

Rôle de l'organisation des services dans la survenue des abandons des soins nutritionnels thérapeutiques à Kisangani, RDC

Tshomba Oloma A.¹, Alworonga Opara², Kayembe Tshilumba C³.

1. Faculté de médecine, Département de Santé publique, Université de Kisangani

2. Faculté de médecine, Département de Pédiatrie, Université de Kisangani

3. Faculté de médecine, Département de Médecine Interne, Université de Kisangani

Citez cet article : Tshomba Oloma A., Alworonga Opara, Kayembe Tshilumba C.; Rôle de l'organisation des services dans la survenue des abandons des soins nutritionnels thérapeutiques à Kisangani, RDC, KisMed Juillet 2016, Vol 7(1) : 259-264

RESUME

Introduction : Peu d'attention est accordée aux facteurs liés à l'organisation des services dans la survenue des abandons des soins nutritionnels à Kisangani.

Évaluer le rôle de l'organisation des services dans la survenue des abandons des soins nutritionnels à Kisangani est l'objectif de cette étude.

Matériel et méthodes : Une étude transversale était réalisée. Les abandons et adhérents ont été sélectionnés aléatoirement des registres d'hospitalisation des CNTs. À l'aide d'un questionnaire, ces familles ont été enquêtées.

Résultats : 135 sujets de 187 sélectionnés ont été enquêtés : 64(47,8%) abandons et 71(52,2%) adhérents. À l'analyse bi variée, les abandons étaient significativement liés: au niveau d'instruction de l'accompagnant ($p=0,033$), au temps d'attente de soins (≥ 1 Heure) ($p=0,009$), au sexe mixte de personnel soignant ($p<0,001$), à la globalité des soins administrés ($p=0,001$), à la continuité des soins ($p<0,001$), à la disponibilité de ressources ($p<0,001$), et au paiement des soins additionnels ($p=0,009$). Les attentes des soins de plus d'une heure, le personnel de sexe mixte et le paiement des soins additionnels favorisaient les abandons et les 4 autres facteurs les prévenaient.

À l'analyse multi variée, les facteurs suivants ont été retenus: le sexe mixte de personnel soignant, la globalité des soins administrés, la disponibilité de ressources et le paiement des soins additionnels.

Conclusion : les abandons des soins nutritionnels à Kisangani sont aussi déterminés par les facteurs variés liés à l'organisation des services. Les interventions axées sur la formation et la sensibilisation du personnel sur la gratuité et l'importance de la parité dans une organisation des soins sont nécessaires pour améliorer l'adhérence aux soins.

Mots clés: *malnutrition, abandon, soins nutritionnels, qualité de soins*

SAMMARY

Introduction: Little attention is paid to the service organizational factors in the abandon nutritional care occurrence in Kisangani

This study aim to evaluate the role of service organization in the abandon occurrence in nutritional care centre.

Methods: A cross-sectional study was designed. The abandons and adherents were randomly selected from the CNT's hospitalization registers. With a questionnaire, these families were interviewed.

Results: Overall 135 of 187 randomized were interviewed. Sixty four (47.8%) were abandons and 71 (52.2%) were adherents. In bivariate analysis, the nutritional care abandons were statistically associated to: Educational level of the accompanist of the child($p=0.033$), waiting time for the care(≥ 1 Hour) ($p=0.009$), mixture gender in care provider($p<0.001$), global/holistic care provided($p=0.001$), continuity in care($p<0,001$), resources availability($p<0.001$), and payment of the additional care($p=0.009$). The waiting time over than one hour, the mixture gender in provider and payment of the additional care increase the abandons of nutritional care and global/holistic care provided and the four other factors prevent them.

In multivariate analysis, the final model identifies only the following factors: mixture gender in care provider, global/holistic care provided, resources availability, and payment of the additional care as associated to abandon of nutritional care.

Conclusion: The abandons of the nutritional cares are also influenced by the care organizational factors. The interventions targeting providers training and their awareness on free fees services and gender importance are needed for improving the adherence with the care.

