**Les districts sanitaires : un outil pour le renforcement**

**des systèmes de santé locaux**

**Expériences en situation de crise en Afrique centrale**

Travail présenté par Denis Porignon pour l'obtention du titre de   
Lauréat de l'Académie Royale des Sciences d'Outremer

Février 2006

**Table des matières**

[Résumé 3](#_Toc128807472)

[Summary 4](#_Toc128807473)

[Samenvatting 5](#_Toc128807474)

[1. Introduction 6](#_Toc128807475)

[2. Matériels et méthodes 9](#_Toc128807476)

[2.1 Approche des concepts méthodologiques 9](#_Toc128807477)

[2. 2 La notion de district sanitaire 12](#_Toc128807478)

[2.3 Le contexte de l'Afrique centrale 16](#_Toc128807479)

[3 Résultats 18](#_Toc128807480)

[3.1 Performances du district sanitaire de Rutshuru 18](#_Toc128807481)

[3.2 Performances des zones de santé et rémunération en République démocratique du Congo 36](#_Toc128807482)

[3.3 Performance du système de santé au Rwanda (1996-2001) 44](#_Toc128807483)

[3.4 Les défis des professionnels de santé dans leur participation aux processus de paix 57](#_Toc128807484)

[4. Discussion finale 75](#_Toc128807499)

**Bibliographie**

# Résumé

**Objectif**

Le présent travail vise à argumenter la pertinence des systèmes de santé de district pour la mise en place de services de santé locaux permettant la prise en charge des principaux problèmes de santé dans un contexte de crise.

**Matériel et méthodes**

En Afrique centrale, plusieurs faisceaux d'arguments convergents ont été développés à travers des études sur la performance de districts sanitaires dans trois contextes différents : (1) le suivi sur 17 ans des performances d'un district sanitaire de l'Est de la République démocratique du Congo (1985-2001), (2) l'analyse des performances dans 46 districts de santé dans la partie ouest de la République démocratique du Congo (2003-2004) et (3) l'analyse des performances des districts sanitaires comme pierre angulaire de la réforme sanitaire au Rwanda après la guerre et le génocide (1995-2001).

**Résultats**

Dans ces trois contextes, il est apparu que les districts de santé lorsqu'ils disposent d'un minimum de ressources en termes humains et financiers, sont capables de développer assez rapidement des niveaux de performances pour les activités de base et de référence (curatives, préventives, générales ou spécialisées) . Ces derniers sont comparables à ceux que l'on trouve dans la littérature internationale pour des pays de niveau analogue.

En outre, les principes d'organisation des districts, notamment à travers les organes de participation, permettent d'envisager le rôle potentiel que les professionnels de santé peuvent jouer dans l'élaboration des processus de paix.

**Discussion**

Les différentes causes et facteurs expliquant ces observations positives sont analysés. Parmi ceux-ci, la volonté politique et la capacité humaine apparaissent comme essentielles.

En conclusion, nous avons pu étayer l'hypothèse de départ et confirmer le rôle potentiel majeur que peuvent jouer les districts de santé dans le paysage actuel de la santé publique internationale, y compris en situation critique.

# Summary

**Objective**

The objective of this paper is to argue in favour of district health systems as a relevant instrument for local health services with a view to addressing main health problems in complex crisis situation.

**Material & methods**

In Central Africa, several sets of arguments were established through the study of health district performance in three different contexts: (1) a 17 year follow up of curative and preventive activities in one health district in Eastern DR Congo (1985-2001), (2) performance analysis of 46 health districts in 5 Provinces in DR Congo (2003-2004) and (3) workability of health district as a policy corner stone to rebuilding the Rwandan health system after war and genocide (1995-2001).

**Main Findings**

In these three settings, health district systems, when benefiting from minimal human and financial support, reveal to be able to develop relevant actions quite rapidly and to accomplish significant results in terms of basic as well as more specialized curative and preventive activities. These achievements were measured up to those related to similar countries gathered from international literature.

Moreover, participation boards and bodies allowed to define potential roles for health professionals in peace structuring process.

**Discussion**

Different determinants or explaining factors for these positive observations were analyzed. Among them, political will and human capacity appeared to be essential.

In conclusion, we brought up arguments in favour of our initial hypothesis which confirms the potential major role that health district systems could play in the current changing international public health frame, including crisis situations.

# Samenvatting

**Objectief**

**Materiaal & methods**

**Main Findings**

**Discussie**

# 1. Introduction

Dans un passé récent, de nombreuses régions du monde ont été ou sont encore affectées par des troubles divers. Les rapports annuels de l’International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2001) en reprennent une synthèse régulière. Depuis le début de la décennie, le nombre de désastres ne cesse d’augmenter et avec eux le nombre de personnes affectées qui a atteint 256 millions en 2000 (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2001). Une dizaine de foyers (Colombie, Pays basque, Tchétchénie, Proche-Orient, Côte d’Ivoire, Soudan, Congo, Cachemire, Népal, Sri Lanka, Philippines,…) sont encore largement actifs affectant des dizaines de millions de personnes.

En Afrique le nombre de personnes affectées officiellement recensées est de quelque 13 millions (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2001). Ce chiffre est largement sous-estimé car, rien que pour la République démocratique du Congo, on peut considérer sans risque de se tromper que l’ensemble de la population a été affectée par les événements tragiques des dernières années. Le nombre minimal devrait donc être de plus de 50 à 60 millions de personnes. Un document de travail récent du « The Carter Centre » révèle qu’entre 1980 et 1997, 18 pays d’Afrique sub-saharienne ont connu des conflits violents ayant duré de 2 à 17 ans (moyenne : 10 ans) et ayant entraîné de 1000 à plus d’un million de morts (Davis & Kuritsky, 2001).

Les fonds collectés auprès des 22 pays membres du Comité d’assistance au développement de l’OCDE (Organisation pour la coopération et le développement économique) pour gérer les catastrophes dans le monde ainsi que leurs victimes s’élevaient en 1999 à 4,5 milliards de dollars (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2001). Au delà des enjeux humains, les conséquences financières sont donc très importantes.

L'Afrique centrale n’a pas échappé à cette règle. La République démocratique du Congo, l’Ouganda, le Rwanda et le Burundi ont été et sont encore le théâtre d’événements sanglants et dramatiques. De nombreux ouvrages font référence à la situation catastrophique à laquelle la population fait face depuis 10 ans (voir par exemple : Adedeji, 1999).

Le Rwanda a connu un génocide sévère entre avril et juillet 1994. Ce dernier a été suivi d’un exode massif des populations d’origine hutu en juillet 1994. Ces deux événements ont fait plus d’un million de morts (voir entre autres Guichaoua, 1995 ; Prunier, 1995 ; Gasana *et al*, 1999).

Ces différents événements ont soumis les populations autochtones à des conditions de (sur)vie extrêmement pénibles d’un point de vue économique et social. La santé de ces populations en particulier s’est considérablement détériorée. Que ce soit des contrecoups immédiats des faits de guerre, de maladie ou tout simplement du manque de ressources pour affronter la suite interminable d'incidents tragiques qu’elles ont eu à subir, les populations de la région des Grands Lacs africains ont probablement été parmi celles, sur la planète, à vivre une fin de XXème siècle particulièrement pénible.

Au niveau international la problématique des ressources humaines en santé devient de plus en plus cruciale (Rowe *et al*, 2005). Il est un aspect, important à nos yeux dans sa contribution à l’altération des conditions sanitaires de ces populations, c’est la destruction des infrastructures sanitaires lié à l'appauvrissement, l'insécurisation voire les violences physiques et psychiques parfois extrêmes dont les professionnels de santé ont été victimes. Ces derniers sont donc non seulement souvent confrontés directement aux conséquences des combats, déplacements ou épidémies en tant que personnels soignant mais également en tant que personnes membres de la communauté.

Dans ce contexte global brièvement décrit ci-dessus, il nous a dès lors paru intéressant de nous interroger (1) sur la capacité qu’ont ces structures et professionnels de santé à jouer un rôle positif dans la prise en charge des problèmes qui se posent aux populations en situation de crise, (2) sur les potentialités qui existent pour l'utilisation des districts de santé pour reconstruire un système de santé en situation post-critique et (3) sur l’implication des professionnels de santé comme participants actifs à la résolution des problèmes énormes qui se posent aussi en termes de reconstruction et de restauration de la paix. Ce sont les trois axes argumentaires qui seront développés tout au long du présent travail.

En d'autres termes, il nous a paru important d’une part d’analyser la capacité des politiques de santé mises en place de pouvoir apporter des solutions durables aux problèmes de santé que rencontraient les populations de cette région du monde et d’autre part, de manière plus globale et à l’instar de l’humanisme civique émergent à l’époque de la Renaissance italienne (Spitz, 1996), de voir comment la création d’un « ordre » relevant de la politique (en l’occurrence sanitaire) pouvait permettre à l’homme de maîtriser les effets d’une instabilité profonde et continue sans en accepter le caractère inéluctable.

La proposition du présent travail est la suivante :

Le district de santé appuyé peut constituer une approche pertinente pour la mise en place d’un système de santé relativement équitable permettant la résolution des problèmes de santé d’une population vivant en situation critique et dans un état de pauvreté extrême.

Ainsi formulée, la proposition doit déboucher sur la mise en évidence des conditions qui auront été identifiées et qui permettront d’envisager une applicabilité des recommandations dans d’autres circonstances. Ces conditions seront dégagées au long des différents chapitres et feront l’objet d’une synthèse en fin de travail.

Comme mentionné ci-dessus, cette proposition peut néanmoins d’emblée être argumentée d’une part en analysant le devenir d’un ou plusieurs districts de santé pendant qu’il(s) est(sont) soumis à un environnement critique[[1]](#footnote-1). Deux sites d'études ont été retenus pour cela en République démocratique du Congo : le district de santé de Rutshuru, Province du Nord Kivu et 46 districts de santé dans 5 autres provinces. D’autre part en examinant si la mise en oeuvre d’une politique sanitaire basée sur les soins de santé primaires dispensés au sein d’un réseau de 40 districts de santé nouvellement mis en place (Rwanda) peut amener à développer un système de santé cohérent accessible et relativement équitable dans une période de reconstruction après un événement catastrophique. La dernière partie analyse sur base des expériences ci-dessus la contribution particulière des professionnels et du système de santé dans l'élaboration de processus de paix dans la région des Grands Lacs africains.

# Matériels et méthodes

## Approche des concepts méthodologiques

L’analyse du fonctionnement des systèmes de santé a fait l’objet de nombreuses recherches. Celles-ci ont surtout porté sur les résultats obtenus par tels ou tels politique, programme, stratégie en termes de lutte contre certains problèmes de santé (voir par exemple : Jamison *et al,* 1993 ; Rojas Ochoa & Lopez Pardo 1997 ; Schiffman *et al*, 2002) ou sur des aspects particuliers, notamment économiques (voir par exemple : Ensor *et al*, 2002). La recherche sur les systèmes de santé et leur fonctionnement est devenue depuis quelques années un sujet spécifique de recherche dont les aspects méthodologiques sont présentés ailleurs (Grodos & Mercenier, 2000 ; Dujardin & Greindl, 2002). Par exemple, la Banque mondiale a publié en 1993, un rapport annuel analysant pour la première fois le financement et, dans une moindre mesure, les performances des services de santé dans le monde (World Bank, 1993). Plus récemment, dans un de ses rapports annuels, l’OMS a présenté une analyse exhaustive par pays du fonctionnement et des performances des systèmes de santé nationaux (OMS, 2000).

Comme dans les pays industrialisés soumis de plus en plus à des contraintes économiques (Saltman & Figueras, 1998 ; Anderson *et al*, 2000), dans les pays en voie de développement, les nombreux courants qui se sont enchaînés au cours des vingt dernières années ont abouti à des réformes successives guidées elles aussi par un souci de rationalisation et d’amélioration de l’efficacité des services de santé.

Dans les contextes difficiles tels que ceux rencontrés dans les pays en développement, qui plus est soumis à des troubles plus ou moins graves, il apparaît que les données exhaustives de natalité, de morbidité et de mortalité sont très souvent lacunaires voire complètement absentes en dehors de certaines enquêtes spécifiquement destinées à cela (voir par exemple les Enquêtes Démographie et Santé réalisées par Macro, Inc). Il est donc difficile de suivre les progrès sanitaires en termes d’impact (outcome) et surtout de les mettre en relation avec telle ou telle mesure prise par des responsables nationaux ou internationaux. La plupart du temps, des mesures indirectes sont utilisées sous la forme d’indicateurs de prestations de services.

Le principal dessein de la démarche scientifique est de créer de la connaissance sur un aspect particulier du monde qui nous entoure (Kaplan *in* Shi, 1997). La recherche peut également servir à fournir une information permettant la prise de décision.

Fulop *et al* (2001) opposent aux extrémités d’un continuum l’objectivité ou positivisme et la subjectivité ou interactionisme. Les premiers sont caractérisés par l’affirmation que les faits sont sans aucun doute présents :*« facts are definitely out there »* (Fulop et al, 2001). Pour les seconds, l’interprétation de ce qui est observé est recherchée sans que les vérités et les faits seuls soient réellement présents mais dépendent des points de vue des différents acteurs. Ils opposent également l’approche déductive au cours de laquelle, sur base d’une théorie, le chercheur tente de « falsifier » une hypothèse et l’approche inductive où, au contraire, on essaye d’échafauder une théorie à partir de faits issus de la recherche.

Ces deux approches sont plus qu’une simple dichotomie analytique. En effet, elles ont des conséquences importantes sur le type de recherche entreprise, sur la finalité en termes de processus ou d’impact, sur la généralisabilité, fiabilité et validité et sur le type de méthodes utilisées.

Or, dans le domaine de l’organisation des services de santé, la démarche déductive est quasi utopique. En effet, il est très peu probable d’arriver à contrôler, y compris pour des raisons éthiques, les différents facteurs qui peuvent jouer sur les variables étudiées rendant ainsi hasardeuses les conclusions tirées.

