

De l'utilisation des services en milieu urbain à la couverture sanitaire universelle dans le contexte du système de santé de la République Démocratique du Congo : cas de la ville de Goma

[From care services utilization in urban areas to the universal health coverage in the context of the health system in the Democratic Republic of Congo: the case of the city of Goma]

Mitangala Ndeba Prudence¹⁻², Jean Bosco Kahindo Mbeva¹⁻², Musubao Tsongo Muhatikani Edgar¹, Janvier Kubuya Bonane³, and Kimanuka Célestin⁴

¹ULB Coopération, Padiss, Bureau du Nord Kivu, Goma, RD Congo

²Université Officielle de Ruwenzori, Butembo, RD Congo

³Division Provinciale de la Santé du Nord Kivu, Goma, RD Congo

⁴Institut National de la Statistique, Direction provinciale du Nord Kivu, Goma, RDC

Copyright © 2019 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the *Creative Commons Attribution License*, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: *Introduction* : The organizational model of health in the Democratic Republic of Congo is based on primary health care. Overall, the organization of this system in urban areas still depend on the one of rural areas where public health facilities predominate. Only data from these integates facilities are taken into consideration for the evaluation of utilization services. In this context, in cities where private health facilities proliferate, the level of use is still considered low.

Methodology : Data were analyzed in relation to the curative service utilization of all functional health facilities in the eastern DRC city of Goma in order to estimate the overall health coverage for the year 2017 and its contribution in monitoring progress towards universal health coverage.

Results : Overall utilization of curative services was 0.61 new case per capita. In this global utilization, the contribution of integrated health facilities in the health system was only 18.7% (n = 579,555). More than 75% of this utilization was covered by private health facilities. But in thses private health facilities, quality was poor.

Conclusion : In urban areas, most medical supply service was provided by private health facilities, their non consideration does not make it possible to correctly assess either their use by the population nor the progress towards universal health coverage. In a context of increasing urbanization, the accreditation of private health facilities could be an innovative strategy for their integration, improve quality and good monitoring progress towards universal health coverage.

KEYWORDS: urban health, provision of care, universal health coverage, accreditation, service utilization.

RÉSUMÉ: *Introduction* : Le modèle organisationnel des soins en République Démocratique du Congo est basé sur les soins de santé primaires. Globalement, l'organisation de ce système dans le milieu urbain reste calqué sur celle du milieu rural où prédominent les formations sanitaires publiques. Seules les données issues de ces formations publiques sont prises en considération pour l'évaluation de l'utilisation des services. Dans cette optique, dans les villes où prolifèrent les formations sanitaires privées, le niveau d'utilisation est toujours jugé bas.

Méthodologie : Nous avons analysé les données de l'utilisation curative de toutes les formations sanitaires fonctionnelles dans la ville de Goma à l'Est de la RDC en vue d'estimer la couverture sanitaire globale pour l'année 2017 et son apport dans le suivi des progrès vers la couverture sanitaire universelle.

Résultats : L'utilisation globale des services de consultation curative était de 0,61 nouveau cas par habitant. Dans cette utilisation, la contribution des formations sanitaires intégrées dans le système de santé n'était que de 18,7 % (n= 579 555). Plus de 75% de cette utilisation était couvert par les formations sanitaires privées avec une faible qualité des soins.

Conclusion : Dans le milieu urbain, l'offre des soins étant majoritairement faite par les formations sanitaires privées, leur non considération ne permet pas d'évaluer correctement ni l'utilisation par la population ni les progrès vers la couverture sanitaire universelle. Dans un contexte d'urbanisation croissante, l'accréditation des formations sanitaires privées pourrait être une stratégie innovante permettant leur intégration avec amélioration de la qualité de leurs prestations et un bon suivi des progrès vers la couverture sanitaire universelle.

MOTS-CLEFS: santé urbaine, offre des soins, couverture sanitaire universelle, accréditation, utilisation des services.

1 INTRODUCTION

Le système de santé en vigueur depuis les années 80 en République Démocratique du Congo est hérité d'un système de soins de santé primaires basé sur les principes d'Alma Ata [1]. Selon les principes et approches de ce système, la zone de santé est l'unité opérationnelle de la politique nationale de santé [2].

Le modèle de soins de santé primaires adopté par la plupart des pays africains dont la RDC avait été fortement influencé par les expériences de médecine communautaire couronnées d'un succès relatif développées au cours des années 70 dans les zones rurales dont Bwamanda et Kasongo [3], [4], [5].

Dans le rêve de la couverture universelle, l'OMS avait encore recommandé en 2008 à ses membres le retour aux principes et approches des soins de santé primaires comme meilleur moyen d'organiser les services de santé [6].

