ou de conditions psychosociales complexes ont besoin d'une prise en charge intégrée.
- **Avantages potentiels de l'intégration :** Amélioration de la qualité de vie des patients, réduction des coûts de santé à long terme, et une prise en charge plus complète et efficace.

Proposition de mise en œuvre

- **Plan d'action :** Former le personnel, adapter les infrastructures, et établir des partenariats pour soutenir l'introduction des soins biopsychosociaux.
- **Stratégies de sensibilisation et d'implication de la communauté :** Mobiliser les leaders communautaires et mener des campagnes de sensibilisation pour promouvoir les soins biopsychosociaux.

6. Conclusion et recommandations

Résumé des principaux résultats

• **Synthèse des observations et des analyses :** Le besoin d'introduire des soins biopsychosociaux au centre de santé de Lwiro est justifié par les lacunes actuelles dans la prise en charge des cas complexes et les besoins psychosociaux de la population.

Recommandations

• **Suggestions pour améliorer l'offre de services actuelle :** Renforcer les formations du personnel, améliorer les infrastructures et augmenter le financement pour une prise en charge globale plus efficace.

• **Propositions concrètes pour l'introduction des soins biopsychosociaux :** Intégration progressive des soins biopsychosociaux, collaboration avec des psychologues et travailleurs sociaux, et élaboration de programmes spécifiques pour la sensibilisation et la prise en charge communautaire.

Perspectives futures

• **Idées pour des recherches ou projets futurs :** Évaluer continuellement l'impact des soins biopsychosociaux, étendre ces soins à d'autres centres de santé de la région, et développer des initiatives de recherche pour améliorer la prise en charge globale des patients.

7. Annexes

Documents complémentaires

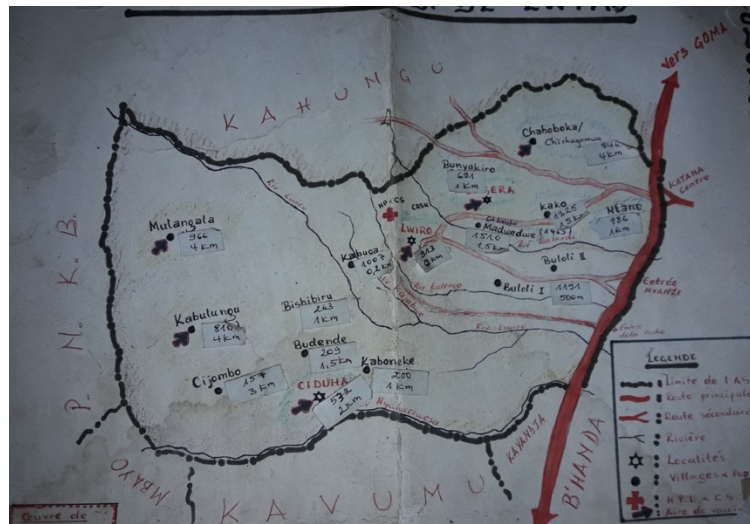


Image 7. Cartographie de l'aire de santé de Lwiro

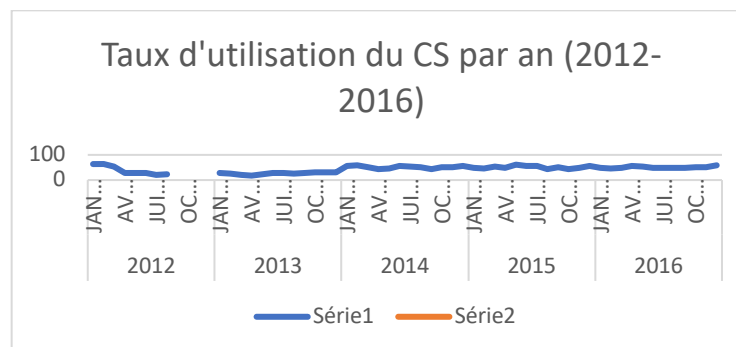


Figure 8. Taux d'utilisation des services du CS de Lwiro de 2012 à 2016

En 2012, le taux d'utilisation des services était en moyenne de 38,5 %. L'année suivante, en 2013, ce taux a connu une baisse significative de 33 %, atteignant 25,8 %. Toutefois, en 2014, une augmentation notable de 98,7 % a été observée, portant le taux moyen à 51,2 %.