Il n’en demeure pas moins vrai qu’il est souvent très difficile dans le domaine de l’organisation des services de santé d’établir des liens de causalité. Ceci pourrait être dû à la pauvreté des théories existantes. Cela est également dû au fait que les différentes causes identifiées ne peuvent souvent être contrôlées avec toute la rigueur requise. L’environnement joue donc un rôle essentiel. Enfin, dans le domaine de l’organisation des services de santé, la nécessité de développer des théories est souvent reconnue comme étant moins grande que celle de trouver des solutions pratiques aux problèmes qui se posent concrètement (Shy, 1997). Les chercheurs ou les managers seraient donc moins enclins à développer une méthodologie expérimentale stricte. Comme nous l’avons vu plus haut, ces assertions sont discutables tant sur la nécessité du développement d’une conceptualisation théorique que sur la rigueur à mener des études de cas ou d’observation.

De nombreux auteurs ont récemment attiré l’attention de la communauté scientifique sur la nécessité de poursuivre les efforts d’analyse même si les résultats et conclusions aboutissent à des assertions moins franches que, par exemple, dans une étude expérimentale bien conduite (Janovski & Cassels, 1996; Smith & Morrow, 1996 ; MacPake & Kutzin, 1997; Muir Gray, 1997 ; Shi, 1997 ; Black *et al*, 1998 ; Fulop *et al*, 2001). Cet aspect a, en outre, été récemment reconnu comme un principe clé pour l’essor de la littérature scientifique dans les pays en voie de développement (Horton, 2000).

La méthodologie qui sera utilisée dans le cadre de ce travail sera donc proche de celle utilisée en recherche qualitative. En particulier, la notion de théorie fondée (grounded theory) est ici justifiée car basée sur une observation de l’expérience de terrain ainsi que la proposition d’explications basées sur celle-ci. Les explications peuvent devenir alors la théorie qui est donc générée par l’observation (Shy, 1997 ; Rice & Ezzy, 1999). La théorie fondée est construite à partir d’observations et d’aperçus basés sur des recherches empiriques concrètes (Rice & Ezzy, 1999).

Le présent travail veut répondre en partie à la préoccupation suivante : peut-on, sur base d’une observation de faits, dégager une théorie suffisamment solide pour qu’on puisse la mettre en œuvre dans des contextes différents ?

La méthodologie utilisée repose également sur certains aspects de **l’analyse par les « acteurs »** [stakeholder analysis] (Brugha & Varvasovszky, 2000 ; Varvasovszky & Brugha, 2000). Le caractère participatif de la mise en place des zones de santé en République démocratique du Congo et des districts de santé au Rwanda a permis une contribution non négligeable des différents groupes concernés : la population, les représentants administratifs, politiques, charismatiques, les professionnels de santé, les bailleurs de fonds, les agences ou organismes d’exécutions (ONG, coopérations bilatérales, agences multilatérales,…),… La participation de ces personnes aux décisions qui ont été prises au niveau politique mais surtout au niveau local à travers les différents comités mis en place a considérablement influencé la mise en œuvre et le fonctionnement des districts de santé ainsi que les résultats obtenus en matière sanitaire à travers eux.

Le **système d’information sanitaire** est au cœur des observations réalisées dans le cadre du présent travail. Son importance est reconnue comme essentielle dans le processus de gestion et de prise de décisions (Abdelhak *et al*, 1996 ; Smith, 2000). Il devient également source de données pour la recherche en système de santé (Porignon & Greindl, 2002). Les indicateurs de santé sont des « variables sélectionnées, autorisant la synthèse ou la représentation des statistiques sanitaires ou servant de mesures approximatives pour certaines informations » (Montoya-Aguilar, 1994). Un indicateur de santé est une mesure qui reflète directement ou indirectement l’occurrence d’un phénomène lié à la santé, certains aspects de ce phénomène ou encore un processus qui peut influencer la survenue de ce phénomène (Pencheon *et al*, 2001). Les indicateurs sont des variables qui permettent de mesurer des changements ou des non-changements (Porignon & Greindl, 2002).

L’utilité des **indicateurs** a été relevée par différents auteurs. A titre d’exemple récent, Turnock & Handler (1997) l’ont soulevée dans un contexte de pays développé. Lippeveld *et al* (2000) l’ont fait récemment également pour les pays développés mais aussi pour les pays en développement. Dans le présent travail, les indicateurs auxquels il sera fait référence seront essentiellement liés aux ressources, processus et résultats plutôt qu’à l’impact final sur les bénéficiaires. L’information utilisée proviendra essentiellement de données de routine (Van Lerberghe *et al*, 1987 ;Anaes, 2002 ; pour une discussion plus globale sur la pertinence des données de routine voir Lippeveld *et al*, 2000).

Les indicateurs d’impact, comme les différents taux de mortalité par exemple, ne sont pas utilisés dans le présent travail car ils ne sont pas ou peu disponibles faute de moyens fiables de collecte de l’information nécessaire à leur calcul. En outre, leur nature permet mal d’apprécier les aspects qualitatifs qui sont certainement aussi importants dans la prise en charge de populations soumises à des stress énormes et dont le remède partiel peut consister en la simple disponibilité de services de santé destinés à soulager leurs problèmes sanitaires sans que, pour autant, cela se traduise nécessairement par des décès évités. Enfin, le suivi des indicateurs d’impact serait inapproprié dans pareil contexte car largement influencé par les décès liés aux faits de guerre et d’insécurité.

Enfin, de manière plus générale, étant donné que la présentation générale de ce travail repose sur un assemblage d’articles, le souci d’équilibre entre les différentes parties aboutit à un développement parfois succinct de certains aspects (relations urgence-développement ou certains concepts méthodologiques). Ceci est largement compensé par les renvois fréquents à une bibliographie à laquelle le lecteur pourra facilement se référer.

## 2. 2 La notion de district sanitaire

Nous ne reviendrons pas sur les aspects théoriques et historiques de la mise en place des districts de santé en Afrique sub-saharienne. Des livres de références (voir notamment WHO, 1988), de nombreux articles et thèses plus ou moins récentes existent et reprennent ces éléments en détail. Les travaux de K.A. Pangu (1991), B. Dujardin (1994) ainsi que les thèses de Jean-Pierre Unger (Unger, 1992) et, plus récemment, de Daniel Grodos, (Grodos, 2000) sont particulièrement instructifs à cet effet.

Néanmoins, un rappel succinct de la politique de santé appliquée dès 1984 en République démocratique du Congo permettra d’introduire les éléments constitutifs essentiels (Ministère de la Santé, 1999). Le système de santé de district tel qu’il fonctionne en République démocratique du Congo peut être schématisé de la manière décrite dans la Figure 1, page 41 (d’après Unger & Criel, 1995).

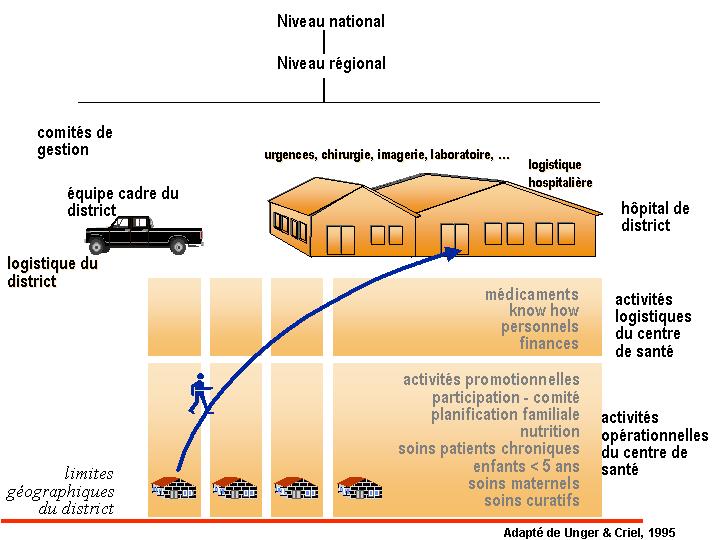
Sans vouloir être exhaustif, il nous semble néanmoins important de reprendre brièvement la description des éléments constitutifs essentiels du DS tel que conçu en République démocratique du Congo.

**Définition** (WHO, 1988)

« Un système de santé de district basé sur les soins de santé primaires est un segment plus ou moins bien défini du système de santé national. Il comprend avant tout une population définie vivant dans une aire géographique urbaine ou rurale clairement délimitée. Il inclut toute institution ou individu prestant des soins de santé dans le district qu’il soit gouvernemental, non gouvernemental, privé, traditionnel ou relevant de la sécurité sociale. ».

Cette définition assez large n’est pas cependant entièrement couverte dans la conception des districts sanitaires ou zones de santé telle que développée en République démocratique du Congo. En effet, dans la pratique, le système de district en République démocratique du Congo est constitué d’une limite géographique bien établie, d’un réseau de centres de santé et d’un hôpital de référence fournissant des services et des soins complémentaires. Il regroupe en général l’ensemble des structures sanitaires gouvernementales,des structures non gouvernementales (le plus souvent privées à but non lucratif dépendant d’un réseau confessionnel), des structures liées à des entreprises privées et, parfois des structures privées. Dans la pratique, l’inclusion des prestataires privés est difficile et celle des tradipraticiens quasi inexistante.

Le système de santé de district est basé sur le modèle du système de santé intégré (Van Dormael, 1998). Il est important que ces modèles soient considérés pour ce qu’ils sont : des représentations d’une réalité qui peut parfois s’en détacher sensiblement. L’approche comparative entre contextes différents et l’analyse qui en résulte permet de poursuivre l’effort de confirmation et de nuancer les hypothèses ou propositions (Van Dormael, 1998). Nous renvoyons ici à la partie I de ce travail.



**Les limites géographiques**

Celles-ci sont essentielles pour la délimitation de l’aire géographique concernée et des populations tombant sous la responsabilité du district. Elles permettent également de déterminer les populations cibles pour les différentes activités prévues (Paquet minimum et complémentaire d’activités [PMA et PCA] – World Health Organization, 1997b)

**Centre de santé**

Le centre de santé représente le niveau opérationnel du système. C’est le point de premier contact entre la population et les services de santé. La population peut y recourir pour les soins de base compris dans le PMA. Ce dernier est défini au niveau de chaque pays en fonction des besoins, des ressources et de la capacité du personnel mis en poste dans les centres de santé (Organisation mondiale de la Santé, 1994 ; World Health Organization, 1997c).

**Hôpital de district**

L’hôpital de district est le complément opérationnel du centre de santé. Il prend en charge tout problème de santé dont la complexité dépasse les possibilités du centre de santé ou dont la solution présente un coût trop élevé pour assurer une disponibilité au niveau de chaque centre de santé. S’installe entre ce dernier et l’hôpital la notion de référence permettant à un patient entré dans le système de santé au niveau du CS d’être transféré au niveau de l’hôpital lorsque le problème dont il est atteint le requiert (Van Lerberghe & Lafort, 1990 ; Van Lerberghe *et al*, 1991 ; Organisation mondiale de la Santé, 1992 ; Van Lerberghe *et al*, 1997).

**Equipe cadre**

L’équipe cadre assure la planification, la coordination, le suivi des activités à mener dans les différentes structures de santé. Elle doit également assurer la formation continuée du personnel, la gestion des ressources, y compris la mise à disposition de médicaments essentiels et la maintenance.

**Comités de gestion**

Ces comités existent sous différents noms aux différents niveaux du DS. Le comité de gestion du DS est un élément essentiel en ce sens qu’il regroupe les représentants des acteurs impliqués au niveau du DS : population, professionnels de santé et partenaires engagés. Il autorise donc la participation de la population à la gestion du DS. Le comité de gestion assure la prise en charge des problèmes de santé par l’échelon le plus adéquat, le suivi des activités et de l’utilisation des ressources mises à disposition du DS (Van Balen, 1998).

**Liens avec les niveaux central et intermédiaire**

Ces liens n’apparaissent pas sur le graphique ci-dessous (Figure 1). Ils sont pourtant essentiels. D’une part, ce lien permet au district d’être informé par le biais de supervisions, de formations ou d’inspections, des instructions et lignes directrices stratégiques prises par le niveau central concernant la politique de santé du pays. D’autre part, il permet de canaliser vers les niveaux de décision supérieurs, l’expression de la réalité du terrain, de la demande de la population et des contraintes à la mise en oeuvre de la politique nationale de santé.

**Liens avec les programmes verticaux**

Ceux-ci sont également importants car ils doivent, dans la mesure du possible, faire l’objet d’une intégration (Organisation mondiale de la Santé, 1996 ; Criel et De Brouwere, 1998). La coordination de toutes les activités doit être assurée au sein du DS par l’équipe cadre (Cairncross *et al*, 1997 ; Criel & De Brouwere, 1998 ; Pielemeier, 1999). Nous verrons que ce point a beaucoup d’importance, notamment dans la relation entre interventions d’urgence et projets de développement.

**Activités**

Le *paquet minimum d’activités* (PMA) est une liste d’activités prioritaires communes à l’ensemble des centres de santé, destinées à couvrir de manière équitable et efficiente les problèmes de santé de base. Il permet une meilleure planification et facilite la gestion des ressources. Sa détermination doit tenir compte de la demande, des besoins mais également des capacités de financement du Ministère de la santé et de la population.

Le *paquet complémentaire d’activités* (PCA) est une liste d’activités prioritaires communes à l’ensemble des hôpitaux de districts, destinées à couvrir de manière équitable et efficiente les soins curatifs qui requièrent des techniques non disponibles au premier niveau. Le plateau technique est défini en fonction de la demande, des besoins mais également des capacités de financement du Ministère de la santé et de la population.

## Le contexte de l'Afrique centrale

L'Afrique centrale est un sous continent dont l'histoire récente est particulièrement mouvementée. Les terrains choisis pour cette étude sont la République démocratique du Congo et le Rwanda. Ces deux pays ont connus une double dégradation : la première est liée à la lente et inexorable plongée vers le délabrement socio-économique, la dépendance et donc l'influence, de plus en plus marquée vis-à-vis de la communauté internationale, notamment dans le domaine sanitaire. Elle s'inscrit dans le temps et démarre dans les années 70 pour se poursuivre à l'heure actuelle. Elle constitue en quelque sorte une toile de fond conditionnant de manière significativement négative la réalisation des activités sanitaires entre autres. La seconde est caractérisée par une série d'événements plus ponctuels liés à des épisodes aigus d'instabilité prenant la forme de troubles interethniques, déplacements de personnes, guerres, pillages,… Ces éléments se reflètent évidemment dans le décours des activités sanitaires.