Classiquement dans la plupart des pays africains, l'évaluation des progrès vers la couverture universelle se focalise sur les éléments provenant du système de santé. Pourtant le modèle de système de santé de plusieurs pays africains dont la RDC reste encore largement inspiré du milieu rural alors que l'urbanisation s'accélère. Du fait des guerres et conflits, les spécialistes estiment qu'à l'échéance 2030, 60% de la population mondiale vivra en milieu urbain [7]. D'autres auteurs ajoutent que la RDC est l'un des dix pays du monde qui enregistreront les plus fortes proportions de population urbaine à l'échéance 2050 [8]. Mais déjà en 2018, même si l'Afrique reste essentiellement rurale, il importe de relever que 43 % de sa population réside déjà en milieu urbain et le taux d'urbanisation figure parmi les plus élevés du monde [9].

L'urbanisation s'accompagne de plusieurs modifications sociétales dont les aspects sanitaires [10]. L'offre de soins modernes en ville est caractérisée par une concentration de toute la gamme d'infrastructures sanitaires, les médecins, les spécialistes, les hôpitaux et les cliniques [10].

En RDC, malgré la reconnaissance de cette évolution vers l'urbanisation, la « Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) » élaborée en 2006 avec entre autres pour mission de procéder à « la correction des distorsions faites au niveau de la zone de santé », tout en réaffirmant les soins de santé primaires comme mode organisationnel national, n'avait pas tenu compte de cette urbanisation [11]. Le modèle organisationnel de la zone de santé en milieu urbain reste celui encore grandement calqué de celui développé en milieu rural. Plus récemment encore, en élaborant son plan de développement sanitaire 2016 – 2020 dans la perspective de la couverture sanitaire universelle, la RDC n'a toujours pas tenu compte de cette urbanisation de sa population [12]. Pourtant la typologie de l'offre des soins en milieu rural congolais est différente de celle du milieu urbain. Une étude menée dans la ville de Lubumbashi en RDC avait révélé une grande diversité institutionnelle des prestataires (Etat, confessions religieuses, ONG locales, entreprises paraétatiques et privés indépendants) avec marginalisation de l'Etat comme prestataire et une croissance de la pratique médicalisée dans ces structures [13]. En plus, l'analyse de la nature et du volume des soins offerts par les différents prestataires institutionnels aux différents niveaux du système de santé dans cette ville de Lubumbashi n'avait globalement conclu que sur une discordance entre l'offre et la demande [14].

Actuellement en RDC, l'évaluation du niveau de couverture sanitaire est faite sur base des indicateurs calculées sur les données collectées dans les formations sanitaires dites intégrées conformément à la stratégie des soins de santé primaires. A notre connaissance, il existe peu ou pas d'expérience sur la couverture sanitaire en milieu urbain congolais prenant en compte la diversité institutionnelle des prestataires. L'objectif de ce travail est de faire une approche d'évaluation de la couverture

sanitaire de quelques aspects des soins curatifs de la population en milieu urbain dans la ville de Goma. La finalité est de contribuer à la compréhension en profondeur du profil de l'offre de soins dans la ville de Goma en vue de permettre une meilleure évaluation de la progression vers la couverture sanitaire universelle.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 LIEU D'ÉTUDE

Les observations ont été faites dans la ville de Goma.

La ville de Goma, chef-lieu de la province du Nord-Kivu est l'une des principales villes de la RDC. Située à une altitude de 1530 mètres, elle est bâtie sur les anciennes coulées de lave volcanique en bordure et au nord du lac Kivu et au Sud du volcan Nyiragongo entre 1° 41' 36" Sud et 29° 13' 31" Est sur une superficie de 75,72 Km².

D'un point de vue sanitaire et démographique, Goma est une ville dense avec plus de 1 250 habitants au Km², comptant deux zones de santé entières (Goma et Karisimbi) et une partie urbaine de la zone de santé urbano-rurale de Nyiragongo. Cette partie urbaine de la zone de santé de Karisimbi est d'urbanisation récente du fait de la pression démographique dans la ville de Goma. Le tableau 1 illustre les caractéristiques des trois zones de santé.

Tableau 1. Caractéristiques des 3 zones de santé opérationnelles dans la ville de Goma, province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, Décembre 2017

Zones de santé	Nombre de formations sanitaires du système		Nombre d'autres Formations sanitaires intégrées au système de santé	Nombre total d'habitants en 2017
	HGR*	CS**		
Goma	1	10	4	267 947
Karisimbi	1	16	6	537 647
Nyiragongo (partie urbaine)	0	3	0	144 136
Totaux	2	29	10	949 730

* HGR : Hôpital général de référence

** CS : Centre de Santé

Les données de population rapportées en 2017 et présentées dans le tableau 1 sont une actualisation des données issues d'un dénombrement réalisé en 2016 dans chacune des 3 zones de santé.