Les années suivantes montrent une relative stabilité. En 2015, le taux d'utilisation a légèrement diminué à 50,6 %, soit une baisse de 1,3 % par rapport à 2014. Cette tendance s'est poursuivie en 2016, où le taux moyen était de 50,4 %, enregistrant une baisse marginale de 0,5 % par rapport à l'année précédente.

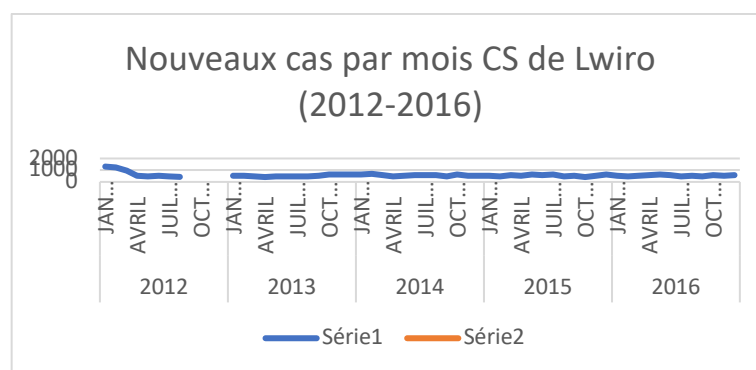


Figure 9. Nombre de nouveaux cas par mois vus au CS de Lwiro

Le nombre moyen de nouveaux cas par mois était de 854,1 en 2012. En 2013, une forte diminution de 38,7 % a été enregistrée, réduisant la moyenne mensuelle à 523,3 cas. En 2014, une légère hausse de 7,4 % a été observée, portant le nombre moyen de cas à 561,8 par mois. L'année suivante, en 2015, ce chiffre a subi une légère baisse de 2,9 %, s'établissant à 545,3 cas en moyenne. Enfin, en 2016, la tendance est restée stable avec 544,4 nouveaux cas par mois, soit une diminution marginale de 0,2 % par rapport à 2015.

MONOGRAPHIE DU CENTRE DE SANTE DE NYAMUHINGA

1. Introduction

Contexte et justification

- **Brève présentation de la région du Sud-Kivu et des défis sanitaires rencontrés :**

Le centre de santé de Nyamuhinga est situé dans la zone de santé de Bagira, une des trois communes de la ville de Bukavu. La zone de santé de Bagira comprend 9 aires de santé, dont Nyamuhinga. Le centre de santé de Nyamuhinga a été créé dans le quartier D de Bagira, Bukavu, et est situé à environ 2.5 kms de l'hôpital général de référence de la zone de santé de Bagira. Les défis sanitaires incluent un accès limité aux soins, un manque de ressources, et des problèmes de santé psychosociaux complexes.

- **Objectif de la monographie et importance de l'analyse des centres de santé :**

Cette monographie vise à analyser le fonctionnement du centre de santé de Nyamuhinga en matière d'offre de services et à justifier l'introduction des soins biopsychosociaux en première ligne de soins pour améliorer la prise en charge globale des patients.

Méthodologie

- **Description des méthodes de collecte de données :** Les données ont été collectées par des entretiens avec le personnel de santé, des observations sur place et l'analyse de documents et de rapports existants.

- **Critères de sélection des centres de santé :** Les centres de santé ont été sélectionnés en fonction de leur situation dans des zones à accès limité aux soins et de leurs besoins spécifiques en soins biopsychosociaux.