Key words: *malnutrition, abandon, nutritional care, quality of care*

INTRODUCTION

Depuis 2000, un des huit objectifs du millénaire pour le développement se focalise sur l'amélioration de la survie des enfants. Il s'agit de réduire de deux tiers la mortalité de ces derniers d'ici à l'année 2015(1). A part les rares exemples d'avancées notables, les progrès en soins de santé juvéno-infantiles sont encore insuffisants en Afrique Subsaharienne (1). Dans ce milieu, la sous-alimentation/malnutrition de l'enfant, l'un des déterminants importants de la mortalité et de la morbidité chez les enfants, n'est pas encore sous contrôle. Elle contribue à 2,2 millions de décès chaque année et est responsable du cinquième de la charge de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans d'âge (2).

Pour la prise en charge de la malnutrition, l'OMS recommande que les enfants sévèrement mal nourris soient alimentés intensivement dans une structure de soins. Cette phase dure d'habitude 3 à 4 semaines dans un hôpital ou un centre de réhabilitation thérapeutique. Durant cette prise en charge, les familles sont appelées à rester avec leurs enfants dans la structure des soins. Ceci est souvent difficile à accomplir et potentiellement désavantageux pour les autres membres de la famille (4). Le plus souvent, les familles interrompent et abandonnent les soins des enfants en cours de traitement. Localement, la Division Provinciale de la Santé de la province orientale rapporte en 2007, pour les CNT de district sanitaire urbain, une moyenne générale de 17,7% les familles qui abandonnent les soins nutritionnels. Ce taux s'élève à 32% pour le CNT de la Zone de santé de Mangobo, 23,1% pour celui de la zone de santé de Lubunga, 9,2% pour celui de la zone de santé de Kabondo et 6,1% pour celui de la zone de santé Makiso-Kisangani (Rapport SNIS 2007).

Des études dans d'autres contextes ont trouvé les explications de ces abandons à travers notamment les déterminants socio-économiques et culturels (6;7), les résultats aux traitements reçus par l'enfant (5), le manque de ressources (12;13), le coût de soins de santé (14;15) et la qualité de l'organisation des services (5-7). Ce dernier déterminant, la qualité d'organisation des services, est bien évident. Cependant, peu d'attention et de crédit lui sont accordés dans beaucoup de les structures de soins nutritionnels de notre contexte de Kisangani.

Ainsi, dans ce travail, nous avons comme objectif d'investiguer le rôle de l'organisation

des services de soins et les abandons des soins nutritionnels à Kisangani.

PATIENTS ET METHODES

Description de cadre de l'étude

L'étude a été réalisée dans deux Centres Nutritionnels Thérapeutiques (CNT) : le CNT de la 5^{ème} Communauté des Eglises Libres de Pentecôte en Afrique (CELPA) et celui de Bambou. Ces centres prennent en charge les cas de malnutrition sévère dans la ville de Kisangani. Le CNT de la 5^{ème} CELPA est situé à côté de l'Hôpital Général de Référence de Mangobo et celui de Bambou est situé au Foyer de promotion sociale de Kabondo respectivement dans la zone de santé de Mangobo et la zone de santé de Kabondo. Ces deux centres sont des structures conventionnées à caractère privé, sans but lucratif, appuyés respectivement par l'église protestante et la communauté des femmes musulmanes. Les enfants mal nourris proviennent soit directement de la communauté, soit après un transit par les centres nutritionnels de supplémentation(CNS) qui s'occupent de la prise en charge de malnutrition modérée. Ces CNT comme les CNS mettent en œuvre la stratégie nationale du programme national de nutrition(PRONANUT) pour la prise en charge des enfants souffrant de la malnutrition notamment, le marasme et kwashiorkor.

A côté des activités nutritionnelles qui sont les principales, ces centres prennent en charge également d'autres maladies non compliquées : le paludisme simple, les helminthiases, les infections bénignes des voies respiratoires, les carences en Fer ou vitamines et les anémies, la gale etc.