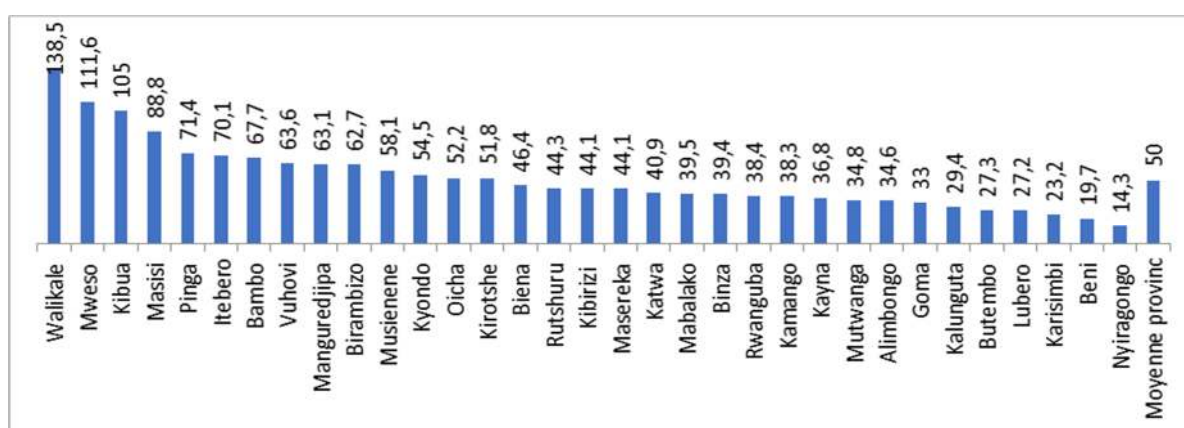


Fig. 1. Utilisation du service curatif par zone de santé dans la province du Nord Kivu en 2017

A l'instar d'autres villes (Butembo et Beni), les taux d'utilisation du service curatif dans la ville Goma (zones e santé de Goma, Karisimbi et Nyiragongo) étaient parmi les plus bas de la province (figure 1) [15].

2.2 COLLECTE DES DONNÉES

Une enquête transversale avait été conduite dans les formations sanitaires opérationnelles dans la ville de Goma.

Les Directions provinciales de l'Institut National de la Statistique du Nord-Kivu (INS Nord-Kivu) et de l'Institut Géographique du Congo du Nord-Kivu (IGC Nord-Kivu) étaient responsables de la collecte des données sur le terrain sous la guidance de l'équipe technique d'ULB Coopération.

La collecte des données avait été réalisée par 10 enquêteurs incluant trois gestionnaires, trois infirmiers, deux statisticiens, un démographe et un médecin conjointement recrutés pour le compte de l'INS et l'IGC Nord Kivu.

Les 324 formations sanitaires retrouvées dans la ville de Goma avaient fait l'objet de l'enquête.

Les sources d'information utilisées sont les rapports d'activités et les registres de consultation [16]

2.3 ANALYSE DES DONNÉES

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 23.

Les comparaisons des proportions ont été faites avec le test du Chi-carré de Pearson ou le test exact de Fisher.

Pour évaluer la couverture curative, les données de toutes les formations sanitaires sans distinction de niveau ont été prises en considération comme cela est calculé dans le Système National d'Information Sanitaire en République Démocratique du Congo.

Le seuil de signification considéré était de 0,05.

2.4 ASPECTS ÉTHIQUES

Avant la réalisation de l'enquête, le protocole de recherche avait été soumis au comité d'éthique de l'Université Libre des Pays des Grands Lacs (ULPGL) fonctionnant à Goma et avait reçu son approbation en date du 04 aout 2017.

3 RÉSULTATS

Les données de 324 formations sanitaires réparties dans les 3 zones de santé constituant la ville de Goma avaient été incluses dans les analyses. Le tableau 2 reprend les détails sur l'appartenance de ces formations sanitaires.

Tableau 2. Appartenance des formations sanitaires par zone de santé de la ville de Goma, province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo, décembre 2017

Appartenance	Zone de santé			Ville de Goma (n = 324)	p
	Goma (n =92)	Karisimbi (n = 191)	Nyiragongo (n = 41)		
Etatique	8,7	7,3	7,3	7,7	0,001
Entreprise publique	5,4	1,1	0,0	2,2	
Privé lucratif	48,9	69,6	82,9	65,4	
Privé confessionnel	15,2	10,5	0,0	10,5	
Privé associatif	21,8	11,5	9,8	14,2	