Le présent travail s'intéresse d'une part à l'évolution sur pratiquement 20 ans (1985-2001) d'un district sanitaire, en l'occurrence celui de Rutshuru [[2]](#footnote-2), dans la Province du Nord Kivu en République démocratique du Congo. Nous avons également, dans ce même pays, eu l'occasion de suivre les performances dans 46 districts sanitaires (ou zones de santé [ZS]) répartis dans 5 Provinces : Kinshasa, le Bas Congo, le Katanga, le Bandundu et la le Kasaï occidental. Ce suivi s'est réalisé sur une période de 2 années (2003-2004). Enfin, nous avons suivi au Rwanda la mise en place des districts de santé comme élément essentiel de la réforme du système de santé après la guerre et le génocide sur une période de 6 ans (1995-2001).

La multiplicité de sites est en soi un argument scientifique permettant de renforcer la validité des conclusions du présent travail (voir partie méthodologique ci-dessus).

Dans le présent travail, nous envisagerons successivement les résultats obtenus en République démocratique du Congo, puis au Rwanda et nous terminerons par une réflexion d'ordre plus politique sur le rôle potentiel des professionnels de santé dans les processus de paix. La forme retenue est la compilation d’articles. Les introductions et discussions de chacun d’eux permettent d’en assurer la cohérence. Les principaux arguments sont toutefois synthétisés dans la section 4.

# Résultats

## Performances du district sanitaire de Rutshuru

**Le système de santé de district : un outil pertinent pour la prestation des services de santé en situation de crise complexe ? (Rutshuru 1985-2001)[[3]](#footnote-3)**

**Introduction**

Depuis la fin des années 80 et le début des années 90, certaines organisations internationales ont poussé le système de santé de district comme outil de mise en œuvre d’une politique de santé basée sur les soins de santé primaires (WHO, 1988 ; World Bank, 1994). Depuis quelques années, plusieurs auteurs ont cherché à analyser le fonctionnement des systèmes de santé de district en situation critique qu’elle soit liée à une dégradation de l’environnement économique (Criel, 1995 ; Agyepong, 1999) ou à des désastres de type guerre civile (Van Damme, 1998). La plupart de ces travaux ne rendent pas compte d’un suivi prolongé. Dans la démarche méthodologique complexe de l’expérimentation dans le domaine des systèmes de santé, le suivi prolongé peut devenir un argument majeur pour alimenter une hypothèse ou une proposition de travail. Une première étude effectuée en 1998 (Porignon *et al*, 1998) a permis de dégager les éléments montrant comment le DS de Rutshuru a développé et maintenu ses activités entre 1985 et 1995 alors qu’il était confronté à de multiples crises, dont la moindre n’a pas été l’afflux de réfugiés rwandais en 1994. Le présent article se propose donc d’ajouter six années (1996-2001) au suivi déjà réalisé antérieurement. Il nous paraît important de continuer à argumenter ce débat dans le contexte d’un retour à des stratégies plus sélectives (Selective Primary Health Care) telles que développées au début des années 80 par Walsh et Warren (1979), aussitôt critiquées sur le contenu (Berman, 1982 ; Unger & Killingsworth, 1986 ; Grodos & De Bethune, 1988 ; Banatvala, 2001) et sur les coûts (Unger & Killingsworth, 1986 ; Seaman J, 1995) mais néanmoins perpétuellement relayées par bon nombre d’organisations humanitaires et internationales ou, plus récemment à travers des initiatives comme le Global Health Fund (Jamison et al,1993 ; Brugha & Walt, 2001).

L’objectif du présent travail est de réaliser l’analyse des performances du DS de Rutshuru soumis à des conditions extrêmes pendant une période prolongée en vue d’argumenter la continuation du soutien au système de santé de district. Il permettra également de comparer les performances des DS voisins, soumis à des stress similaires et ayant ou non bénéficié d’un appui global ou partiel à long terme. Cet article argumente en faveur de l’adéquation du modèle de district comme une stratégie fiable en situation de crise complexe et met l’accent sur le nécessaire encadrement dont il doit disposer pour maintenir et développer des performances satisfaisantes dans pareil environnement.

**Matériel et Méthodes**

Rutshuru est un district sanitaire dont la population atteint actuellement plus de 250 000 habitants situé dans la partie Est de la République démocratique du Congo. Depuis le début des années 80, le DS de Rutshuru a été organisé selon un système de santé de district à deux niveaux. Ce système comprenait un réseau de CS fournissant des soins curatifs et préventifs et un hôpital de référence d’une centaine de lits. Ce dernier est essentiellement responsable des soins curatifs de référence. Un équipe congolaise comprenant des médecins, des paramédicaux et du personnel administratif a été et reste responsable de la planification, de la formation et de la supervision des activités au sein du DS. Il y avait entre 2 et 4 médecins congolais et environ 60 à 70 infirmiers de différents niveaux de qualification (A1, A2, A3) pour l’ensemble du district. Un comité de gestion comprenant des représentants de la population et des professionnels de santé se réunissait une fois par mois au niveau du district, de l’hôpital de référence et des centres de santé. Depuis de nombreuses années, la participation du Gouvernement dans le financement des soins de santé s’est considérablement réduite pour ne plus atteindre qu’une contribution symbolique à travers la mise à disposition de bâtiments pour l’hôpital de référence et certains centres de santé dont les frais d’entretien et de réhabilitation sont assurés par les recettes propres ou l’aide extérieure. Le paiement des salaires n’est en outre plus assuré par le Gouvernement depuis le début des années 90. La participation de la population et les financements externes (principalement Coopération belge, Union européenne et des fonds confessionnels privés) assurent l’intégralité du financement du district de santé de Rutshuru.

Depuis 1985, le district de Rutshuru a été affecté à la fois par une détérioration de l’environnement socio-économique et par de nombreuses crises plus ou moins ponctuelles. De 1994 à 1996, il a accueilli près de 300 000 réfugiés dont 80 000 sont restés en dehors des camps pendant 6 mois en 1994 (Nicolaï, 1998 ; Porignon *et al*, 1998). Entre 1996 et 2001, les deux guerres dites « de libération » ont sévèrement touché le DS de Rutshuru en accroissant de manière significative l’insécurité sur l’entièreté de son territoire. Ces stress chroniques et leurs exacerbations récurrentes ont mis sur le district une pression constante dans un environnement en perpétuelle détérioration.

La présente étude couvre la période 1985 à 2001. Toutefois, par rapport aux données déjà publiées, les 6 années de 1996 à 2001 feront l’objet d’une attention plus particulière, bien qu’elles aient été intégrées dans les graphiques existants (1985 à 1995, voir Porignon *et al*, 1998). Les sources des données sont multiples. D’abord des données médicales de routine issues du système d’information sanitaire couvrant cette période ont été collectées et analysées en vue de suivre les dimensions suivantes des activités du DS de Rutshuru : (i) l’amélioration de la couverture sanitaire en infrastructures (centres de santé et hôpitaux) ; (ii) les résultats et performances mesurés en terme d’utilisation des services curatifs, couverture des soins prénatals, couvertures vaccinales ; (iii) efficacité dans la prise en charge des problèmes prioritaires en utilisant les taux de césariennes comme traceur et (iv) les coûts et financement des services et des soins offerts à la population du DS de Rutshuru (voir description des indicateurs au paragraphe III.1.2).

Deuxièmement, , les données des registres de la maternité de l’hôpital de référence ont été analysées pour suivre l’évolution de certains indicateurs relatifs à la prise en charge des femmes enceintes (proportion des accouchements assistés dans les structures sanitaires du DS de Rutshuru, proportion des accouchements survenus à la maternité de l’hôpital de référence de Rutshuru et proportions des césariennes parmi les accouchements survenant à l’hôpital de référence).

Enfin, à la suite de la mise en place à partir de 1998 d’un système d’information sanitaire informatisé et performant au niveau de la Province du Nord Kivu, des données relatives à des indicateurs additionnels ont été collectées et analysées pour le DS de Rutshuru et pour 3 DS ayant une frontière commune avec lui et présentant des caractéristiques similaires : Kayna, Rwanguba et Birambizo. Kayna est situé au nord du DS de Rutshuru (voir carte ci-dessus). Il a une population légèrement inférieure et a bénéficié entre 1987 et 1990 d’un appui de la Coopération belge et depuis 1993 d’un appui constant et global apporté par une ONG. Rwanguba est situé à l’est et n’est pas appuyé dans sa globalité. L’hôpital général de référence de ce DS est soutenu depuis plusieurs dizaines d’années par une communauté confessionnelle. Le DS de Birambizo est situé à l’ouest du DS de Rutshuru et couvre une population moindre (110 000 habitants). Il n’a bénéficié d’aucun appui structurel en dehors de l’encadrement irrégulier d’une ONG locale ne concernant que quelques structures sanitaires. Le dernier district (DS de Goma) n’a pas été retenu car il est presqu’exclusivement situé en milieu urbain.

Pour le DS de Rutshuru, les estimations des populations cibles ont été basées sur un recensement effectué en 1990 par les agents de santé communautaires. La fiabilité de la mesure a été discutée par ailleurs (Reynders et al, 1992). Un taux brut de natalité a été estimé à 45 ‰ et le taux d’accroissement de la population a été estimé à 25 ‰. L’accroissement de la population générale et des différentes populations cibles ont été confrontées aux estimations réalisées dans le cadre des Journées nationales de vaccinations. Une sous-estimation par la méthode d’accroissement mathématique est à noter. Elle est d’environ 10 % pour l’année 2001.

Il s’agit d’une analyse longitudinale (Diggle, 2002). L’analyse des tendances a été faite à l’aide de la régression linéaire simple. Pour chaque variable considérée, le coefficient de régression (coefficient b) a été estimé. Ces coefficients sont exprimés en % par an. Afin de pouvoir mieux comparer les résultats obtenus, pour différentes variables, les coefficients standardisés ont également été obtenus et présentés. Les analyses ont été effectuées avec SPSS 11.0 pour Windows.

Pour la comparaison des performances des différents districts de santé, étant donné son caractère multidimensionnel, la représentation graphique sous forme de diagramme en étoile a été choisie (Chambers et al,1983 ; Rangecroft, 1994). Cette représentation a été reprise récemment par l’OMS dans un rapport annuel pour comparer les performances des systèmes de santé des pays (WHO, 2000) et par différents auteurs pour construire des index (Ross et al, 2001).

D’un point de vue qualitatif, l’observation participante (Jones, 2000), la méthode discrète (Rice & Ezzy, 1999) et la recherche évaluation (Jones, 2000) ont été utilisées de manière combinée[[4]](#footnote-4).

**Résultats**

Dans le district de Rutshuru, le nombre de CS passa de 7 en 1985 à 12 en 1989 puis 14 en 1993. Il varia ensuite - tout en augmentant globalement – pour passer de 15 en 1996, à 13 en 1998, puis à 16 en 1999 et 17 en 2000 et 2001. Ces chiffres correspondent aux centres de santé fonctionnels ayant maintenu leurs activités y compris pendant les troubles. Cet accroissement du nombre de CS a permis une augmentation de la couverture en infrastructures puis le maintien d’une couverture constante en terme de population par centre de santé : 1 CS pour 23 600 habitants en 1985, 1 pour 15 000 entre 1989 et 1993 et 1 pour 16 000 entre 1998 et 2001. Entre 1996 et 1999, certains CS n’ont pas été fonctionnels à cause des guerres. Malgré cela, 90 % des rapports attendus ont été transmis à l’équipe cadre du DS.

L’ensemble des CS prestaient l’entièreté du PMA, à savoir les activités curatives, préventives et promotionnelles.

En 1996 un deuxième hôpital (appellé le centre hospitalier de Nyamilima) a ouvert ses portes avec une capacité d’une soixantaine de lits. Cet hôpital couvre la partie nord du DS (voir carte ci-dessus). Entre 1996 et 2001, tous les centres de santé sauf 2 et les deux hôpitaux avaient un comité de gestion. Le comité de gestion du district est resté fonctionnel durant cette période. Depuis 1992, au moins 80 % des rapports d’activités mensuels sont transmis par les CS et les hôpitaux à l’équipe cadre du district.

La Figure 1 reprend l’évolution des performances de base pour le DS de Rutshuru entre 1985 et 2001. Le nombre annuel de consultations curatives prestées dans les structures sanitaires du DS de Rutshuru était de 18 000 en 1985, soit 0,10 NC/hab/an. En 1995, il était d’environ 85 000 nouveaux cas (0,39 NC/hab/an). De 1996 à 2001, il est passé de 60 000 à 151 000 nouveaux cas, soit de 0,25 à 0,50 NC/hab/an.

**Figure 1 : Evolution des performances de base du DS de Rutshuru entre 1985 et 2001.  
Note : DTC3 et Measles exprimés en pourcentage ; utilisation du curatif exprimé en nouveaux cas par habitant par an (NC/hab/an)**

Ces chiffres ne comprennent pas les activités relatives aux 300 000 réfugiés rwandais présents dans des camps sur le territoire du DS de Rutshuru (Figure 1). Les activités vaccinales se sont également maintenues et développées. La couverture DTC3 s’est effectivement maintenue aux alentours de 60 % et la couverture en vaccins anti-rougeoleux s’est développée pour atteindre plus de 55 % en 2001 (Figure 1).

La couverture des consultations prénatales (nombre de nouveaux contacts des femmes pendant leur grossesse en pourcentage du nombre de naissances attendues) s’est maintenue entre 1996 et 2001 aux alentours de 70 % sauf en 1999 où la couverture est tombée à 60 %. Ce maintien des activités en terme relatif représente néanmoins une augmentation du nombre absolu de consultations prénatales de près de 30 % sur la période. La proportion de femmes assistant à une deuxième visite durant le 9ème mois de la grossesse est passée de 38 % en 1992 à plus de 60 % en 2001.