Type de l'étude

Nous avons réalisé une étude transversale à visé analytique investiguant les facteurs d'abandon des soins enregistrés dans les structures nutritionnelles thérapeutiques. Ces cas ont été sélectionnés dans la période allant de 1^{er} Juin 2005 au 31 Mai 2007.

Population d'étude

Nous avons relevé et inclus dans notre étude les cas d'abandon de soins survenus dans la période de 1^{er} Juin 2005 au 31 Mai 2007 et dont l'âge était inférieur ou égal à 18 ans. Il s'agit de cas de la malnutrition aiguë sévère enregistrés admis dans ces CNT pour traitement utilisant les critères d'admission basés ou sur le rapport poids-taille ou sur la présence des œdèmes bilatéraux de membres inférieurs. Ces CNT admettaient les enfants dont l'âge était supérieur ou égal 6 mois (ayant

une taille supérieure à 65 centimètres) avec un rapport poids-taille inférieur à 70% ou les enfants présentant les œdèmes bilatéraux ou encore les enfants avec un rapport poids-taille supérieur à 70% mais présentant les signes cliniques de complications (infectieuses, décompensation d'anémie...). Et pour les adolescents jusqu'à 18 ans, l'adolescent avec un rapport poids-taille inférieur à 70% ou une présence des œdèmes bilatéraux était admis.

Dans les registres, les cas d'abandon ont été sélectionnés de façon aléatoire. Pour chaque cas d'abandon, un cas adhérent au traitement qui le suivait immédiatement sur la liste du registre était sélectionné comme témoin.

Pour cette étude, nous avons considéré comme abandon tout enfant malade ayant commencé normalement ses soins nutritionnels mais qui s'est absenté ensuite du centre trois jours consécutifs au moins. Et comme cas adhérent, tout enfant ayant suivi normalement ses soins et sorti, déclaré guéri par les prestataires des soins selon les critères de sortie de l'OMS (3).

Echantillon requis pour l'étude

Si nous acceptons la probabilité maximale (50%) de l'exposition aux facteurs d'abandon chez les sujets ayant adhéré complètement au traitement dans ces deux CNTs, en nous fixant une précision de 7,5% et assumant 10% des absents ou refus de participation à notre enquête, il faudrait un échantillon minimum 187 sujets nécessaires pour réaliser cette étude.

Récolte des données

Les registres d'hospitalisation de chacune de ces structures sélectionnées ont été consultés. Les évolutions respectives de chaque enfant enregistré ont été notées. Pour la période allant de 1^{er} juin 2005 au 31 mai 2007, nous avons relevé les cas d'abandon, les témoins adhérents ainsi que leurs adresses respectives. Pour recueillir les données sur terrain, après consentement de la famille, nous nous sommes servis d'un questionnaire d'enquête explorant les causes éventuelles de l'abandon chez tous nos enquêtés. Dans ce questionnaire étaient mentionnées: les données personnelles de l'enfant, les données socio-économiques des parents/accompagnants, les informations sur l'organisation de ces deux structures et aussi la perception de la famille (vis-à-vis de la maladie de l'enfant et aussi de soins qu'il recevait).

Nous avons utilisé les critères de la qualité de soins pour évaluer la qualité d'organisation selon les principes de soins de santé primaire(8) : la continuité de soins, l'intégration des soins et la globalité des

soins ; en nous assumant que l'efficacité technique étant assurée.

La continuité soins : veut dire que les soins ne doivent pas se limiter au seul moment de la consultation médicale. Elle suppose une *synthèse dans le temps* à travers une continuité intra épisodique (jusqu'à la guérison) et inter épisodique (prise en compte des antécédents)

L'intégration des soins : se réfère à la *synthèse de plusieurs niveaux d'actions*. Elle signifie que les mêmes prestataires de soins sont responsables de proposer une offre individualisée de soins curatifs, promotionnels, préventifs et de réhabilitation adaptée aux besoins de chaque patient.