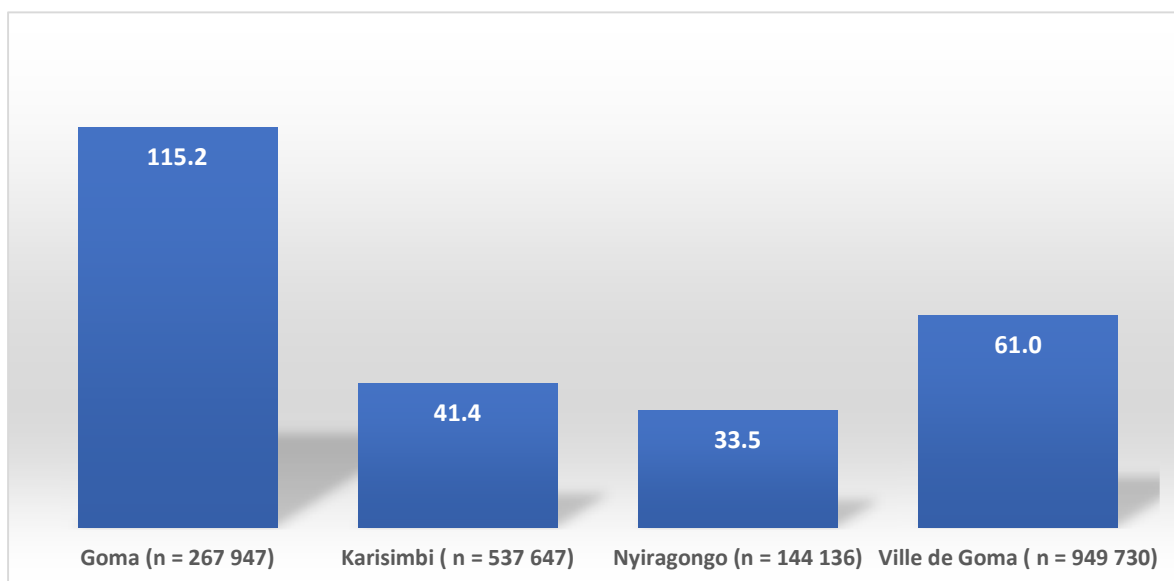


Fig. 2. Couverture de la consultation curative en 2017 par zone de santé dans la ville de Goma, province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo

Quelle que soit la zone de santé, la majorité des formations sanitaires était du ressort du privé lucratif et dans la globalité les prestataires privés étaient majoritaires (tableau 2).

Pour l'ensemble des formations sanitaires de la ville de Goma, il avait été enregistré 583 134 consultations curatives et 3 579 cas de références faisant ainsi 579 555 nouvelles consultations curatives (583 134 – 3 579). L'utilisation globale des services en considérant toutes les formations sanitaires était donc de 0,61NC/habitant/an (579 555/949 730) (figure 2). A l'intérieur de la ville, la couverture curative était plus élevée dans la zone de santé de Goma comparée aux deux autres (figure 2).

Globalement dans l'ensemble de la ville de Goma, les formations sanitaires publiques avaient contribué à la couverture de la consultation curative à moins de 20% (tableau 3). Cependant cette contribution des formations sanitaires publiques à la couverture curative était particulièrement élevée dans la partie urbaine de la zone de santé de Nyiragongo. Les formations sanitaires privées lucratives, confessionnelles ainsi que celles appartenant aux associations caritatives avaient quant à elles contribué chacune à près de 25% à la couverture de la consultation curative en 2017 dans l'ensemble de la ville de Goma.

Tableau 3. Contribution des différentes catégories d'appartenance de formations sanitaires à la couverture de la consultation curative en 2017 par zone de santé de la ville de Goma, province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo

Zone de santé	Etatique	Entreprise publique	Privé lucratif	Confessionnel	Associatif	p
Goma (n = 308 656)	5,1	3,7	13,0	38,7	38,5	
Karisimbi (n = 222 658)	28,3	0,3	39,7	23,0	8,3	0,001
Nyiragongo (n = 48 241)	61,4	0,0	20,3	0,0	18,2	
Global (n= 579 555)	18,7	2,1	23,9	29,5	25,3	

Plus de la moitié d'accouchements qui se sont déroulés dans la ville de Goma ont eu lieu dans la zone de santé de Karisimbi (tableau 4). Dans cette dernière, près de quatre accouchements sur dix se sont déroulés dans une formation privée lucrative.

Tableau 4. Contribution des différentes catégories d'appartenance de formations sanitaires par zone de santé à la couverture sanitaire obstétricale en 2017 par zone de santé de la ville de Goma, province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo

	Etatique	Entreprise publique	Lucratif	Confessionnel	Associatif
Goma (n = 11 749)	15,0	1,5	11,7	38,5	33,3
Karisimbi ((n = 16 388)	28,6	0,1	38,4	26,5	6,5
Nyiragongo (n = 4 617)	57,4	0,0	30,6	0,0	12,0