Sur les 73 000 naissances attendues entre janvier 1996 et décembre 2001, 37 000 sont survenues soit dans un hôpital (n=5489), soit dans un centre de santé (n= 31 200) et ont donc été assistées par du personnel qualifié. Parmi les accouchements réalisés dans un hôpital, 2558 ont été des césariennes, soit 46,6 %.

**Figure 2 : Evolution des proportions d’accouchements assistés, des accouchements et des césariennes survenant dans les hôpitaux du DS de Rutshuru (1985-2001)**

La Figure 2 montre (1) que la proportion des accouchements assistés est restée stable [coefficient b = +0,21], (2) que la proportion des naissances attendues qui sont survenues à l’hôpital a diminué [coefficient b = -0,62] et (3) que la proportion des césariennes dans les hôpitaux a augmenté [coefficient b = +3,47]. Après standardisation en vue de tenir compte de la différence des ordres de grandeur des taux, les pentes ont pu être comparées et étaient respectivement de 0,03, -0,18 et + 0,18.

La mortalité maternelle après césarienne est passée de 7,1 % en 1985 à 0,9 % en 1995. Entre 1996 et 2001, elle s’est stabilisée autour de 3 % avec des pics de 6,4 et 4,8 % en 1996 et 1999. La proportion sur la période 1996 – 2001 est de 3,4 %. La mortalité maternelle observée chez les femmes venues accoucher à l’hôpital a été globalement du 5,3 ‰ pour la période 1985-2001. Le Tableau 1 ci-dessous compare les données de Rutshuru avec celles de la littérature internationale récente. Le niveau à Rutshuru atteint est globalement meilleur, notamment en ce qui concerne la mortalité. On notera une réduction assez nette de la mortalité sur la période, ce qui plaide en faveur d'une amélioration de la qualité des soins.

Indicateurs

Moyennes

(1985-1995)

Evolution

(1985-1995)

Données comparatives

(références)

Césariennes/naissances attendues (%)

1.5

0.7 - 2.3

1.1 (a)

0.3-5.7 (g)

3.6-6.5 (g)

Césariennes/accouchements à l'hôpital (%)

12.3

5.6 - 32.8

9.3 - 29.1 (b)

7.0 - 32.0 (c)

9.9 (d)

Mortalité sur césarienne (%)

2.9

7,1 - 0,9

0.6 - 5.0 (e)

0.1 - 0.2 (f)

**Tableau 1: Comparaison de certains indicateurs obstétricaux à Rutshuru et dans la littérature internationale.***References : (a) Van de Broeck et al 1989; (b) De Muylder 1993; (c) Notzon 1990; (d) Family Health International 1988; (e) van Roosmalen 1990;   
(f) Danforth, 1985; (g) Buekens, 2003.*

De quels moyens le DS de Rutshuru a-t-il disposé pour mener à bien ces activités ? Comme mentionné ci-dessus, la part du Gouvernement congolais dans le financement du DS de Rutshuru est restée extrêmement faible durant la période 1996-2001. En fait, en terme d’argent utilisable pour le financement des activités et des soins cette part était nulle. La contribution estimée de la population et de la communauté internationale est présentée à la Figure 3. La contribution de la population a été estimée grossièrement. Elle est restée faible (moins de 0,5 USD par habitant par an).

**Figure 3: Evolution du financement externe reçu par le DS de Rutshuru entre 1985 et 2001 en dollars américains par habitant par an (USD/hab/an).**

La part de la communauté internationale dans le financement du district fait l’objet d’un suivi régulier lors des comités de gestion mensuels tenus au niveau du district de santé. Entre 1996 et 2001, les efforts de la communauté internationale se sont concrétisés dans l’apport d’environ 2 à 3 USD par habitant par an. Ces élans ont été freinés en 1996 et 1998 lors des deux guerres de libération pour reprendre ensuite une tendance à la hausse. Durant toute la période, le total des financements domestiques et extérieurs n’a jamais dépassé la barre des 3 dollars par habitant par an. Il faut toutefois noter que dans ces estimations, le coût de la construction du deuxième hôpital de référence n’a pas été inclus car les données n’ont pas été disponibilisées par le réseau confessionnel qui en est le propriétaire. La contribution domestique était orientée principalement vers les CS pour l’achat des médicaments. La contribution extérieure était, quant à elle, surtout orientée vers le fonctionnement de l’équipe cadre du district et de l’hôpital. Durant la période 1998 - 2001, pour l’ensemble du DS, 29 % des dépenses ont été consacrées aux médicaments, 66 % aux salaires et autres avantages, 4 % aux fournitures de bureau, 3 % au fonctionnement du véhicule et 1 % aux formations locales. Le salaire d’un médecin n’excède pas 300 USD par mois, y compris les primes reçues des agences de coopération et celui d’un infirmier dépasse rarement les 100 USD par mois. Dès lors, nous pouvons considérer que le système de santé au sein du DS de Rutshuru présente une efficience certaine.

Le système d’information sanitaire informatisé a permis de disposer d’informations additionnelles. Ainsi pour Rutshuru, outre les données déjà présentées ci-dessus, le nombre de médecins, infirmiers et lits d’hôpitaux pour 100 000 habitants étaient entre 1998 et 2001 respectivement de 2, 32 et 55. Le nombre d’hospitalisations dans les deux établissements hospitaliers que compte le DS est passé de 5096 en 1998 à 6559 en 2001.

Le taux d’occupation y était de 50 à 70 % en fonction des périodes et la durée moyenne de séjour d’environ 6 à 7 jours. La mortalité intrahospitalière s’est stabilisée autour de 7 %. La prise en charge des malades chroniques, notamment les patients atteints de tuberculose a également été assurée dans les structures sanitaires du DS de Rutshuru. Elle a permis d’avoir un taux de détection de 0.6 ‰ avec un taux de guérison entre 60 et 70 % selon les années. D’un point de vue préventif, la proportion d’enfants complètement vaccinés était de 45 % en 2001. Enfin, d’un point de vue financier, la recette moyenne par nouveau cas se situait autour de 0.4 USD et les dépenses globales du DS autour de 1 USD par habitant par an en moyenne sur la période 1998-2001.

**De manière synthétique, il apparaît que le DS de Rutshuru a, au cours de la période 1985-2001, presté plus d’un million de consultations curatives, vacciné des dizaines de milliers d’enfants, assisté quelque 70 000 accouchements, réalisé près de 4000 césariennes et autant d’interventions chirurgicales. Dès lors, on peut considérer que le système de santé est resté efficace.**

La mise en place de ce nouveau système d’information sanitaire a également permis de comparer les performances entre les différents districts. Trois districts ont été retenus car, jouxtant le DS de Rutshuru, ils présentaient en outre des caractéristiques similaires : Kayna, Rwanguba et Birambizo.

La Figure 4 montre que le profil de performances des DS retenus était très différent en 2001. Les niveaux d’activités de Rutshuru et Kayna sont supérieurs à celui de Rwanguba. En effet, malgré une complétude similaire, les niveaux d’activités tant curatives que préventives sont un peu inférieurs à Rutshuru par rapport à Kayna et nettement inférieurs à Rwanguba par rapport aux 2 premiers. Toutefois les indicateurs qualitatifs (proportion des malades tuberculeux guéris parmi ceux détectés, taux d’achèvement de la vaccination DTC) sont relativement bons, en tout cas en comparaison avec Rutshuru et Kayna. Tout se passe donc comme si le DS de Rwanguba ne parvenait pas à étendre ses activités à l’ensemble de la population. L’analyse des données CS par CS montre en effet une très grande variation des performances curatives et préventives. Certains CS ont des performances très basses avec par exemple des couvertures préventives inférieures à 10 %.

**Figure 4 : Comparaison des performances des DS de Rutshuru, Kayna, Rwanguba et Birambizo (%, année 2001)**

Note : Compl = complétude ; Tuc = taux d’utilisation du curatif, Couv obst = couverture obstétricale ; Ach Tbc = proportion des tuberculeux guéris par rapport aux détectés ; Cpl inf hosp = 1- le taux d’infection hospitalière; CPN = consultation prénatale ; VAR : couverture de la vaccination antirougeole ; DTC3 = couverture de la vaccination antidiphtérie-tétanos-coqueluche (3ème dose) ; DTC3/1 = couverture de la vaccination antidiphtérie-tétanos-coqueluche (3ème /1ère dose) ; Superv = proportion des supervisions réalisées sur celles prévues.

En ce qui concerne le DS de Birambizo, la complétude est de l’ordre de 70 % et le niveau de performance est très faible.

Si l’on considère enfin les activités dans deux autres districts sanitaires appuyés par le Cemubac (ZS de Kirotshe et ZS de Masisi, couvrant ensemble actuellement environ 750 000 habitants), les résultats montrent également un service important rendu à la population. Les différentes stratégies développées dans le cadre des recherches menées à Rutshuru ont avant tout permis de renforcer les activités dans les deux autres zones de santé appuyées par le Cemubac dans la province du Nord Kivu. Le Tableau 2 ci-dessous nous montre, à l’aide de quelques indicateurs classiques, les performances atteintes dans ces deux autres zones de santé.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs d’utilisation[[5]](#footnote-5)** | **KIROTSHE** | | **MASISI** | |
| **2002** | **2003** | **2002** | **2003** |
| Proportion de la population prise en charge | 98.9 | 98,3 | 90.0 | 90,0 |
| Proportion des CS fonctionnels | 96,0 | 86,6 | 80.0 | 80,0 |
| Taux d’utilisation du curatif (NC/hab/an) | 0.44 | 0.40 | 0.34 | 0.27 |
| Taux d’occupation HGR | 94.7 | 76,1 | 93.0 | 80,8 |
| Proportion de malades référés arrivés à l’HGR | 87.0 | 84,6 | 46.7 | 87,2 |
| Proportion de sang transfusé testé contre le HIV | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Proportion d’accouchements surveillés | 26.8 | 26,0 | 8.9 | 8,4 |
| Mortalité maternelle pour 100 000 NV[[6]](#footnote-6) | 185,0 | 375 | 552,0 | 382 |
| Taux de couverture CPN | 91.5 | 73,0 | 78.0 | 71,7 |
| Taux de couverture CPS | 107.2 | 94,0 | 88.7 | 91,5 |
| Couverture vaccinale BCG | 92.7 | 88,1 | 82.1 | 85,1 |
| Couverture vaccinale DTC3 | 69.1 | 63,8 | 55.4 | 65,9 |
| Couverture vaccinale VAR | 73.6 | 68,5 | 42.5 | 65,6 |
| Proportion d’ECV | 53.0 | 57,1 | 36.1 | 50,0 |
| Couverture VAT de la gestante | 54.9 | 40,5 | 47.0 | 51,7 |
| Taux de dépistage de la TBC | 38.6 | 48,6 | 70.4 | 71,0 |
| Taux de guérison des malades TBC | 79.0 | 74,7 | 60.3 | 53,7 |

**Tableau 2 : Principales performances des district de santé de Kirotshe et Masisi (Nord Kivu, 2002 t 2003)**Note : HGR = hôpital général de référence de la zone de santé ; NV = naissances vivantes ; ECV = enfants complètement vaccinés**,** NC/hab/an = nouveaux cas par habitant par an, CS = centre de santé ; TBC = tuberculose ; CPN = consultation prénatale ; VAR : vaccination antirougeole ; DTC3 = vaccination antidiphtérie-tétanos-coqueluche (3ème dose) ; BCG = vaccination antituberculeuse ; VAT = vaccination antitétanique

Le Tableau 2 montre que ces deux districts de santé sont également parvenus à maintenir un niveau d’activités non négligeable. Il faut signaler que des trois districts appuyés par le Cemubac en Province du Nord-Kivu, mis à part lors de la crise des réfugiés rwandais, celui de Masisi est celui qui a payé le plus lourd tribut aux événements des dernières années. En effet, de nombreux centres de santé ont été pillés, détruits, repillés et redétruits. L’hôpital général de référence de la zone de santé a été pillé complètement à deux reprises. A l’heure actuelle, ce district de santé qui jouxte, dans sa partie sud, le nord de celui de Kirotshe reste le plus frappé par l’insécurité et constitue probablement une zone de conflits potentiels dans les années à venir.

Par ailleurs, certains outils, notamment en termes d’information sanitaire ont été généralisés depuis plusieurs années sur l’ensemble de la Province du Nord Kivu (ce qui nous a permis de collecter les informations relatives aux districts de santé de Rwanguba et Birambizo présentées ci-dessus). Ils sont actuellement en voie de généralisation au niveau national. Il est donc tout à fait clair que **l’effet multiplicateur** sur l’organisation des districts de santé en général et sur l’information sanitaire en particulier est très important et influence de manière significative les décisions tant au niveau provincial que national pour l’amélioration du système de santé au bénéfice de la population. En outre, l’effet multiplicateur existe également sur le renforcement de l’inspection provinciale de la santé puisque le modèle développé au Nord Kivu a déjà été reproduit avec succès à Kinshasa.

**Discussion**

Entre 1985 et 1995, la couverture en infrastructures s’était améliorée (Porignon *et al*, 1998). Entre 1996 et 2001 elle s’est également améliorée principalement en rééquilibrant la charge de travail par la scission en 2 de certaines aires de santé dont la population était devenue trop grande. En outre un nouvel hôpital s’est ouvert dans la partie Nord du DS qui a renforcé les activités et amélioré l’accessibilité géographique aux activités de référence. Ceci fut particulièrement utile dans les périodes de troubles où l’insécurité limite la mobilité des personnes et est donc un facteur important de non accessibilité aux structures de soins. Les couvertures curative et préventive ont continué de s’améliorer de manière significative. Finalement,pour la période 1985-2001, il s’est avéré que le facteur le plus déterminant dans l’évolution des performances du DS de Rutshuru fut la rupture de la coopération belgo-congolaise en 1990. Probablement était-ce la première secousse significative non préparée car non prévue ayant débouché plus tard sur une meilleure « préparation » des responsables à devoir mener à bien toutes les activités en période de troubles et d’insécurité. Ce fait est particulièrement marquant, notamment au cours des dernières années pendant lesquelles la réaction de « coping » a été plus vive non seulement au sein du DS avec l’équipe cadre mais encore à l’extérieur du DS pour l’intégration des fonds d’urgence dans le fonctionnement de l’ensemble du DS. Ce dernier point est important et a d’ailleurs été soulevé à de nombreuses reprises (voir par exemple FUCID, 2001). Il est par ailleurs largement conditionné par la capacité qu’ont les bailleurs de fonds d’urgence à « accepter » que l’argent qu’ils mettent à disposition puisse être utilisé – du moins partiellement - à des fins de renforcement de la capacité potentielle structurelle des DS.