La globalité des soins (ou soins centrés sur le patient) : elle signifie équilibrer ou concilier les aspects biomédicaux des soins (efficacité technique) et les aspects psycho-socio-culturels du patient ; chaque patient étant un être complexe et unique issu d'un environnement psychosocial donné

Analyse statistique

Les données recueillies sur terrain ont été entrées et analysées à l'Epi info version 3.3 (CDC, Atlanta, Georgia). Les données ont été résumées sous forme de proportion pour les variables catégorielles et en médiane et intervalle interquartile pour celles quantitatives. Selon le cas, le test Chi carré de Pearson au seuil de signification statistique $p \leq 0,05$ et le test exact de Fisher ont été utilisés pour tester les différences observées entre les proportions dans les analyses classiques. Enfin, pour contrôler les confusions et étudier les possibles interactions entre les variables, la régression logistique multiple par élimination rétrograde a été réalisée. Le test de Chi carré pour comparer les modèles était utilisé au seuil de signification statistique $p < 0,05$.

RESULTATS

Au total 187 sujets avaient été sélectionnés des registres des activités de ces deux CNTs pour être enquêter.

Sur terrain, 59 sujets n'ont pas été retrouvés (soit dû au voyage, changement d'adresse, soit que l'adresse n'a pas été retrouvée). Nous n'avons pas obtenu le consentement de 6 familles des abandons. Donc 135 sujets ont constitué l'échantillon que nous avons étudié : 64 soit 47,4% [43,8%-61,2%] sont ceux qui ont abandonnés le traitement et 71 soit 52,6% [38,8%-56,2%], ceux qui ont adhérer au traitement. L'âge médian était de 30 ans avec un intervalle interquartile rangé de 25 à 40,5

Tableau I : Répartition des facteurs sociodémographiques, organisationnels chez les participants et leur association à la survenue de l'abandon des soins nutritionnels par la famille, N=135

| Facteurs | Abandons | Adhérents | OR brut (IC 95%) | Valeur p |
|---------------------------------------------------|------------|------------|------------------|----------|
| | n (%) | n (%) | | |
| | n=64(47,4) | n=71(52,6) | | |
| Age de l'accompagnant, ans | | | | |
| 15-25 | 19(29,7) | 26(36,6) | 1 | |
| 26-35 | 23(35,9) | 29(40,8) | 1,08(0,48-2,46) | 0,35 |
| 36-45 | 13(20,3) | 7(9,9) | 2,54(0,85-7,57) | |
| 46 et plus | 9(14,1) | 9(12,7) | 1,37(0,45-4,09) | |
| Sexe de l'accompagnant (féminin) | 56(87,5) | 67(94,4) | 2,39(0,68-8,36) | 0,16 |
| Niveau d'instruction de l'accompagnant (instruit) | 20(31,3) | 35(49,3) | 0,46(0,23-0,94) | 0,033 |
| Occupation de l'accompagnant (occupé) | 24(37,5) | 35(49,3) | 0,61(0,31-1,22) | 0,16 |
| Type de lien avec l'accompagnant (famille) | 54(84,4) | 52(73,2) | 0,5(0,21-1,19) | 0,11 |
| Distance Maison Centre (>3 Km) | 21(32,8) | 20(28,2) | 1,24(0,59-2,59) | 0,55 |
| Temps de marche pour le centre (≥1Heure) | 29(45,3) | 22(31,0) | 1,84(0,91-3,73) | 0,08 |
| Temps d'attente de soins (≥ 1 Heure) | 31(48,4) | 19(26,8) | 2,57(1,25-5,27) | 0,009 |
| Sexe de personnel soignant (mixte) | 58(90,6) | 43(60,6) | 6,29(2,39-16,54) | <0,001 |
| Qualité d'accueil (Bonne) | 53(82,8) | 65(91,5) | 2,24(0,78-6,48) | 0,12 |
| Qualification de personnel de PEC (médical) | 63(98,4) | 70(98,6) | 0,9(0,05-14,69) | 0,94 |
| Globalité des soins (oui) | 38(59,4) | 60(84,5) | 0,26(0,12-0,60) | 0,001 |
| Continuité des soins (oui) | 2(3,1) | 17(23,9) | 0,1(0,02-0,46) | <0,001 |
| Soins intégrés dispensés (oui) | 20(31,3) | 18(25,4) | 1,33(0,63-2,84) | 0,44 |
| Disponibilité de ressources/lait (oui) | 19(29,7) | 52(73,2) | 0,15(0,07-0,32) | <0,001 |
| Paiement des soins additionnels (oui) | 8(12,5) | 1(1,4) | 10(1,21-82,34) | 0,009 |