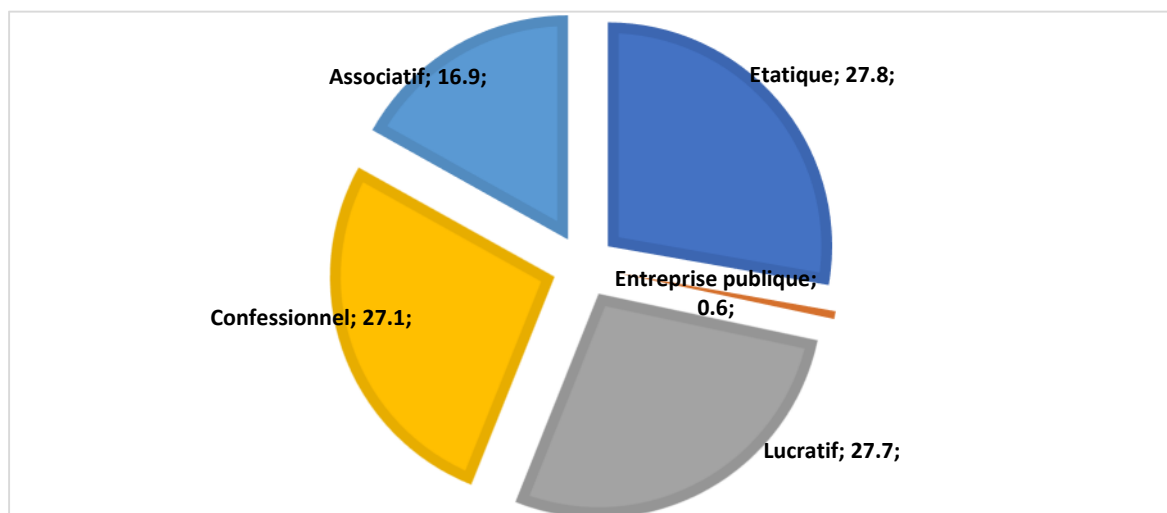


Fig. 3. Contribution des différentes catégories d'appartenance de formations sanitaires à la couverture en accouchement en 2017 dans la ville de la ville de Goma, province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo (n=32 754)

Comme dans les consultations curatives, à l'exception de la partie urbaine de la zone de santé de Nyoragongo, le rôle des formations sanitaires publiques dans les activités d'accouchement dans la ville de Goma en 2017 était tout à fait marginal.

Dans la globalité de la ville de Goma, les formations sanitaires privées lucratives et confessionnelles avaient pratiquement eu la même charge en ce qui concerne la prise en charge des accouchements. Près d'un accouchement sur trois dans la ville de Goma s'est déroulé soit dans une formation sanitaire étatique soit dans une formation sanitaire privée lucrative ou encore dans une formation sanitaire confessionnelle (figure 3).

Les proportions de césariennes par rapport à l'ensemble des accouchements étaient plus fréquentes dans les formations sanitaires associatives [22,6 (n = 5530)], confessionnelle [20,8 % n = 8865]] et privées lucratives [15,9% (9079)] comparées à celles de l'état [8,3% (n = 9096)] ($p < 0,001$).

Les césariennes (n = 5294) avaient été plus fréquentes dans les formations sanitaires confessionnelles (34,9%), privées lucratives (27,3%) et associatives (23,6%) comparées aux formations sanitaires publiques (14,2%) ($p < 0,001$).

4 DISCUSSION

Notre étude a montré que dans la ville de Goma en RDC, le rôle des formations publiques dans la couverture sanitaire de la population est marginal ; les formations sanitaires privées et/ou non intégrées participent majoritairement à la couverture sanitaire de la population pour la consultation curative et les accouchements. En revanche, la proportion élevée de césariennes dans les formations sanitaires privées et confessionnelles n'indique pas que la qualité des soins dans ces deux catégories de prestataires pourrait aussi être meilleure. Etant donné leur contribution numérique importante, en milieu urbain de Goma, l'appréciation de la progression vers une couverture sanitaire universelle dans les activités curatives devrait prendre en compte les données des formations sanitaires privées offrant ces activités dans un processus de leur accréditation.

Notre étude a quelques limites qu'il convient de mentionner. La tenue des registres administratifs de prestation des services de santé dans les formations sanitaires non intégrées ayant fourni les données n'avait jamais été audité ou supervisé par les

équipes cadres des zones de santé respectives. Les données issues de ces registres pourraient soit surestimer soit sous-estimer le numérateur pris en compte dans notre étude. La seconde faiblesse est liée au fait que notre étude n'a pris en compte que les données d'une seule année 2017 qui pourrait avoir été particulière ; ce qui pourrait ne pas permettre de renforcer l'argumentaire sur la nécessité de prendre en compte les données de formations sanitaires privées ou non intégrées après un processus de validation. La troisième faiblesse est liée à la situation géographique de Goma qui est une ville attractive pour les opérateurs économiques en quête d'un bénéfice toujours plus grand; l'inférence sur le nombre de formations sanitaires privées dans le milieu urbain pourrait ne pas être possible. La dernière faiblesse tient aux activités prises en compte dans cette étude : la consultation curative et l'accouchement. Ce qui est vrai au niveau de ces deux aspects pourrait ne pas nécessairement l'être pour les autres aspects faisant partie du grand complexe « activités curatives ».