Les performances en matière préventive sont globalement restées stables ou ont légèrement augmenté. Les variations observées traduisent les périodes où l’insécurité était majeure. Il paraît important ici d’émettre une hypothèse explicative sous la forme d’une métaphore : le syndrome du pneu « dégonflé »[[7]](#footnote-7). Celle-ci fait référence à la capacité des services de santé locaux de redémarrer leurs activités avec un minimum de moyens après une crise dont on pourrait imaginer qu’elle laisse des traces plus graves dans le fonctionnement des CS et hôpitaux. Dans les suites d’une crise, soit la capacité potentielle des structures sanitaires est maintenue et les activités concourent à absorber le surcroît de travail, soit, même si les activités ralentissent ou s’arrêtent dans certaines structures, la reprise de ces activités peut se faire pour autant que les personnel soit toujours en place et qu’un minimum de moyens soit disponible. L’aide de l’une ou l’autre organisation humanitaire peut être canalisée par l’équipe cadre vers les besoins essentiels (vaccins, médicaments, réhabilitation, matériel roulant,…). Les activités redémarrent alors comme on a pu le constater dans le DS de Rutshuru en 1994, en 1996 ou en 1999 (voir flèches noires dans les Figures 1 et 2) où une capacité potentielle minimale a été maintenue. Le pneu ayant été vidé de son air est regonflé (en recevant une aide de base et/ou additionnelle en urgence) et recommence à rouler. La cause (capacité potentielle) et l’effet (le redémarrage) sont probablement les 2 éléments essentiels à considérer dans le cadre du présent article.

Les activités se sont globalement maintenues d’un point de vue quantitatif mais également qualitatif. Les performances obstétricales peuvent être considérées comme des indicateurs du fonctionnement des CS, de l’hôpital et du système de référence. A ce niveau, sans reprendre l’analyse élaborée dans le chapitre précédent, les tendances observées entre 1985 et 1995 se sont maintenues entre 1996 et 2001. Ceci est particulièrement le cas pour les césariennes. L’ouverture d’un second bloc chirurgical au sein du DS et le maintien des pratiques de référence des accouchements à risque par des CS maîtrisant par ailleurs bien les techniques d’accouchement eutocique y sont probablement pour beaucoup. Les deux hôpitaux semblent donc bien continuer à jouer leur rôle de structures de référence.

Les aspects liés à la fonctionnalité de la maternité de Rutshuru ont été envisagés ailleurs (Mugisho et al, 2002a et b ; Mugisho et al, 2003). La mortalité maternelle reste toutefois source de préoccupation. Elle s’est accrue au cours de la période la plus récente. Cela laisse supposer que tout est loin d’être parfait et que la situation générale des hôpitaux du DS de Rutshuru reste précaire. Par ailleurs, il est possible que suite aux conditions d’insécurité et d’accessibilité financière d’une population appauvrie par deux guerres et plusieurs années d’« occupation », le recours aux structures de référence soit plus tardif. Toutefois cette mortalité reste compatible avec celle rapportée par d’autres auteurs (Agyepong, 1995).

L’élément nouveau le plus intéressant introduit dans cette analyse est certainement la comparaison avec les performances des DS de santé voisins. Il apparaît clairement que le DS de Rutshuru n’a pas l’apanage de résultats satisfaisants. Le DS de Kayna montre également des performances honorables, notamment dans les activités préventives et dans le suivi des malades chroniques. Ceci s’explique probablement par le fait que ce DS a également été soutenu depuis 1987, d’abord par la Coopération belge, puis, après une interruption de cette aide pendant 4 ans, par une ONG sur financement de l’Union européenne. Un modèle d’appui similaire à celui mis en place pour Rutshuru fonctionne pour Kayna depuis 1994. Néanmoins, ce DS a souffert, comme Rutshuru, des deux guerres dites de « libération » en 1996 et 1998. Il a par contre été beaucoup moins affecté par l’afflux des réfugiés rwandais et n’est pas dans la zone contrôlée par le RCD depuis 1998. En outre, sans que l’on puisse en avoir la démonstration chiffrée, le DS de Kayna semble habité par une population ayant un revenu par habitant plus important que celle vivant à Rutshuru. Le DS de Rwanguba quant à lui, n’a pas bénéficié d’un appui global. Le fonctionnement du DS n’a jamais été appuyé réellement. Bien que très proche du DS de Rutshuru et soumis aux mêmes conditions environnementales que ce dernier, le DS de Rwanguba n’a pas été capable de mener des activités pour l’ensemble de sa population. Enfin, d’autres districts voisins, comme le DS de Birambizo (Figure 4) n’ont jamais atteint des niveaux de performances globales satisfaisants. Les activités curatives et préventives y sont menées de manière irrégulière et la population du DS est en pratique non couverte. Le DS de Rutshuru a même pris en charge certaines structures de santé du DS de Birambizo, au plus fort des crises des années 90. Le DS de Birambizo n’a jamais été réellement appuyé hormis quelques appuis ponctuels fournis par une ONG confessionnelle.

Il paraît également intéressant de comparer les performances de ces DS avec celles reprises au niveau national en Afrique subsaharienne. Un rapport publié par l’OMS nous donne l’occasion de faire ces comparaisons (WHO 1998). Le tableau suivant reprend quelques chiffres qui en sont issus.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DS Rutshuru** | **DS Kayna** | **DS Rwanguba** | **ASS** |
|  | **(2001)** | **(2001)** | **(2001)** | **(1994-96)** |
| Nbre de médecins / 100 000 hab | 2 | 1 | 1,4 | 13 |
| Nbre d'infirmiers / 100 000 hab | 32 | nd | nd | 99 |
| Nbre de lits d'hôpitaux / 100 000 hab | 55 | 52 | 69 | 150a |
| CPN (%) | 80 | 102 | 55 | 57 |
| DTC3 (%) | 52 | 78 | 31 | 54 |
| VAR (%) | 52 | 60 | 25 | 56 |
| Couverture obstétricale (%) | 41 | 83 | 11 | 41 |
|  |  |  |  |  |
| **ASS = Afrique subsaharienne** |  |  |  |  |
| a (1990, pays en développement) |  |  |  |  |
| nd = non disponible |  |  |  |  |

**Tableau 1 : Comparaison d indicateurs sélectionnés de ressources et performances pour les DS de Rutshuru, Kayna et Rwanguba ainsi que pour l’Afrique subsaharienne**

La comparaison avec des résultats atteints par des DS dans d’autres pays montre par exemple au Bénin ou en Guinée des niveaux de performances comparables et dont l’augmentation dans le temps est similaire (Inoussa et al, 1996 ; Van Damme, 1998b).

Un des points forts est que toutes les activités décrites ci-dessus sont réalisées avec un niveau de ressources humaines et financières particulièrement bas. Moins de 3 USD par habitant par an est en effet largement inférieur aux 12 USD recommandés par la Banque mondiale et l’OMS (World Bank, 1994 ; WHO 1995b). C’est également inférieur à la dépense totale pour la santé qui est de 8 à 9 USD par habitant par an en moyenne dans les pays les moins avancés de la planète et dérisoire par rapport aux 3000 ou 4000 USD par habitant par an dépensés dans les pays développés à économie de marché (WHO, 1998 ;, Schieber & Maeda, 1999 ; Anderson, 2000 ; Witter, 2000). En République démocratique du Congo, la part du Gouvernement dans le maigre financement existant est nulle si l’on excepte la mise à disposition des bâtiments.

L’analyse des causes des observations positives effectuées dans le DS de Rutshuru sont de plusieurs ordres. Tout d’abord, la capacité humaine développée au sein de ce DS. Les médecins et les infirmiers (à l’exception de quelques expatriés) ont tous été formés initialement en République démocratique du Congo. Des formations complémentaires locales et internationales ont été octroyées en fonction des besoins dans le domaine de la santé publique, de la gestion et du développement rural. Le soutien technique et scientifique apporté à travers les projets d’aide extérieure a favorisé le développement du sens critique et de la capacité d’analyse, permettant aux professionnels de santé d’appréhender les défis auxquels le DS de Rutshuru a dû faire face. De plus, le fonctionnement du district de santé avec ses deux niveaux de soins, son équipe cadre et son comité de gestion permet un travail en équipe dont l’articulation des compétences complémentaires et la collégialité des décisions sont autant d’atouts renforçant la cohérence des actions.

Ensuite, il faut évidemment mentionner l’appui financier et logistique reçu à travers les projets de coopération. Ce dernier a permis de maintenir les salaires à un niveau bas certes, mais suffisant pour éviter une trop grande démotivation des professionnels de santé. Il a également permis de réapprovisionner les structures de soins en médicaments et équipements et de maintenir ainsi un outil générant des recettes dont une partie servait à couvrir la carence salariale de l’Etat congolais. Cet appui a surtout bénéficié à l’équipe cadre du DS, qui a joué son rôle de coordination, de formation, de supervision et a ainsi contribué à la cohérence des activités par un suivi régulier des performances et des décisions conséquentes permettant de combler les lacunes identifiées. Le soutien apporté par d’autres ONG, notamment confessionnelles a également joué un rôle significatif par la mise à disposition de personnels qualifiés et de ressources financières que l’équipe cadre a pu canaliser en fonction des besoins.

Enfin, la volonté politique des autorités congolaises dans la définition d’une politique de santé claire et cohérente dans les années 70 et 80 a facilité la mise en place du DS de Rutshuru et a permis de canaliser une partie des appuis extérieurs. Il faut également mentionner que le vide étatique profond que connaît la République démocratique du Congo depuis le début des années 90 a également favorisé le développement d’une décentralisation et d’une autonomie de gestion de facto ayant stimulé l’auto-responsabilisation des autorités sanitaires aux niveaux intermédiaire et périphérique (districts de santé).

En conclusion, les données relevées dans le présent article montrent que le système de santé de district bien appuyé est un outil utile pour la dispensation des services et des soins de santé au profit d’une population en situation critique complexe. Comparativement à des DS non appuyés ou, plus globalement dans le contexte sanitaire subsaharien, les performances atteintes ont été satisfaisantes pour un niveau de ressources faibles. Avec les informations précédemment recueillies relatives à la capacité de contribution à la prise en charge des victimes d’un désastre, il apparaît clairement qu’il est donc pertinent et efficient de soutenir le système de santé de district et de consacrer à son fonctionnement les moyens nécessaires au profit d’une population fragilisée par ses conditions de vie misérables. Ces constatations rejoignent les préoccupations formulées par ailleurs dans la littérature en matière de gestion des crises humanitaires et des contraintes organisationnelles pour l'atteinte des objectifs sanitaires définis au niveau international (Travis *et al*, 2004 et Salama *et*, 2005).

***Remerciements***

*L’auteur remercie particulièrement la Coopération belge et l’Union européenne ainsi que la Fondation Van Buuren pour le soutien financier apporté au développement et au maintien des activités dans le DS de Rutshuru.*

## Performances des zones de santé et rémunération en République démocratique du Congo

**Performance based payments in the Democratic Republic of Congo:**

**genuine contracts and positive achievements ? [[8]](#footnote-8)**

**Introduction**

Recent literature has pointed out the relevance of implementing new contracting schemes in developed and developing countries (England, 2000; Preker & Langenbrunner, 2005). Performance based contracts and payments have grown rapidly since the late 1980’s (Langenbrunner & Liu, 2005). Pilots were conducted in public and private facilities in Haiti, Cambodia, Bangladesh, Pakistan, Bolivia, or Rwanda (Eicher *et* al, 2001; Meessen *et al*, 2002; Soeters & Griffith, 2003; Meessen *et al*, 2004; Loevinsohn & Harding, 2005) and have been extensively documented.

Democratic Republic of Congo (DRC) is one of the largest countries in Sub-Saharan Africa. With almost 60 million people, this low-income country (GDP equal to less than US$150 per capita per year [World Bank, 2004]) has been facing serious security constraints for more than 15 years. Civil strives, wars, thousands of internally displaced people along with economically and politically weakened Government led to among numerous other consequences cease of salary payment to civil servants for more than 10 years.

The country is divided into 11 provinces and about 400 health districts. The so called “health zone”(HZ) have been the cornerstone of the national health system for more than 20 years and remains strongly embedded and linked in each new initiatives that considers the strengthening of health policies in DRC (Unger & Criel, 1995).

In that context, the World Bank and the Congolese Government decided to implement a new large scale US$ 450 million “Emergency Multisector Reconstruction and Rehabilitation Project”(EMRRP) in 5 provinces in the Western DRC. In this 3 year project, US$ 49 million were allocated to health, of which US$ 5 million were earmarked to finance Performance Based Contracts (PBC). Eight execution agencies (Maîtres d’ouvrage délégués – MOD) have been commissioned to carry out the project in 67 health zones, covering about 8.9 million people. Emergency situation in which the project was set did not allowed the Ministry of Health to describe into details the guidelines to be followed for the concrete implementation of PBC.

The objective of the paper is to analyse modalities and results of Performance Based Contracts (PBC) implementation by MODs throughout the country.

**Methodology**

Between January and June 2005, we carried out a retrospective ecological study of which the analysis unit was the “health zone”. Data were collected for the first 2 years of the project. As quarterly reports were requested from the MODs by MoH authorities, we analyzed the data from the second to the 8th trimester of the project (April 2003 to December 2004). We mixed qualitative and quantitative research methods. We carried out field visits in each of the 5 provinces during which we collected routine health data, we conducted interviews, we organised one or two focus groups in each province with about 10 to 15 people in each group. Considerations on PBC were gathered from health professionals, health authorities at provincial and district level, and from key informant members in the community.

We arbitrarily choose 7 basic indicators: curative care utilization rate (1), antenatal care coverage (2), immunization coverage for BCG (tuberculosis), diphtheria-pertussis-tetanus (3rd dose), measles and yellow fever (3-6) and proportion of technical supervision carried out by the health zone management team (7). The aim here was to balance performance indicators between curative, preventive and district management team activities. All of these indicators were expressed as percentage. Results were presented in radar diagrams (WHO, 2000; Ross *et al*, 2002).