Tableau II : Modèle d'ajustement logistique final sur les différents facteurs de risques à l'abandon de soins nutritionnels N=135

| Termes | OR ajusté | IC à 95% | Valeur p |
|------------------------------------------|-----------|-------------|----------|
| Sexe des soignants (mixte) | 3,6 | 1,14-11,35 | 0,03 |
| Globalité des soins (oui) | 0,35 | 0,14-0,87 | 0,0238 |
| Disponibilité des ressources /lait (oui) | 0,22 | 0,09-0,51 | 0,0004 |
| Paiement des soins additionnels (oui) | 10,18 | 0,97-106,75 | 0,052 |

ans pour les accompagnants des abandons et de 27 ans avec un intervalle interquartile rangé de 23 à 35 ans pour ceux des adhérents.

La majorité de ces accompagnants était dans la tranche d'âge de 15-35 ans, tant parmi les accompagnants des abandons (65,6% des cas) que parmi les accompagnants des adhérents (77,4% des cas). Et la plupart de ces accompagnants étaient membre de leur famille propre (84,4% pour les abandons et 73,2% pour ceux des adhérents) (Tableau1).

Les résultats de l'analyse bi variée explorant l'association entre la survenue de l'abandon et les facteurs sociodémographiques et organisationnels sont présentés au tableau 1 (Tableau 1). Il dégage donc que les abandons étaient fréquemment observés dans les familles ayant attendu plus d'une heure les soins (48,4% vs 26,8% chez les adhérents), celles qui étaient suivies par un personnel de soins de sexe mixte (90,6% vs 60,6% chez les adhérents) et celles qui ont eu à payer les soins additionnels sous forme de sous table (12,5% vs 1,4% chez les adhérents). Et aussi, les

abandons étaient moins observés chez les enfants dont l'accompagnant était instruit (31,3% vs 49,3% chez les adhérents), chez les enfants ayant bénéficié de soins globaux (59,4% vs 84,5% chez les adhérents) et continus (3,1% vs 23,9% chez les adhérents) et en présence de ressources matérielles de prise en charge (29,7% vs 73,2% chez les adhérents).

A l'analyse logistique, après ajustement simultané sur tous les facteurs ayant montré leur association dans l'analyse bi variée, il ressort de modèle final que la survenue de l'abandon est associée au sexe des soignants (mixte) (ORaj=3,6[1,14-11,35]), à la globalité des soins (ORaj=0,35[0,14-0,87]), à la disponibilité de ressources matérielles de prise en charge (ORaj=0,22[0,09-0,51]), et au paiement de soins additionnels (ORaj=10,18[0,97-106,75]) (Tableau 2).

DISCUSSION

Cette étude a montré que les abandons des soins dans les centres nutritionnels thérapeutiques à Kisangani sont déterminés

par une série de facteurs organisationnels dont le sexe mixte de personnel de soins, la globalité des soins administrés aux patients, la disponibilité des ressources notamment matérielles de prise en charge ainsi que le paiement de soins sous forme de sous table par la famille de malades. Le sexe mixte de soignants et le paiement des soins additionnels favorisent la survenue de l'abandon des soins nutritionnels. Par contre, la globalité des soins et la disponibilité des ressources telles que le lait thérapeutique et les semoules préviennent cette survenue. Ces résultats montrent l'importance de la qualité des soins comme définie par l'OMS selon les soins de santé primaire (8). Des soins de qualité sont caractérisés par leur efficacité technique/biomédicale, leur continuité, leur intégration et leur globalité. Et ces soins devront être administrés dans des structures adaptées, polyvalentes, permanentes, décentralisées et accessibles.