2. Présentation générale du centre de santé

Identification du centre

- **Nom** : Centre de santé de Nyamuhinga.
- **Localisation** : Aire de santé de Nyamuhinga, zone de santé de Bagira
- **Date de création** : 2001
- **Zone de couverture** : Le centre dessert la population de Nyamuhinga et ses environs.

Infrastructure et équipements

- **Installations** : Le centre de santé dispose de divers bâtiments et salles de consultation. Les données sur les patients sont gérées manuellement avec des fiches classées mensuellement.
- **Conditions d'hygiène et de sécurité** : Les conditions d'hygiène et de sécurité sont généralement bonnes, bien que des défis financiers affectent parfois ces conditions.

3. Offre de services

Types de services proposés

- **Soins de santé primaire** : Le centre de santé offre des consultations, des vaccinations, des soins maternels, des accouchements, et des soins nutritionnels.
- **Services spécialisés** : Le centre prend en charge les PVV, offre des services de santé mentale et traite les cas de malnutrition.
- **Programmes de santé publique** : Des séances de sensibilisation sur la malnutrition, l'hygiène domestique, et l'alimentation des enfants sont organisées.

Capacité et personnel

• **Nombre et qualifications du personnel médical :**

L'équipe se compose de 13 personnes : 1 infirmier A1, 7 infirmiers A2, 1 caissière/pharmacienne, 1 réceptionniste, et 3 garçons de salle. Une infirmière A2 exerce en plus des tâches infirmières des fonctions de nutritionniste et d'assistante sociale, et 2 autres exercent la fonction d'accoucheuse.

• **Organisation du travail et disponibilité des services :**

Les agents de santé s'organisent pour garantir une bonne disponibilité des services. Une formation en prise en charge psychosociale a été donnée en 2014 par Louvain Coopération.

Accessibilité et coût des services

• **Modalités d'accès aux soins :** Les soins sont accessibles grâce à une tarification forfaitaire.

• **Coût des services pour les patients :** Les patients paient à l'acte pour les différents éléments du paquet minimum d'activités (PMA) au centre de santé de Nyamuhinga. Les membres de la communauté paient en totalité, sauf ceux qui adhèrent à des mutuelles de santé comme celle du réseau BDOM, qui couvre 50 à 70% des frais de consultation, des observations et des accouchements.

4. Évaluation des besoins et des défis

Analyse des forces et des faiblesses

• **Points forts :** Le centre bénéficie d'un personnel qualifié et motivé, avec des formations en prise en charge psychosociale. Le bâtiment du centre a été réhabilité en 2014, ce qui a amélioré la confiance de la communauté.

• **Points faibles et contraintes** : Le centre ne reçoit aucun subside de l'état pour subvenir aux besoins et seuls deux agents sur treize perçoivent un salaire mensuel payé par l'état. Le financement dépend des patients et des partenaires occasionnels.

Besoins non couverts

• **Identification des lacunes dans les services actuels** : L'absence de psychologue, de nutritionniste et d'assistante sociale rend difficile une prise en charge intégrée.

• **Demandes spécifiques de la population locale** : Besoin accru de soutien psychosocial, notamment pour les malades chroniques et les indigents.

5. Introduction des soins biopsychosociaux

Concept de soins biopsychosociaux

• **Définition et explication** : Les soins biopsychosociaux intègrent les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la santé, permettant une prise en charge holistique des patients.

Justification de l'introduction en première ligne

• **Analyse des besoins psychosociaux de la population locale** : Les patients souffrant de maladies chroniques, de malnutrition ou de conditions psychosociales complexes ont besoin d'une prise en charge intégrée.

• **Avantages potentiels de l'intégration** : Amélioration de la qualité de vie des patients, réduction des coûts de santé à long terme, et une prise en charge plus complète et efficace.

Proposition de mise en œuvre

• **Plan d'action** : Former le personnel, adapter les infrastructures, et établir des partenariats pour soutenir l'introduction des soins biopsychosociaux.

• **Stratégies de sensibilisation et d'implication de la communauté** : Mobiliser les leaders communautaires et mener des campagnes de sensibilisation pour promouvoir les soins biopsychosociaux.