Routine health information data were made available through quarterly reports. Active search for missing data were organised through specific questionnaires sent to every MODs in February and March 2005. All but one MOD provided at least partial data. Completion rate reached 39 out of 67 (60 %) health zones (4.7 million people).

Two workshops were conducted by the investigators to discuss the results and make recommendations in redesigning the contracts. European Union and the German Co-operation that were also involved in the PBC process in DRC were associated along with the Ministry of Health and MODs representatives.

**Main Findings**

According to PBC’s implementation modalities, there was a lack of clear guidelines in the conception and setting up of such contracts. None of the MODs but one was familiar with the PBC approach. But all of them have been used to pay incentives to health professionals at different level of the Congolese health system for more than 15 years. Therefore, MODs designed their own common sense based agreement formulas. The study showed that 7 MODs decided to finance results (coverages,…) while one was keen to buy amounts of services (number of consultations,…). Five MODs had written contracts and 3 worked on the basis of verbal agreements. Three MODs involved partially the provincial health authorities (PHA) while 5 ignored them completely. Six MODs have been paying performance based incentives to hospitals, health centres or district “teams” while 2 were paying incentives partially to “individuals”. All those criteria matched in a complex mix that made it very difficult to extract standard rules for the PBC implementation in DRC.

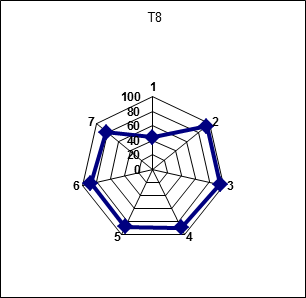
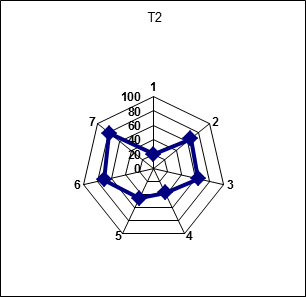
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MOD** | **CTB** | | **ECC** | | **HNI** | | **HS** | | **Memisa** | | **MMB** | | **MMN** | | **Cemubac** | |
| **Indicators** | T2 | T8 | T2 | T8 | T2 | T8 | T2 | T8 | T2 | T8 | T2 | T8 | T2 | T8 | T2 | T8 |
| **CCUR (1)** | **36** | **51** | **8** | **21** | **10** | **20** | **15** | **26** | **14** | **28** | na | na | **36** | **50** | **12** | **19** |
| ANC (2) | 71 | 81 | 44 | 70 | 40 | 51 | 44 | 79 | 45 | 66 | na | na | 57 | 96 | 49 | 67 |
| **BCG (3)** | **105** | **94** | **75** | **68** | **22** | **82** | **66** | **96** | **42** | **80** | na | na | **78** | **99** | **72** | **86** |
| DPT3 (4) | 43 | 79 | 51 | 58 | 17 | 54 | 51 | 99 | 35 | 91 | na | na | 70 | 91 | 63 | 86 |
| **Meas (5)** | **71** | **74** | **54** | **53** | **22** | **50** | **56** | **88** | **37** | **83** | na | na | **70** | **85** | **67** | **78** |
| YF Im (6) | 13 | 73 | 0 | 57 | 19 | 32 | 0 | 56 | 0 | 75 | na | na | 20 | 85 | 5 | 78 |
| **SUPV (7)** | **79** | **83** | **70** | **91** | **25** | **79** | **71** | **81** | **18** | **82** | na | na | **70** | **84** | **90** | **80** |

**Table - Performance achieved by MODs, selected indicators (CTB=Belgian Technical Co-operation, ECC=Congolese Christian Church, HNI=HealthNet International, HS=Horizon Santé, MMB=Medicus Mundi Belgium, MMN=Medicus Mundi Navarre – CCUR=curative care uitlization rate, ANC=antenatal care coverage, DPT3=diphtheria-pertussis-tetanus 3rd dose, Meas=measles, YF yellow fever, SUPV=supervision. See text for details.**

It was possible to analyse the performance of 39 health zones in the 5 provinces. Table shows a summary of the main results achieved by MODs according to selected indicators. Some of the MODs (CTB, MMN) that were acting in health zones which have received support for many years (Bas-Congo Province), allowed those districts to improve slightly but significantly their performance. Health zones where MODs (Memisa and HNI in Bandundu and Kasai Porvinces) started almost from scratch showed spectacular improvement of activities reaching for some indicators a 200-300 percent increase.

On average, according to available data, we showed a global 12 % increase of curative care utilization rate, corresponding to an additional 540 000 cases treated in reporting health zones, as well as an overall 15% , 22% and 30% increase respectively for antenatal care coverage, measles immunization coverage and district management team activities. Yellow Fever immunization was started in early 2003 in DRC. Unaggregated figures revealed a sharp increase in coverage in almost every health zone supported through the EMRRP.

At the district level, Figure shows as an example for one health zone in the Kinshasa Province how activities improved during the 2 year period. The increase is noteworthy for preventive activities that were consolidated but also for curative care activities which went from 0.22 to 0.5 new cases per inhabitant per year, representing a 200 % increase.



**Figure - Evolution of performance of the Kinshasa health zone (Kinshasa Province) between April 2003 (T2) and December 2004 (T8). See Table and text for indicator identification. Source: Cemubac 2005**

What amount of money was paid ? On average, reporting health zones received between US$ 3500-7000 per trimester. In urban settings those incentives were mainly allocated to district management teams while in rural ones, they were allotted among district management teams, hospitals, and health centres, respectively for 50%, 25% and 25%.

A special consideration was given to payment deduction. The results showed that significant deduction were rare. At the end of the study period less than 20 % was retained from the total expected to be paid to health zones. It appeared to be likely that most of unpaid money was related to unoperative facilities that were not yet rehabilitated or even constructed. Payments were then very often “mechanized” as salary would be.

Regarding the contracts, it appeared that most of them were established between MODs and health zones with subsequent payments made to facilities. The requirements according to quantitative and qualitative objectives that have to be achieved by the health zone were very different from one MOD to another. The forms were specifically elaborated by each of the MODs. As there was minor involvement of the PHA, they were not keen to endorse sanctions that were considered as necessary from the payer's point of view. This constituted one of the major obstacles to “real” contracting in this pilot.

Proposals were elaborated for new contracts between MODs and health zones as well as between health zones and facilities/providers. We considered that those new agreements should be more precise (by increasing the number of indicators taken into account for performance based payments) and more flexible (by weighting sub-set of indicators according to priorities defined at provincial or more peripheral level, and balancing influence of expected workload and environment). Contracts were designed to involve four parties: MODs, health zone, health facilities/providers under the regulatory role of the PHA.

**Discussion**

Even if there was a lack of involvement of political authorities, especially regarding the legal status of HZ, Congolese health authorities and experts as well as strong support from external bilateral and multilateral agencies and institutions, have made it possible to achieve a well-built and clearly conceptualized operational model of health district in the country for more than two decades. In DRC, for the last 20 years, they have been moving from payment of salary (in the eighties) first to open-ended fees with additional project based systematic primes (in the nineties)and then to payments linked to performance through contracts. This evolution draws its rationalization in the Ministry of Health's willingness that make health professionals more responsible, meaning that one expected better quality of health services and care in facilities but also improved accountability towards both the community and provincial health authorities. This was part of the *de facto* decentralization process towards provinces and health zones, largely facilitated by the progressive reducing of the Congolese state power.

In this context, the relevance of the EMRRP was also related to its strategic view of providing a global support to health zones in a large scale test. In the present study, arguments have been brought up for positive results of the pilot, in terms of improvement of the global performance of HZ. Selected indicators showed global better achievements, even if the range is likely to be large, with health districts getting better results quicker than others. Nonetheless, the direct link between incentive payments and performance improvement is difficult to establish through the present study. In addition to performance based payments, the EMRRP brought several resources, i.e. medicines, vehicles, and new or rehabilitated infrastructures, in a kind of "global support" to selected health zones. In the above mentioned circumstances (effective concept of health district and global support) it appeared to be difficult to bear out a direct link between performance improvement and contracts, which in any case the present study design did not authorize. In order to improve the power of the evidence, a prospective study with control group should be designed and tempted in the area.

Nonetheless, the comparative argument resulting from the present “before and after” analysis provides one extra case to the general reasoning about payment for performance in Africa. Actually, it even adds new arguments on large scale PBC implementation that has been recognized to be more difficult to put into practice (Loevinsohn and Harding, 2005). Results showed that in some places (Bandundu Province) or for some indicators (yellow fever immunization coverage), a sharp increase has been achieved during the 2 year period. This result brought an argument in favour of the ability of health district to accommodate with substantial support for delivering services even in crisis situation (World Bank, 2004, WHO, 2005). The present pilot compared very well with other projects in DRC that have been assisting health zones in similar conditions, but without PBC (Porignon *et al*, 1998). Moreover, this performance improvement led the EMRRP health zones to better achievement compared with national or provincial average, especially for preventive activities. Therefore, the benefit appeared to be clear for the population.

Regarding financial concerns, US$1.7/inhabitant/year was injected in the 5 provinces through the project. Less than 10% were allocated to PBC. Compared with projects funded by other international partners, this amount appeared to be very small since, in some projects, bilateral or multilateral organizations are devoting up to 30-50% of their budgets to salaries. Even if the share for PBC was low in the EMRRP; this might emerge as a problem for sustainability of the intervention. This information is calling attention to the magnitude of the human resource problem in DRC. Among other severe difficulties, no payment of salaries combined to a competition between international agencies to keep well experienced and properly skilled health professionals in urban and rural settings led to an inflation of amounts of money paid to "civil servants", especially in the health field. Once again, the design the EMRRP, and PBC in particular, were helpful to elaborate and provide adequate solutions in human resource management in DRC.

New contract proposals were prepared. The key issue here was to make those new arrangements as strong as possible to be applied with a good understanding of all stakeholders, including the Provincial health authorities. The contracts should also be flexible to allow over time some adjustment of its terms to craft more adequate arrangements linked for example to environmental conditions, workload, and quality of care. The idea is to provide a dynamic tool that will make district management teams and provincial authorities able to shape and outline the contracts to the level of activity in health facilities, both in quantitative and qualitative terms. This implies enhanced monitoring mechanisms through reliable health information systems (HIS). Routine HIS has been reviewed and strengthened in several provinces through a World Bank/European Union Trust Fund project. The expected outcomes are firstly to strengthen the health system itself, both at peripheral and provincial level and secondly to clarify health professional duties in health centres, hospitals and district management teams. These conditions will allow in the future a better understanding of the role of the state in contracting processes as well as of a more commonly accepted profile of what should be supported and financed through more accountable mechanisms like sector wide approach or budget support.

Inclusion of private practitioners is essential. In the capital city, Kinshasa, the process of connecting private doctors and nurses has been a concern for several years. Contracts provided an opportunity to do it. Unfortunately, this process started in late 2004 and was not documented enough to be reported in the present study.

Finally, non monetary incentives (training, implication in applied research, workshops, career management…) should be added as an essential complementary motivating force for health professionals. This was achieved by some of the MODs. The principle should be kept and extended to other partners as part of the requirements to be imposed by the Congolese authorities before starting any interventions in the country.

Performance based contracts are on both governmental and international agenda in DRC. This pilot can be considered as a sound basic experiment in order to ease contract based payment implementation in the country and especially during the forthcoming new World Bank Project.

**Acknowledgements**: This study benefited from a World Bank Grant (contract N° 7132010). The authors would like to thank the MODs as well as the district and provincial authorities for their kind collaboration in this study.

## Performance du système de santé au Rwanda (1996-2001)

**Health policy in post-crisis conditions:**

**the workability of the health district system in Rwanda [[9]](#footnote-9)**

**Introduction**

Health district systems are supposed to be implemented in a long-lasting development perspective. In crisis conditions, humanitarian aid is currently recognised as the best way of taking care of the population. The health district has been recently recognised as a useful tool in countries where it is already operational (Van Damme, 1995; Porignon *et al*, 1998). Nevertheless, it must provide evidence of its effectiveness and efficiency in countries in difficult circumstances where its implementation is not well in place.

Since 1979, Rwanda has supported the Declaration of Alma-Ata (WHO, 1978) which considers primary health care as a workable strategy for improving the health of the population. In the mid-eighties after the Lusaka and Harare Conferences, Rwanda joined other African nations in considering district based health system as a pillar on which countries can build their national health policy. Nonetheless, the terms of the national policy adopted in 1989 did not specifically identify the health district as an operational vehicle for comprehensive primary health care in the country. The Ministry of Health (MOH) authorities finally started to recognise the health district as a potential tool for implementing health services in Rwanda at the beginning of the 90s. Even then, it was only considered as a pilot strategy to be explored.

Just after the war of 1994, the previous health system was dismembered and 80 percent of its health professionals were killed or had fled the country (Eriksson *et al*, 1996). It was the occurrence of looking critically at a health sector reform that would be based on the previous commitments of the Rwandan Government and on recent views of the Ministry of Health (MOH). This ended in the elaboration of the National Health Policy in February 1995 (Ministry of Health, 1995). This document focused on the main strategies retained by the MOH to improve the health of the population in a context of decentralization with emphasis on equity concerns in crisis conditions.

The main tool retained to achieve the objectives of the 1995 National Health Policy is the strategy of PHC implemented through health districts shaped according to Rwandan realities. A couple of years after the implementation of this new health policy, it seemed relevant to evaluate the process in terms of activities and their relationships with resources allocated to the sector. Furthermore, it is necessary to stand back and look at the feasibility of implementing such a policy in post crisis conditions and to analyse its current strengths and weaknesses as well as its future opportunities.

**Material & Methods**

Rwanda is a country in Central Africa with about 8 millions inhabitants, located between the Democratic Republic of Congo in the west, Uganda in the north, Tanzania in the east and Burundi in the south. It is one of the poorest country in the developing world with a Gross National Product of 180 US dollars per inhabitant per year (World Bank, 1997).