Notre étude a cependant un grand mérite ; elle est parmi les rares études menées en milieu urbain pour proposer une approche d'évaluation des progrès vers la couverture sanitaire universelle en milieu urbain avec une prise en compte des données des structures sanitaires privées et ou non intégrées au système de santé qui pourtant, contribuent d'une manière ou d'une autre à la couverture sanitaire de la population.

L'organisation du système de santé en milieu urbain congolais à l'heure actuelle n'est qu'une reproduction intégrale de l'organisation d'un système communautaire en milieu rural tel qu'expérimenté avec un grand succès à Kasongo [3]. Cette organisation prend essentiellement en compte dans l'appréciation de la couverture sanitaire les activités des formations publiques et/ou intégrées [11].

Notre étude, non seulement confirme ce qui avait été observé ailleurs selon quoi le milieu urbain est caractérisé par une grande diversité de prestataires de divers statuts (intégrées au système de santé, confessions religieuses, organisations caritatives, privés lucratifs et entreprises publiques) [13], [17], [18], [19], mais aussi et surtout montre que ces autres acteurs contribuent à la couverture sanitaire l'évaluation de cette dernière au niveau local, provincial voire national n'intègre pas du tout les données des activités de ces prestataires privées ou non intégrées qui pourtant prennent en charge les problèmes de santé d'une grande partie de la population.

Nos résultats ont montré qu'en intégrant les données des activités de toutes les formations sanitaires opérant dans la ville de Goma pour une évaluation de la couverture sanitaire, la contribution à cette dernière des structures du secteur public et celles intégrées n'est que marginale. Ces résultats vont dans le sens des observations faites par Chenge and Al. dans la ville de Lubumbashi en RDC[13].

Comparées à la couverture sanitaire de la consultation curative présentée dans l'évaluation annuelle 2017 par la Division Provinciale de la Santé du Nord Kivu, par rapport à chacune des zones de santé de Goma et Karisimbi, les couvertures de la consultation curative dans notre étude étaient bien supérieures [15].

En considérant la ville de Goma comme une seule entité, le niveau de la couverture globale de la consultation curative est de 0,6 nouveau cas par an correspond à un optimum qui est observé ailleurs [20]. A Dessie au Nord de l'Ethiopie, il avait été observé 0,42 nouveau cas par an en 2015 [20]. Nos observations pourraient suggérer que le nombre de formations sanitaires pourrait déjà être optimum pour une couverture sanitaire numérique de la population dans la ville de Goma. Cependant pour une couverture sanitaire, le niveau de couverture curative dans la zone de santé de Goma au-delà de 100% suggère que les patients seraient venus des autres zones de santé dont Karisimbi, étant donné que le problème d'accessibilité géographique se pose peu ou pas du tout comme cela avait déjà été observé ailleurs [21]. Ceci confirme ce qui avait déjà été dit depuis quelques décennies que dans les zones de santé urbaines, la résolution des problèmes devrait se faire sans tenir compte des découpages artificiels imposés [2].

La grande motivation de la participation des privés aux prestations des soins en milieu urbain serait la recherche des stratégies de survie individuelle et institutionnelle et que cette situation serait en partie favorisée par la faiblesse du pouvoir régulateur [18], [22]. Dans ce contexte où la recherche des stratégies de survie passe au-dessus de tout, la qualité des soins pourrait en pâtir.

Dans notre étude, les proportions élevées de césariennes observées dans les formations sanitaires privées et confessionnelles de la ville Goma globalement au-delà de 15%, ne militent pas pour la qualité des soins prestés par ces prestataires. En effet, selon un groupe d'experts de l'OMS, il est admis depuis 1985 qu'il n'y a manifestement aucune justification pour que dans telle ou telle région géographique, plus de 10-15 % des accouchements soient se déroulent par césarienne [23]. Et il est aussi admis que l'augmentation du taux de césarienne au-delà de ce seuil n'est plus associée à une réduction de la mortalité maternelle et infantile pourtant visée par la pratique de la césarienne [24]. Dans la ville de Goma, ces césariennes pratiquées dans des infrastructures sanitaires ne répondant pas aux normes de sécurité pour les parturientes à

l'instar d'une catégorie des formations privées et confessionnelles opérant dans la ville de Goma, pourraient constituer un danger pour les mères et leurs enfants comme cela est internationalement reconnu [24].

Du fait que la demande des soins reste incontournable quel que soit sa situation, dans un contexte de bouleversements économiques, socioculturels et géopolitiques tenant aux multiples conflits dans la région du Kivu, les formations sanitaires sont purement devenues un outil de production de revenus soumis à la concurrence [25]. Le prix élevé d'un accouchement par césarienne dans le contexte d'un système où les mécanismes de régulation des prix des soins de santé sont quasi-inexistants, pourrait être un incitant pour augmenter sa fréquence et accroître ainsi le profit financier. Ceci pourrait justifier l'engouement des opérateurs économiques et confessionnelles à créer des formations sanitaires dans la ville de Goma. Ce qui pourrait aussi suggérer que dans cette ville de Goma, avec ce contexte de faible régulation dans l'ouverture des formations sanitaires, la plupart des prestataires du secteur confessionnel et caritatif sont des privés lucratifs à la recherche des stratégies de survie individuelle et institutionnelle en ce y compris les églises.