6. Conclusion et recommandations

Résumé des principaux résultats

• **Synthèse des observations et des analyses** : Le besoin d'introduire des soins biopsychosociaux au centre de santé de Nyamuhinga est justifié par les lacunes actuelles dans la prise en charge des cas complexes et les besoins psychosociaux de la population.

Recommandations

• **Suggestions pour améliorer l'offre de services actuelle** : Renforcer les formations du personnel, améliorer les infrastructures et augmenter le financement pour une prise en charge globale plus efficace.

• **Propositions concrètes pour l'introduction des soins biopsychosociaux** : Intégration progressive des soins biopsychosociaux, collaboration avec des psychologues et travailleurs sociaux, et élaboration de programmes spécifiques pour la sensibilisation et la prise en charge communautaire.

Perspectives futures

• **Idées pour des recherches ou projets futurs** : Évaluer continuellement l'impact des soins biopsychosociaux, étendre ces soins à d'autres centres de santé de la région, et développer des initiatives de recherche pour améliorer la prise en charge globale des patients.

7. Annexes

Documents complémentaires

- Tableaux de données, graphiques, photos des centres.



Image 8. Cartographie de l'aire de santé de Nyamuhinga

PROVINCE DU SUD-KIVU
ZONE DE SANTE DE BAGIRA
AIRE DE SANTE NYAMUHINGA
Année 2017

POPULATION DE L'AIRE DE SANTE
NYAMUHINGA POUR L'ANNEE 2017.

N° VILLAGES / AVENUES	POPULATION	Enfants de 0-59 ans
1 CAMP MUSHEKERE	2052	573
2 AV. OFFICE	419	255
3 Nyamuhinga	2990	326
4 AV. Camp PM	2775	335
5 AV. Kanyama	4520	287
6 AV. Kanyama	2213	418
7 AV. Nyakubera	1320	250
8 AV. Nyakubera I	1829	346
9 AV. Nyakubera II	1302	246
10 AV. Mureke	663	125
11 AV. Nyakubera	2231	422
TOTAL POP	28693	3533

cible ops 3 CZ cible op 11 CZ
VAM : 54

cible op 3 ?

Image 9. Population de l'aire de santé de Nyamuhinga en 2017

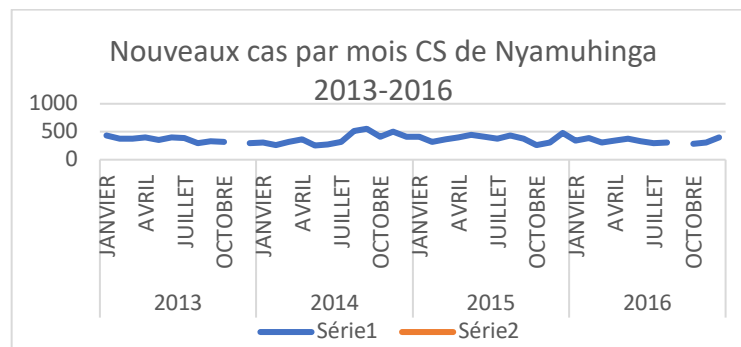


Figure 10. Nouveaux cas reçus par mois au CS de Nyamuhinga (2013-2016)

De 2013 à 2014, le nombre de nouveaux cas baisse vers le 4^{ème} trimestre en fin 2013 pour remonter vers Août 2014. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'à cette même période, Louvain Coopération avait financé la réhabilitation du centre de santé ainsi que l'appui en médicaments et intrants. Cela aurait eu pour effet de relever le niveau de confiance qu'accorde la communauté à la structure.

On note une baisse du nombre de nouveaux cas déjà au premier trimestre 2015 et elle s'accroît au 4^{ème} trimestre de la même année pour remonter vers la fin de l'année 2015. Elle reste constante tout au long de l'année 2016.