In 1995, soon after the elaboration of the new National Health Policy, Rwanda was divided into 34 health districts. These were grouped in 10 health regions. Each district comprises of one district hospital and a network of health centres. The implementation of the districts was designed and operated on the basis of existing hospitals. The borders of the districts did not necessarily follow the administrative limits (commune). Regarding health districts, data was obtained from public and not-for-profit facilities. In 1997, the number of health district was put up to 39 and health regions to 11.

In 1995, the central level with the main responsibility to support the operational district level (normative role, supervision, control,...) was initially made up of 4 Directorates which are in turn composed of 26 Divisions and Programmes. In 1999, the Planning and Administration Directorate was split in two different ones.

In order to appreciate the functionality of the district from 1997 to 2000, we selected some indicators related to activities, efficiency and equity. These indicators were chosen for their expected ability to shape the implementation of health districts in Rwanda, two years after the adoption of the National Health Policy. Some of these indicators, mainly those related to basic curative and preventive activities, have been widely used for many years and are reported in relevant literature (Kielmann *et al*, 1991; Hussein et al, 1993, Lippeveld et al, 2000). Some others were collected from research tools elaborated by the World Health Organization (WHO, 1996; McPake & Kutzin, 1997).

We used several sources of information to carry out a « cross-sectional » survey of activities as well as of financial, material and human resources for 1997-2000. Firstly, for 1997, we asked all health districts and regions of the country to complete a form elaborated with the aim of gathering relevant information related to activities and resources. These forms collected from the health districts and regions brought together information from health centres and hospitals.

Secondly, for the 1998-2000 period, data were compiled from the newly implemented national health information system which produced monthly health district reports. We focused mainly our interest on primary level data because the national health information system did include only few data of activities from district hospitals. The results regarding completeness of reports, utilization and coverage of activities came only from health centre information.

As in other developing countries, a computerised programme (Gesis®, see Annex 1) for data input and analysis was installed in each district as well as in each health region and at the central level.

Data were collected at the health centre level through standardized paper forms. Once the data has been entered at the peripheral level, a copy of the data was sent by diskette to the regional and central level for centralised record keeping. This flexible design permitted timely use of data at all levels of the health system, and different levels of analysis. Data could be used for locally appropriate management purposes, and as information was sent to the different levels of the health system, health districts or health care facilities could be compared to assess their performances (internal benchmarking). Using this comparative approach allowed authorities of the different levels as far as they were concerned to learn from each other, to solve problems together or to replicate successful strategies (Zairi & Leonard, 1994; Duran-Arenas, 1998).

Data covered all fields of activities carried out by health districts in Rwanda in accordance with the minimal packages of activities defined by the MOH. These activities were comprised of : curative and preventive care (immunization, antenatal care,...), management (finances, drugs, human resources,...) and community participation in terms of involvement in management committees and of financial participation.

Demographic information came out from data gathered at peripheral level by health or administrative authorities and from the 1996 Socio-Demographic Survey (Ministry of Finance and Economic Planning, 1997). MoH Authorities pointed out that local guess were higher only with 2.5% when compared wih central estimates

All data were checked and compiled at the central level (Ministère de la Santé, 1997-2001)[[10]](#footnote-10). They were discussed with appropriate authorities and for some of them, they were re-checked in the field in order to assure their reliability.

The global methodology used in this paper is “policy analysis” based on the identification of results and constraints related to strategic choices or policy decision making (see Harrison, 2001 and Part I).

We focused on selected health districts to show how routine data could be useful with an “internal benchmarking” approach. Some of health centre data related to performances were aggregated at the district level and presented in star diagram (Chambers et al, 1983). These diagrams allow comparison of data on a location (transversal) as well as on a time basis (longitudinal). We selected 9 or 10 indicators that were considered to reflect activities at the district level. The diagram permits an easy representation of the « performance » of a district according to its activities. We were therefore able to measure the variability of the performance of health districts in Rwanda and to make decision about most important strengths and weaknesses in each entity.

**Results**

In 1997, Rwanda had 39 health districts in 11 Health Regions. These figures remained stable until 2000. For this survey, the mean completion rate ranged between 80 and 90 %, according to items and years. The delay for getting information from health facilities to central level was ranging from 2 to 3 months. It means that the MOH division in charge of health information was able to produce feedback at end of one quarter for the previous quarter of activities.

Let us first consider the health facilities coverage. According to reports from the Health Regions, there were 330 first and 28 second level health facilities in the 39 districts of the country at the end of 1997. Among all these facilities, 36.0% were not-for-profit private ones. Among the 330 first level health facilities in the country, 261 (79.1%) were registered as health centres. There were 30 health districts with a reference hospital (84.6%). Of this number, 28 (84.8%) were functional. So, at the end of the year, only 71.8% of the districts had a working reference hospital. By 2000, considering demographic growth, the coverage remained stable with 347 first level facilities and 32 district hospitals. More than 35 % of these facilities were church related not-for-profit private ones.

Lack of human resources was probably the most important challenge the health system had to face. There were 30 (76.9%) medical doctors working as District Medical Officers in the 39 health districts in 1997. In 2000, this figure raised up to 34. In the 39 health districts, there were around 80 additional medical doctors, including expatriates mainly but not exclusively for district hospitals. The doctor population ratio represented less than 1.5 medical doctor for 100,000 inhabitants at the country level. Considering the district level, this ratio ranged from 0.0 to 6.2. Regarding the paramedical staff, the global ratio was 9.5 paramedics per 100,000 inhabitants in 1997 with a range varying between 2.9 and 46.1. If the ratio remained stable for medical doctors, it raised up to 13.5 paramedics for 100,000 inhabitants in 2000 with a range from 0.4 to 50.9.

During the 1997-2000 period, according to the reports received from the health districts, the population covered in health districts ranged from 80 000 to more than 515 000 with a median at around 175 000 inhabitants. In 1997, 67 % of health centre catchment’s areas were defined with a range from 0 to 100% according to districts. In 1999, this figure improved to 89 %. During the period, the median of the number of inhabitants living in the catchment’s area was around 25 000, while the ministerial objective was one health centre for 20 000 inhabitants. The range was varying between one for 3500 and one for 90 000. In 1998, among the districts in which a reference hospital exists, the bed ratio per inhabitant varied between 1/659 to 1/4533, with a median value at 1/1311.

Regarding the Minimal Package of Activities (MPA), in 1997, 84.4% of health districts covered at least 80 % of the activities recommended within the MPA. In 2000, this proportion increased to 93 %. All the districts that did not implement all the recommended activities were located in the western part of the country which was rocked by insecurity. Regarding the Complementary Package of Activities (CPA) at the hospital level, in 1997, only 23 among the 28 (82 %) functional district hospitals were performing at least 80 % of the recommended activities within the CPA. In 2000, the proportion increased to 84 % (27 among 32 functional district hospitals).

The classical utilization and coverage indicators revealed that, in 1997, utilization rate of the first level curative care clinics ranged between 0.10 and 0.73 new cases per inhabitant per year (nc/inh/yr). The value for the country as a whole was 0.34 nc/inh/yr. In 2000, the global value was 0.25 nc/inh/yr, ranging from 0.04 to 0.51 nc/inh/yr. The lowest values were observed in the western part of the country where insecurity persisted. The proportion of hospitalisation at the health centres level ranged in 1997 between 2.1% and 16.2 % of all new cases, with an average value around 6.6%. In 2000, the global value was 1.7 % and the range went from 0.2 to 6.5 %. In health centres, between 0.9% and 5.9% of admitted persons died, meaning that the death rate of sick hospitalised people in health centres was about 2 % on average.

The obstetrical coverage was extremely low at the health centres level ranging between 2.7% and 25.8%, with a global value at 10.2% in 1997. In 2000, the coverage ranged from 1.3 to 24.2 % with an average of 10.0 %. The antenatal care coverage increased between 1997 and 2000 from 54.6 % to 76.4 %. At the antenatal clinics of health centres, the proportion of pregnancies that were detected as being high risk and referred to hospitals remained stable at 12.1 and 12.0 % in 1997 and 2000 respectively . In health centres, in 1997, the estimated maternal mortality rate was 487 for 100 000 live births . In 2000, this estimated rate was 200 for 100 000 live births. Regarding early neonatal mortality the average was 4.8% (range: 1.7 - 9.2%) in 1997 and 4.0 % (range: 2.0 - 10.1 %).

Finally, immunization coverage for 0-11 month children was high (Table). It is to be mentioned that in 1998 and 1999, the results of immunisation coverage activities revealed a significant decrease of about 25 % compared with 1997 performance. Specific efforts were undertaken by each health facilities under the pressure of the MOH central level. In 2000, the figures were slightly better than those of 1997.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1997** | | **2000** | |
|  | **Global (%)** | **Range (%)** | **Global (%)** | **Range (%)** |
| Tuberculosis | 61.6 | 9.9-105.3 | 65.5 | 6.5-116.6 |
| DTP3 | 60.9 | 12.1-102.4 | 69.9 | 10.3-128.9 |
| Measles | 53.2 | 12.7-105.2 | 52.1 | 6.6- 88.5 |

**Table : Immunisation coverage for tuberculosis, complete diphtheria - pertussis - tetanus (DTP3) and measles (1997 and 2000) Source: Ministère de la Santé, 1998 and 2001**

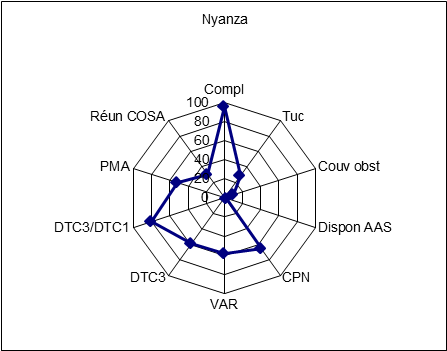
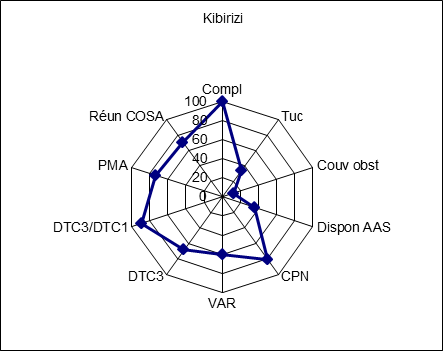
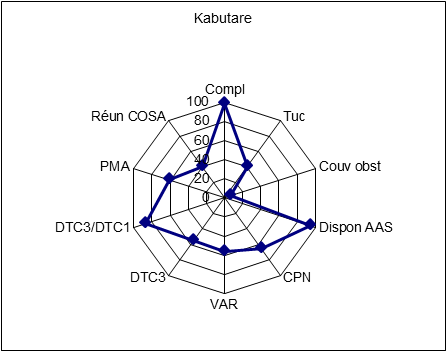
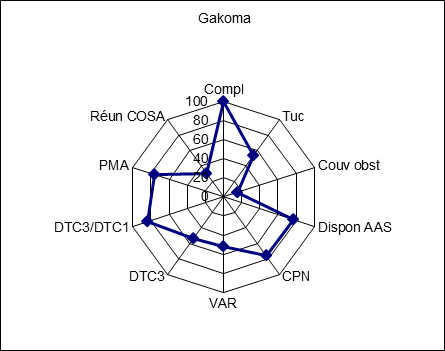
Community participation was measured through the availability and functionality of management committees at the district, hospital and health centre levels and through financial participation of the community . In 1997, there were 15 district committees among 39 expected (38 %), 23 hospital committees among 28 expected (82 %) and 280 health centre committees among 330 expected (85 %). In 2000, these proportions went up to 28/39 (72 %), 28/32 (88 %) and 336/347 (97 %). In 2000, those committees held 60 % of expected regular meetings. Financial aspects of participation were developed elsewhere (section V.3).

Regarding drug availability, the Ministry of Health has created a semi-autonomous office (CAMERWA) which was charged with responsibility for making essential drugs, basic medical equipment and materials available to the population at affordable prices through public sector and not-for-profit facilities. The government has delegated the management, procurement and distribution of pharmaceuticals to this entity. In 1997, there were 23 health districts with a functional district pharmacy which were supposed to be linked with the CAMERWA. In 2000, this figure raised up to 38.

The mean number of supervision visits made by members of health district management team was 6 visits in each facility each year. This number remained stable during the whole period (1997-2000).

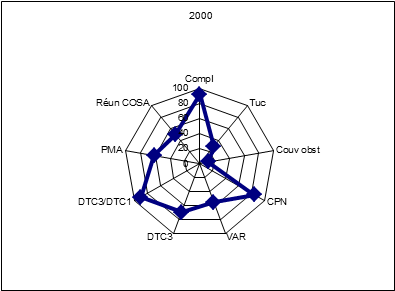
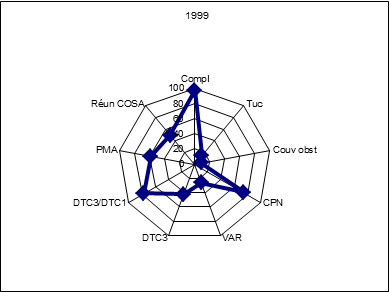
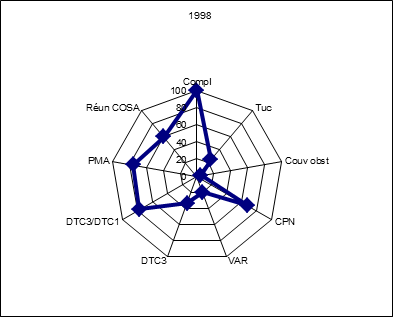
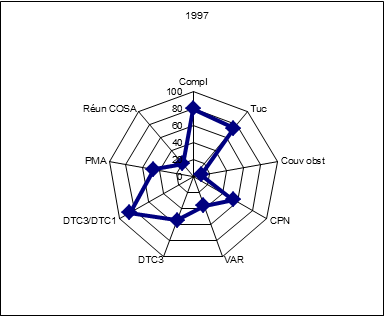
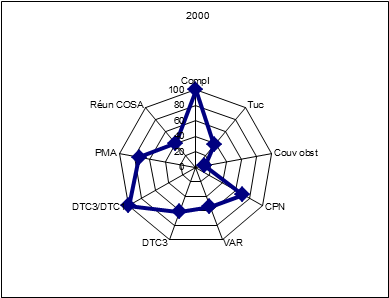
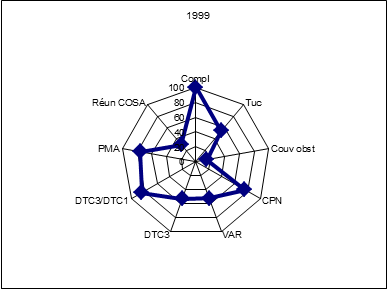
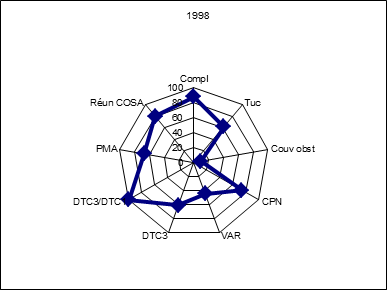
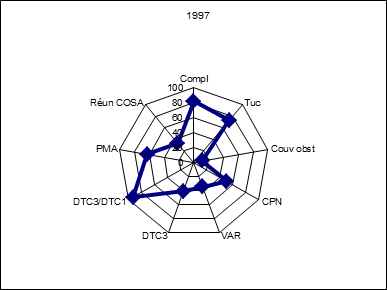
On average, for each year of the period 1997-2000, each district of the country performed around 60 000 curative consultations, 1250 deliveries, 900 surgical operations, of which 15 % of caesarean sections; each district immunised between 5000 and 6000 children and examined about 7000 pregnant women with a little bit more than 15 health professionals for 100 000 inhabitants and probably less than 5 USD per inhabitant per year.