Selon l'OMS, quand on parle de la couverture sanitaire universelle, cela signifie que chaque individu quel que soit son niveau de vie reçoit les services de santé dont il a besoin, et que l'utilisation de ces services n'occasionne pas de difficultés financières [26].

Dans nos observations dans la ville de Goma, si la contribution des prestataires privées permet une couverture numérique, il n'existe aucune assurance quant à la qualité des soins desdits prestataires comme le montre la proportion élevée de césariennes. Le nombre de formations sanitaires opérant dans la ville de Goma étant déjà trop élevé, il ressort, comme l'ont souligné Pepperall et Al au Lesotho, que l'organisation des services existants devrait être la priorité plutôt qu'investir dans de nouvelles structures [27].

Malgré la recherche des corrections prônées par la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) adoptée par la République Démocratique du Congo en 2006 en vue d'assurer le développement/la revitalisation des districts sanitaires et la correction des distorsions faites à ce niveau [11], il serait difficile d'organiser et de coordonner efficacement les centaines de formations sanitaires par les équipes cadres des zones de santé de la ville de Goma. Devant cette difficulté d'organisation des structures sanitaires opérant dans la ville de Goma par les équipes cadres des trois zones de santé, l'une des voies serait une politique d'accréditation des formations sanitaires existantes.

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe de l'ensemble du fonctionnement et des pratiques d'un établissement de soins réalisée par des professionnels indépendants dans le but d'assurer la sécurité et la qualité des soins et d'en assurer la promotion au sein de l'établissement de soins [28], [29], [30], [31].

Dans cette optique il serait possible de mettre en place des stratégies de réforme, de normes sur la qualité des soins, de lignes directrices reposant sur des pratiques susceptibles d'être adaptées à différents environnements en milieu urbain [32], tout en s'inspirant des expériences accumulées dans d'autres pays africains à l'instar de ceux d'Afrique de l'Est [33].

Ainsi l'accréditation des formations sanitaires privées apporterait un soutien au système de santé dans le milieu urbain de la RDC permettant ainsi de s'assurer que les patients reçoivent, de manière générale, des soins de qualité. Avec cette stratégie, l'organisation du système de santé en milieu urbain contribuerait ainsi à la couverture sanitaire universelle dans ses composantes « sécurité des patients et prestations à des fins de traitement » [26].

5 CONCLUSION

La RDC a élaboré la Stratégie de Renforcement du Système de Santé pour corriger certaines distorsions dans le système de santé notamment en milieu urbain. Mais malgré la mise en œuvre de cette stratégie, l'organisation en milieu urbain reste apparentée à celle du milieu rural. Pourtant le pays se caractérise par une urbanisation croissante et le milieu urbain est caractérisé par une prolifération des formations sanitaires privées, les structures publiques ne jouant qu'un rôle marginal dans la couverture sanitaire. Afin de contribuer à la couverture sanitaire universelle dans l'organisation des soins en milieu urbain, le régulateur devrait mettre en œuvre l'accréditation des structures de santé fonctionnelles.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient l'union européenne et le gouvernement belge pour le financement du PADISS (Projet d'Appui au Développement Intégré du Système de Santé de la province du Nord Kivu) à travers lequel la collecte des données a été réalisée.

Ils remercient également le personnel des directions provinciales de l'Institut National de la Statistique et de l'Institut Géographique du Nord-Kivu qui avait activement participé à la collecte des données.