Dans cette étude cependant, un élément de cette définition, la globalité des soins, était retenu dans le modèle final après l'analyse multi variée. Contrairement à certaines études (9-11), la continuité et l'intégration des soins n'ont pas été retenues dans notre modèle. Ceci serait probablement expliqué d'une part par les absents enregistrés lors de notre enquête sur terrain. Ce qui pourrait diminuer la précision de l'étude. Et d'autre part par la différence dans nos méthodologies respectives. Dans le contexte qui est le nôtre, la globalité des soins est un déterminant non négligeable dans le sens qu'elle suggère des soins personnalisés centrés sur le patient en tenant compte de son environnement psychosocial et culturel. Elle suggère aussi faire participer le patient dans l'appréciation de son problème de santé et dans la prise de décision de son traitement.

Comme dans notre étude, beaucoup d'autres ont démontré le rôle de la disponibilité des ressources (humaines et matérielles)(12;13) et la barrière financière(14;15) comme source de l'inégalité dans l'utilisation des services de soins de santé. Le coût élevé du traitement augmente la barrière financière et réduit l'utilisation des services des soins pour les plus pauvres bien que cela améliore la qualité des soins (14;15). Conscients du fait, les CNTs garantissent la gratuité des soins nutritionnels dans notre pays pour réduire cette barrière. Le paiement de certains soins sous forme de sous table par certaines familles réduirait l'utilisation de service et entraînerait même les abandons en cours de traitement. De la même

façon, l'absence des ressources réduit souvent la qualité de soins à donner aux malades et, une fois cela est ressenti ou perçu par la famille, elle pourrait être la source d'abandon des soins. A ce sujet, des nombreuses études ont rapporté des inégalités dans la répartition des ressources, le plus souvent, au détriment des structures des pauvres (12; 13; 16)

A coté de ces inégalités, les ruptures des stocks dans les structures des soins pourraient simplement traduire des insuffisances managériales à divers niveaux ; de la planification à la gestion des stocks.

A l'ère de la parité, la prise en charge de la malnutrition dans les CNTs par un personnel de sexe mixte, identifié ici comme favorisant l'abandon des soins, nous paraît tout de même surprenant. Pour la santé des enfants, les études ont montré que la prise en compte ou mieux la participation de la femme dans la prise en charge de leurs enfants est un déterminant de l'observance aux soins (17). L'analyse détaillée de ces mêmes données l'avait montré. Pris séparément, les familles ayant été suivies par le personnel de sexe féminin adhéraient plus au traitement (22,5% des adhérents [vs 1,6% des abandons] étaient suivis par les femmes) que celles suivies par le personnel masculin.

Le résultat contradictoire de cette étude à ce sujet pourrait nous faire penser à un malentendu ou une mauvaise adoption du concept « parité » par le personnel de soins de deux sexes. Une crise de leadership pourrait probablement voir le jour devant une telle situation ; préjudiciant ainsi l'ensemble de l'organisation et aussi l'adhérence aux soins par les familles.

Enfin, contrairement à notre modèle, à côté des facteurs socioéconomiques et culturels qui n'ont pas été question dans cette enquête, beaucoup d'études avaient trouvé des associations significatives en rapport avec d'autres facteurs d'organisation. On peut citer : la continuité des soins, l'intégration des soins, la courtoise, le temps d'attente des soins, la distance, la qualification du personnel et autres (16; 18). Cette divergence serait probablement due au fait que la plupart de ces études se sont arrêtées à la seule analyse classique sans contrôler les confusions entre les facteurs par des analyses multi variées. Aussi la taille petite d'échantillon de cette étude. Les absents auraient réduit sensiblement la précision de nos résultats.

CONCLUSION

Les abandons des soins dans les centres nutritionnels thérapeutiques de Kisangani sont une menace pour la santé des enfants. Ils sont favorisés par le paiement des soins additionnels sous forme de sous table et la dispensation des soins par un personnel de sexe mixte. Par contre, la disponibilité des ressources et la globalité des soins les préviennent.