AUTRES ANNEXES

Canevas Centre de santé

Documents et éléments factuels sur une période de cinq ans

- L'aire de santé
 - carte sanitaire et description de la population de l'aire de santé et répartition en villages
 - Prestataires dans l'aire de santé : intégrés et non intégrés, forme d'interaction avec ces structures (collaboration et référence-contre-référence ; compétition pour la même population, influence sur la prise en charge des situations PMS
 - Leaders communautaires importants
 - Information par rapport aux Re Co : nombre, activités menées
 - Information par rapport à l'existence de mutuelles de santé
 - Associations de patients (clubs ...) : nombre de membres
 - Participation communautaire
- Structure physique
 - plan des bâtiments et flux des patients
- Ressources
 - rapport financier
 - Disponibilité en médicaments (rupture de stock en antipaludéens, Paracétamol, Amoxycilline, Vermox, Féfol), gestion des médicaments
 - Personnel disponible (nombre) et qualifications et fonctions au niveau du CS
 - Bailleurs de fonds (partenaires), dotation de l'Etat, contribution de la communauté
 - Mode de tarification pour des épisodes clés (consult, accouchement, observation, activités préventives), gratuité des soins
 - Existence de primes (à la performance ou non)
 - Mutuelles de santé

- Structures de gouvernance et impact sur le fonctionnement du centre de santé :
 - CODESA et rapport de réunion
 - Comité de gestion de la zone
- Système d'info :
 - Différents types de dossiers patients disponibles (y inclus référence-CR, ...), mode d'utilisation, gestion de l'information,
 - Système d'archivage
 - Réunion de discussions de cas
 - Système de monitoring du stock des intrants
 - Indicateurs de base de fonctionnement du CS (consultation curative, CPN, CPS, accouchements, PEV, ...)
 - Nouveaux-cas, Nbre de CPN, Nbre d'accouchements, Nbre de CPS, Nbre d'enfants malnutris pris en charge, Nbre de cas avec HTA, Nbre de cas avec Diabète
 - Types de rapports à réaliser mensuellement
- Formation continue et management
 - Formations reçues et sujet de la formation, motivation des agents, impact sur organisation des soins, formations pendant le travail
 - Rapports de supervisions du CS, responsables, régularité, supervisions
- Paquet d'activité presté au CS :
 - Général (curatif, préventif, promotionnel)
 - Spécifiques sur la prise en charge psychomédicosociale essentiellement pour les pathologies traceuses (DBT, HTA, Malnutrition), multidisciplinarité pour le suivi, cellule de soutien

GUIDE D'ENTRETIEN DE L'ANALYSE ORGANISATIONNELLE DES CENTRES DE SANTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS PSYCHOMEDICOSOCIALES COMPLEXES

Points essentiels de la recherche sur l'organisation du système de soins au Sud Kivu et la prise en charge des situations PMS

Je vous remercie de bien vouloir m'accorder quelques instants pour parler de l'actuelle organisation du système de soins dans la province du Sud Kivu en général et dans votre zone de santé plus précisément. Nous voudrions recueillir votre point de vue en ce sens.

Votre expérience par rapport au système de santé nous permettra de proposer une meilleure organisation de la prise en charge des patients avec multi morbidités. Vos idées et suggestions nous intéressent au plus haut point, n'hésitez pas à nous dire ce que vous en pensez vraiment.

Si vous le permettez, je souhaiterais vous parler d'une situation qui pourrait vous interpeller :