RÉFÉRENCES

- [1] OMS, « Les Soins de santé primaires », Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, U.R.S.S., 6-12 septembre 1978, OMS Genève, 1978.
- [2] Grodos D, Tonglet R, « Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne : enjeux, pratiques et politiques », Brussels, Belgium: Karthala-UCL; 2004.
- [3] Equipe du Projet Kasongo, « Le Projet Kasongo : une expérience d'organisation d'un système de soins de santé primaires », Annales de la Société belge de médecine tropicale, 60: 1–54, 1981.
- [4] Pangu KA, Santé Pour tous d'ici l'an 2000 : c'est possible, expérience de planification et d'implantation des centres de santé dans la Zone de Santé de Kasongo au Zaïre, ULB, Thèse de Doctorat, 1988.
- [5] Pierre Mercenier, Le rôle du centre de santé dans le contexte d'un système de santé de district basé sur les soins de santé primaires, IMT Anvers, 1988.
- [6] OMS, « Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais ». Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
- [7] OMS, Urbanisation et santé, Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, 88: 241 – 320, 2010.
- [8] Abdoulaye Maïga et Philippe Bocquier. Dynamiques urbaines et santé des enfants en Afrique subsaharienne : perspectives théoriques. African Population Studies 30 (1) : 2213 – 2226, 2016
- [9] United Nations, Economic and Social Affairs, World Urbanization Prospects : The 2018 Revision.
- [10] G. Salem & F. Fournet, « Villes africaines et santé : repères et enjeux », Bull Soc Pathol Exot, 96(3): 145-148, 2003.
- [11] Ministère de la santé, Stratégie de renforcement du système de santé, Kinshasa : République Démocratique du Congo, 2006.
- [12] Ministère de la santé de la RDC, Plan national de développement sanitaire 2016 -2020, Vers la couverture sanitaire universelle, Ministère de la Santé de la RDC, Kinshasa, 2016.
- [13] Mukalenge Chenge, Jean Van der Vennet, Denis Porignon, Numbi Luboya, Ilunga Kabyla et Bart Criel, « La carte sanitaire de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo : Partie I : problématique de la couverture sanitaire en milieu urbain congolais », Global Health Promotion, 17(3): 63–74, 2010.
- [14] Mukalenge Chenge, Jean Van der Vennet, Denis Porignon Numbi Luboya, Ilunga Kabyla et Bart Criel, « La carte sanitaire de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo : Partie II : analyse des activités opérationnelles des structures de soins », Global Health Promotion, 17(3) : 75–84, 2010.
- [15] Division Provinciale de la Santé du Nord Kivu, Principaux indicateurs de la province au regard des cibles. Bulletin du Système d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique BUSISE spécial 2017, Août 2018 p xx ?
- [16] OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2014, Genève Organisation mondiale de la Santé, 2014.
- [17] Cadot E, Harang M, « Offre de soins et expansion urbaine, conséquences pour l'accès aux soins. L'exemple de Ouagadougou (Burkina Faso) », Espace Popul Soc, 2–3: 329–39, 2006
- [18] Harpham T, Molyneux C, "Urban health in developing countries: a review", Progress in Development Studies, 1: 113–37, 2001.
- [19] Harpham T, "Urban health in developing countries: what do we know and where do we go?", Health Place 15: 107-116, 2009
- [20] Bazie GW, Adimassie MT, "Modern health services utilization and associated factors in North East Ethiopia", PLoS ONE 12(9): e0185381, 2017.
- [21] Ibrahima Sy, Moussa Keita, Moustapha Ould Taleb, Baidy Lo, Marcel Tanner, Gue' ladio Cisse, "Recours aux soins et utilisation des services de santé à Nouakchott (Mauritanie): inégalités spatiales ou pesanteurs sociales ? », Cahiers Santé: 20 (1), janvier-février-mars 2010.
- [22] Wyss K, Sy I, Cisse G, Tanner M, « Urbanisation et santé à Rufisque (Sénégal). Enjeux et perspectives dans une ville de l'Afrique de l'Ouest », Bulletin von Medicus Mundi Schweiz (110), 2008.
- [23] Appropriate technology for birth, Lancet : 8452 (2): 436-7, 1985.
- [24] Organisation Mondiale de la Santé, Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne, Genève Organisation mondiale de la Santé, 2014.
- [25] Valette A. Une gestion stratégique à l'hôpital. Revue Française de Gestion. Juin-juillet-aout 1996 ; 109 : 92-99.
- [26] OMS & BID - Banque mondiale, Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle [Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report], Genève, Organisation mondiale de la Santé et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale, 2018.

- [27] Pepperall J, Garner P, Fox-Rushby J, Moji N, Harpham T, "Hospital or health centre? A comparison of the costs and quality of urban outpatient services in Maseru, Lesotho", *International Journal of Health Planning and Management*, 10(1):59-71, Jan-Mar 1995.
- [28] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) /Direction de l'accréditation et de l'évaluation, Manuel d'accréditation des établissements de santé, Deuxième procédure d'accréditation, Anaes, Septembre 2004.
- [29] Dominique Bertrand, *Accréditation et qualité des soins hospitaliers*, Adsp, 35, juin 2001
- [30] Lee Harvey, "The Power of Accreditation: Views of Academics", *Journal of Higher Education Policy and Management*, 26(2):207-223, July 2004.
- [31] Halgand N, « L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement ? », *Revue Française de Gestion*,; 29 (6/147) : 219-231, 2003 .
- [32] Cofrac, *Journée Mondiale de l'Accréditation, Santé et action sociale, des enjeux plus que jamais d'actualité*. Dossier de presse, 9 juin 2015.
- [33] Jeffrey Lane, Scott Barnhart, Samuel Luboga, John Arudo, David Urassa and Amy Hagopian, «The Emergence of Hospital Accreditation Programs in East Africa: Lessons from Uganda, Kenya and Tanzania », *Global Journal of medicine and public health*; 3 (2), 2014.