Etant donné que ces abandons aggravent les inégalités dans la santé des enfants, envisager des interventions pour les réduire serait d'une importance en santé publique. Ces interventions devront s'orienter vers la formation des soignants sur la pratique de soins centrés sur le patient prônée par la stratégie de soins de santé primaire, sur la gestion de stocks, et vers la sensibilisation du personnel sur la gratuité des soins dans les CNTs et sur l'approche genre (le concept parité et son importance).

DECLARATION DES AUTEURS

Pas de conflits d'intérêts

REMERCIEMENTS

Nous remercions les étudiants finalistes de la 1^{ère} promotion de nutrition humaine et ceux des sciences biomédicales de la Faculté de médecine pour leur participation dans la collecte des données.

REFERENCES

1. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2005. New York; Disponible sur: <http://www.un.org/docs/summit2005/MDGBook.pdf>. 2005.
2. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet* 2008;371(9608):243-60.
3. WHO. Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers. Geneva: World Health Organization: 1999.
4. Collins S. Changing the way we address severe malnutrition during famine. *Lancet* 2001;358:498-501.
5. Kessler L, Daley H, Malenga G, Graham SM. The impact of the human immunodeficiency virus type 1 on the management of severe malnutrition in Malawi. *Ann Trop Paediatr* 2000;20:50-6.
6. Jackson AA, Ashworth A, Khanum S. Improving child survival: Malnutrition Task Force and the paediatrician's responsibility. *Arch Dis Child* 2006;91:706-10.
7. Wagstaff A, Bustreo F, Bryce J, Claeson M, the WHO-World Bank Child Health and Poverty Working Group. *Child Health: Reaching the Poor*. *Am J Public Health* 2004;94:726-36.
8. Organisation mondiale de la Santé. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma Ata. *Chronique OMS* 1978;32:409-30.
9. Amorim DG, Adam T, Amaral JJ, Gouws E, Bryce J, Victora CG. Integrated Management of Childhood Illness: efficiency of primary health in Northeast Brazil. *Rev. Saude Publica* 2008;42(2):183-90.
10. Armstrong SJ, Bryce J, de Savigny D, Lambrechts T, Mbuya C, Mgalula L et al. The effect of Integrated Management of Childhood Illness on observed quality of care of under-fives in rural Tanzania. *Health Policy Plan.* 2004;19(1):1-10.
11. Bryce J, Gouws E, Adam T, Black RE, Schellenberg JA, Manzi F et al. Improving quality and efficiency of facility-based child health care through Integrated Management of Childhood Illness in Tanzania. *Health Policy Plan.* 2005;20 Suppl 1:i69-i76.
12. Thomas D, Lavy V, Strauss D. Public policy and anthropometric outcomes in the Cote d'Ivoire. *J Public Econ* 1996;61:155-92.
13. Guilkey DK, Riphahn RT. The determinants of child mortality in the Philippines: estimation of a structural model. *J Dev Econ* 1998;56(2):281-305.
14. Gilson L. The lessons user fee experience in Africa. *Health Policy Plann* 1997;12:273-85.
15. Alderman H, Lavy V. *Household responses to public health services: cost and quality tradeoffs*. *World Bank Res Observer* 1996;11:3-22.
16. Narayan D, Patel R, Schafft K, Rademacher, and Koch-Schulte S. *Voices of the Poor: Can Anyone Hear Us ?* New York, NY: Oxford University Press . 2000.
17. Wolfe BL, Behrman JR. Women's schooling and children's health. Are the effects robust with adult sibling control for the women's childhood background? *J. Health Econ.* 1987;6(3):239-54.
18. Haddad S, Fournier P. Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaire. *Soc Sci Med* 1995;40(6):743-53.

Citez cet article : Tshomba Oloma A., Alworonga Opara, Kayembe Tshilumba C.; Rôle de l'organisation des services dans la survenue des abandons des soins nutritionnels thérapeutiques à Kisangani, RDC, *KisMed* Juillet 2016, Vol 7(1) : 259-264