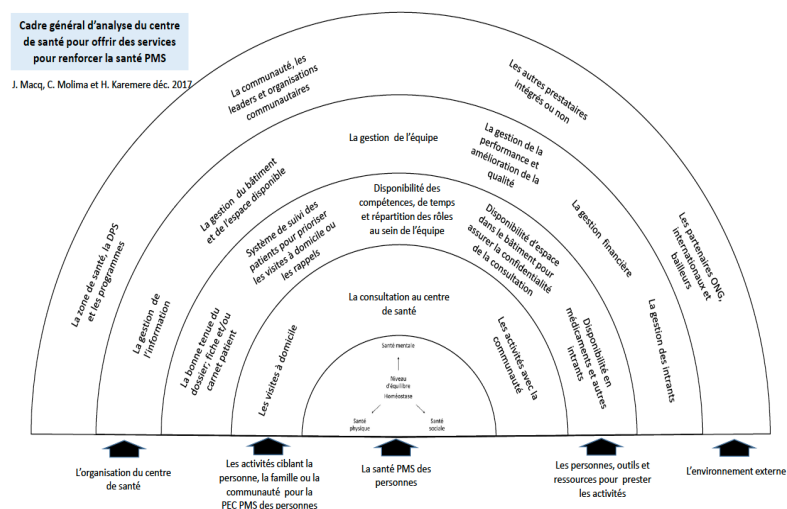
« Il s'agit d'un paysan d'un village du Bushi, âgé de 45 ans, qui souffre de diabète depuis cinq ans. Ceci l'oblige à suivre un régime strict et à respecter un certain mode de vie. Lors d'un de ses examens de contrôle, l'infirmier lui signale que sa tension artérielle est élevée et qu'il doit pour cela changer de traitement et envisager des examens plus approfondis à l'hôpital général de référence. Les frais du traitement et des examens avoisinent les 100 dollars américains alors que le premier traitement lui revenait à 30 dollars. Il doit en même temps payer tous les frais scolaires pour son fils aîné qui passe l'Examen d'État un mois plus tard. »

Je m'en vais maintenant vous poser quelques questions :

1. Que pensez-vous de cette situation ?
 - 1.1. Est-ce fréquent dans votre milieu ? Avec quel type de maladie ?
 - 1.2. Comment pourriez-vous la décrire en quelques mots ?

2. Certains peuvent décrire ce cas en parlant de situation psychomédicosociale complexe, qu'en pensez-vous ?
3. Avez-vous déjà rencontré ce type de patients dans votre parcours professionnel ? Comment les avez-vous pris en charge ?
4. Pensez-vous que notre actuelle organisation des soins au niveau des centres de santé peut permettre de prendre en charge ce type de patients ?
5. Qu'est ce qui peut être fait en plus selon vous au niveau du centre de santé ?
6. Quel peut être le rôle de la communauté ? de l'hôpital général ? de la zone de santé ? des partenaires ?
7. Comment est-ce que votre proposition peut être intégrée de manière permanente dans les activités de votre centre de santé ?
 - 7.1. Qu'est ce qui peut garantir son succès ?
 - 7.2. Quels en sont les faiblesses ?
 - 7.3. Comment sera-t-elle financée ?

Je vous remercie beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé. Je reviendrai vers vous si les premières analyses exigeaient d'éclaircir certains sous points.



Instrument NOMAD centré sur la prise en charge de situations PMS-C

La prise en charge des situations psycho-médicosociale nécessite un changement dans ma manière de travailler.

Pas du tout				Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

.....

.....

Les travailleurs du centre de santé sont d'accord sur le but de s'intéresser à la prise en charge des situations PMS-C au niveau du centre de santé

Pas du tout				Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

.....

.....

Ce que la prise en charge des situations PMS-C par le CS nécessite de ma part est clair

Pas du tout				Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

.....

.....

La prise en charge des situations PMS-C par le CS apporte une valeur ajoutée claire à mon travail

Pas du tout				Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

.....

.....

Les leaders de l'aire de santé sont des moteurs pour la prise en charge des situations PMS-C par le CS

Pas du tout				Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

.....

.....

Les autorités du centre de santé et de la zone de santé sont des moteurs pour la prise en charge des situations PMS-C par le CS

Pas du tout				Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

.....

.....

Je suis d'accord que la prise en charge des situations PMS-C par le CS fasse partie de mon travail

Pas du tout				Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

.....

.....

J'adhère à ce que le CS prenne en charge des situations PMS-C

Pas du tout				Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

.....

.....

Je continuerai de soutenir cette prise en charge même après un certain temps que le CS a commencé à prendre en charge des situations PMS-C

Pas du tout				Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

.....

.....

Je fais les activités nécessaires à la prise en charge des situations PMS-C

Pas du tout				Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

.....

.....

J'ai confiance dans le travail et les compétences des autres membres du CS pour la prise en charge des situations PMS-C

Pas du tout				Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

.....

.....

Les activités pour la prise en charge des situations PMS-C par le CS sont réparties équitablement entre les différents membres du CS

Pas du tout				Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

.....

.....

Le CS est adéquatement supporté pour organiser la prise en charge des situations PMS-C par les autorités

Pas du tout				Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

.....

.....

J'ai les informations nécessaires pour évaluer les effets de la prise en charge des situations PMS-C par le CS

Pas du tout				Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

.....

.....

L'équipe du centre de santé trouve que la prise en charge des situations PMS-C par le CS vaut la peine

Pas du tout				Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

.....

.....

L'équipe du centre de santé modifie son travail suite à l'évaluation de la prise en charge des situations PMS-C

Pas du tout				Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

.....

.....

**OUTIL NoMAD CENTRÉ SUR L'ÉVOLUTION DE
L'APPROCHE PMS AU NIVEAU DU CENTRE DE
SANTÉ**

Le niveau de participation ou d'adhésion à l'approche

Dans quelle mesure est-ce que vous vous appropriez cette manière différente d'offrir les soins dans votre pratique quotidienne ? (1.4)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

Est-ce que cette approche est devenue une activité ordinaire dans la pratique de soins ? (4.4)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

Pensez-vous que cette approche PMS peut devenir l'équivalent du PMA au niveau du CS ? (2.3)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....
.....
.....

L'importance de l'approche dans le contexte du CS

La prise en charge des situations psycho-médicosociales complexes entraîne un changement dans la manière de travailler du centre de santé. (1.1)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....
.....
.....

L'équipe du centre de santé et les personnes en situation PMS-C évaluent la mise en œuvre de l'approche PMS au CS (4.1)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....
.....
.....

Les personnes en situation PMS-C sont satisfaites de la mise en œuvre de l'approche PMS au CS (4.4)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

Les facteurs de stabilité de l'approche PMS

L'intérêt accordé à l'approche PMS par les agents du CS est facilement perçu par vous (1.2)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

Les agents du CS sont motivés à mettre en œuvre le PMA par l'approche PMS dans les activités du CS(4.2)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

L'implication des autorités du CS et de la zone de santé permet de mettre en œuvre l'approche PMS au CS (2.2)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

L'implication personnelle dans la mise en œuvre de l'approche PMS

La prise en charge des situations PMS-C au CS est comprise par les agents du CS (1.2)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

Je comprends le rôle que joue le centre de santé dans la mise en œuvre de l'approche PMS (2.3) (1.3)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

Je soutiens la mise en œuvre des activités PMS comme expression du PMA au niveau du CS (2.4)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....
.....
.....

Je sais comment mettre en pratique l'approche PMS dans la mise en œuvre des soins au CS (3.1)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....
.....
.....

Les agents du CS partagent leur compétence dans la mise en œuvre de l'approche PMS (3.2)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....
.....
.....

Les événements extérieurs au projet qui peuvent l'influencer

Les leaders de l'aire de santé accompagnent l'équipe du CS dans la mise en œuvre de l'approche PMS (2.2)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

L'équipe du CS est appuyée dans la mise en œuvre de l'approche PMS au CS (3.4)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

La mise en œuvre de l'approche PMS est perçue comme une manière différente de présenter le PMA (4.4)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

Les autorités sanitaires accompagnent la mise en œuvre de l'approche PMS au CS (3.4)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

Les effets de la prise en charge PMS sont rapportés par les patients en situation PMS-C (4.1)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

L'équipe cadre de la zone de santé juge prioritaire la mise en œuvre de l'approche PMS au CS (2.2)

Pas du tout	Peu convaincu	Plus ou moins	Convaincu	Tout à fait
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Expliquez

.....