Beside those global achievements, collected data acknowledged to compare level of activities between different districts or health centres. For health districts, internal benchmarking methods (Zairi & Leonard, 1994) allowed us to compare activities between districts both between them and for each of them from one year to another.



**Figure 1: Comparison of performances in the 4 health districts of the Butare health region in Rwanda (1999) Source: 1999 Annual Report of the Ministry of Health and Health Information System. Compl = completion rate; Tuc = utilisation of the curative consultation; Couv Obst = obstetrical coverage; CPN = antenatal coverage; VAR = measles immunisation coverage; DTC3 = third dose diphteria-Pertussis-Tetanus immunisation coverage; PMA minimal package of activities; Réun Cosa = effective/expected meetings of management committee at health centre; DTC3/DTC1 = ratio of immunised children 3rd dose /1st dose.**

As an example, Figure 1 presents quantitative and qualitative performances for the 4 districts of the Butare Health Region. Those districts for which most of the information was available in 1999, revealed similarities and differences in their respective pictures. Gakoma and Kabutare showed good drug availability and curative care utilisation while preventative activities seemed to be weak. Nyanza had clearly the lowest profile and Kibirizi performed good preventive activities but failed on drug availability and community participation.



**Gakoma Health District**

**Nyagatare Health District**

**Figure 2: Performance of Gakoma and Nyagatare health districts between 1997 and 2000 (Source : Annual Reports of the Ministry of Health). Compl = completion rate; Tuc = utilisation of the curative consultation; Couv Obst = obstetrical coverage; CPN = antenatal coverage; VAR = measles immunisation coverage; DTC3 = third dose diphteria-Pertussis-Tetanus immunisation coverage; PMA minimal package of activities; Réun Cosa = effective/expected meetings of management committee at health centre; DTC3/DTC1 = ratio of immunised children 3rd dose /1st dose.**

Figure 2 is a representation of Gakoma and Nyagatare health districts performance during the 1997-2000 period. The Figure shows that the Gakoma health district experienced the drop of curative care utilisation and health centre management committee meetings while its completion rate and quality of immunisation activities improved. In Nyagatare, which was created in 1997, the level of performance grew rapidly especially with immunisation activities but remained weak in curative care utilisation and levels of achievement of the minimal package of activities.

**Discussion**

The developments presented above took place in a country that was coming out of severe civil strife and had to face some insecurity in its western part. It was an opportunity for a profound health policy rethinking. Regarding the analysis, although it is difficult for us to reach at a firm conclusion about the benefits of the 1995 health sector reform on the present health system when compared to the previous non district based system in Rwanda, data clearly show that the health district system could be made operational immediately after acute events.

Partitioning the country into health districts facilitated health system organisation as well as coordination of domestic and external resources. This point took on particular importance in a context of health care reconstruction where hundreds of partners were involved. Planning, monitoring, reporting and resource allocation related activities were achieved within two or three years after implementation. Such activities were conducted by the Cabinet of the Minister of Health. Central directorates, and regional as well as district medical officers took them in turns for operationalisation. They were supported by two co-ordination units working from inside the MOH. The responsibilities of these units were to centralise information about projects implemented at all levels of the MOH.

Results achieved by health facilities were noteworthy from a quantitative as well as qualitative point of view. After its complete dismantlement in 1994, the rebuild system produced health services for the entire population and got results that were comparable to those of other sub-Saharan African Countries (WHO, 1998; Henao-Restrepo *et al*, 2003). The implementation of management committees at different levels of the system was impressive. This has been followed by medical as well as administrative authorities which were in turn motivated and involved themselves in risk sharing initiatives like “mutuelles de santé”.

The implementation of a comprehensive and operational health information system was also a major progress in health system organisation and policy analysis. Data analysis was done with respect to a given determined population as the geographical limits of health districts were set up. This analysis was related to resources, activities and system results. Data of different districts could be compared through an easy visual tool : the star diagram. We have to mention here that diagrams that were presented here are just examples. There were no specific criteria for the choice of the district for which information was presented. It appears also that the analysis should be deepened by investigating what happened in terms of activities in the different health centres of those districts. This analysis could be the key for answering questions about performance failures in curative or preventive activities as well as efficiency.

We obviously found some inaccuracies in the data. For example, coverage values beyond 100% clearly show that data were not collected as accurately as it should have been. Among the possible explanations are the lack of delimitation of the catchment’s area, the imprecision of the different denominators and target populations. This aspect is probably the first one to be investigated by local, regional and national authorities and could be considered as a relevant starting point for any thinking process in health entities.

Community participation was new in Rwanda. This aspect was a key issue in the reform process in Rwanda after 1994. By bringing the community as near as possible to decision-making through various management committees, it was possible to take into consideration its needs and demands as well as to better adapt the supply and subsequent human, financial and material resource allocation. As decentralisation features, the community participation fit into the overall process of democratisation and good governance opened by Rwandan authorities at the end of the last century.

Articulating the performance of the health district permits the central level to better appreciate the actions undertaken by its partners, especially local ones like the churches and NGO’s which are often inclined to prefer an organisational set-up based on health units without linking them to catchment’s areas. This approach did not allow to know precisely the population for which the health units are responsible. Furthermore, the real involvement of the community in decision-making in this case is much limited.

The approach based on the district is supported by the central level by putting in place accompanying measures such as the elaboration of the health map of the country, the elaboration of indicative norms for activities (MPA and CPA), of personnel, of equipment,… and the adaptation of the health legislation, especially with respect to legal recognition of the health district.

Above documented results in terms of health services delivery as well as community participation, health information system, and other aspects as aid coordination, budget constraints which will be discussed elsewhere (Porignon *et al*, 2003), are all arguments in favour of the effectiveness of the new health system in Rwanda. Its increasing efficiency is not argued and discussed as such in the present section.

Data provided in this paper argued that it was not foolish but rather relevant to use the health district concept to rebuild a health system in the immediate post crisis phase of a disaster as huge as the one experienced by the Rwandan population in the 90’s. It argues that as the post crisis phase went by the Rwandan health system’s global efficiency increased. The financial resources dropped dramatically and performances remained stable, except for curative care utilisation. Finally, it argues also that it was possible to document these facts on the basis of routine or non specifically collected data.

Nevertheless, it is clear that some difficulties appeared in the implementation of this new health system. First of all, some activities remained very low (family planning for example, Ministère de la Santé *et al*, 2003) or obstetrical coverage. The figures reached for the latter item were probably underestimated. The 2000 Demographic and Health Study reckoned obstetrical coverage at 30 % in the country (Office National de la Population & ORC Macro, 2001). Estimates included an additional 15 % of deliveries occurring in private facilities and about 5 % of deliveries taken in charge in hospitals. The quality of health care delivery was not evaluated in the present paper. The Minstry of Health undertook other studies that showed problems in that field : poor quality of maternal care is a good example (Ministère de la Santé *et al*, 2003). Private care, although considerably growing from 1997 onward, was not taken into enough consideration. Lack of coordination in the very beginning of interventions undertaken by the international community, especially in other sector than health where leaders had less obvious views on health strategies and policies was prejudicial. Competing interest of other sector like defence or education, especially after 1998, conducted the Governmental authorities to lower financial resources for the health sector. This led to underfinancing health activities and to restraining- health system development. Results, if worth mentioning, were not optimal. Some activities remained very low in terms of coverage or utilisation. For example, family planning and AIDS control efforts (although sexually transmitted infections were well covered) were far from sufficient to effectively cover the target populations. Health professionals movements within the system and lack of capacities in motivating some highly qualified professionals were also among the determinants of poor achievements in some places or domains.

In conclusion, evidence has been brought that health district system can be of interest in rebuilding health systems after disaster in low income developing countries. Political will and clear policy options as well as aid coordination or large community and stakeholders involvement are the main issues to be tackled. Refined studies from other contexts should be undertaken to confirm preliminary conclusions from this research.

## Les défis des professionnels de santé dans leur participation aux processus de paix

**Les systèmes de santé et leurs acteurs : quels défis pour la résolution** **des conflits**

**dans la région des Grands Lacs africains ? [[11]](#footnote-11)**

## Introduction

Si la santé fait partie depuis longtemps des déterminants du bien-être des individus et des communautés, l’importance de la santé n’est réellement reconnue que depuis une dizaine d’années comme un élément essentiel dans le développement économique. La Banque mondiale, dans son rapport annuel sur le développement publié en 1993 et intitulé « Investir dans la Santé », stigmatisait, d’une manière suffisamment forte pour assurer la prise de conscience des principaux décideurs internationaux, le fait que la santé des populations est nécessaire pour construire une société ou un pays et que la santé ou plus exactement l’absence de santé pouvait être un déterminant important de la pauvreté principalement dans les pays à revenus limités (World Bank, 1993). Depuis lors, de nombreux arguments parmi lesquels la reconnaissance des conséquences humaines et économiques de l’explosion de la pandémie du SIDA dans certaines régions du monde et en particulier en Afrique sub-saharienne est largement venue illustrer cette vision déterministe entre maladie, santé et économie (World Bank, 1999; Onusida, 2004).

D’un point de vue général, certains auteurs ont relevé des similarités évidentes entre les notions de maladie/santé et celles de violence/paix : le fait qu’elles touchent des individus (maladie/violence) ou des communautés (épidémies / pandémies / guerres), leur adéquation aux concepts de prévention (primaire, secondaire, tertiaire), le principe de causalité qui les lie, qu’il soit considéré d’un point de vue interne (vieillissement / altération cellulaire / culture / intérêts) ou d’un point de vue externe (traumatismes / agressions), la définition (absence de maladies / absence de conflits ou de guerres) (Galtung, 1997).

D’un point de vue plus pratique, les aspects sanitaires sont, depuis très récemment seulement, identifiés formellement, y compris à travers la littérature scientifique médicale, comme faisant partie intégrante des éléments de réflexions et d’actions dans le cadre de l’élaboration et de la mise en œuvre des processus de paix (MacQueen & Santa Barbara, 2000 ; MacQueen *et al*, 2001 ; Kickbusch, 2004 ; Porignon *et al*, 2004).

La construction de la paix (« peacebuilding ») peut être vue comme un processus nécessitant à la fois la destruction des structures de violence et la construction de structures de paix (Bush, 2001). A ce titre, comme le souligne Kenneth Bush, il existe plusieurs domaines d’action potentiels : (1) la capacité institutionnelle, (2) la sécurité militaire et humaine, (3) les structures et processus politiques, (4) les structures et processus économiques et, enfin (5) la valorisation et la reconstruction sociale (Bush, 2001). La santé peut être considérée, à des degrés divers certes, comme vecteur dans l’un ou l’autre de ces domaines : (1) l’organisation et la gestion des services de santé, en conditions d’urgence ou de post crise, (2) la sécurité alimentaire, essentielle pour la lutte contre la malnutrition et donc contre les maladies infectieuses responsables de la grosse majorité des décès dans les pays en développement, (3) le renforcement des acteurs de la société civile, de plus en plus présente dans la gestion et la prestation des services et de soins de santé, (4) la fourniture de services de base ou la génération d’emplois, souvent nombreux dans le secteur de la santé, (5) l’adéquation des services sociaux et la valorisation de la participation communautaire sont autant d’exemples respectifs qui illustrent l’articulation de la santé avec les différents aspects de la reconstruction de la société dans une zone de conflit.

La stratégie des soins de santé primaires mise en œuvre dans bon nombre de pays en développement et particulièrement dans la région des Grands Lacs africains repose sur la mise à disposition des populations de soins de santé essentiels, rendus accessibles à l’ensemble des communautés sans discrimination, avec leur pleine participation et à un coût qu’elles puissent supporter. Cette vision, développée à la fin des années 70, a permis de mettre en place un réseau pyramidal de structures sanitaires aux fonctions complémentaires. Ces dernières portent la capacité du moins potentielle de répondre aux attentes exprimées ci-dessus. Le propos des différentes sections qui suivent est d’en décrire les modalités. Cette approche nous permettra d’aborder les principaux défis que le secteur sanitaire doit affronter quant à sa contribution au processus de paix. Voyons comment cette vision rencontre les principaux défis auxquels elle doit faire face.

## Les principaux défis

## Le défi sanitaire

Le défi sanitaire, se référant au poids de la maladie (burden of disease), bien qu’étant le plus directement ressenti car se traduisant de manière tout à fait prosaïque par des maladies, des décès, des invalidités, des séquelles physiques ou psychologiques,… est également celui pour lequel des solutions plus ou moins efficientes peuvent être raisonnablement envisagées à court ou moyen terme dans le décours d’une crise.

Généralement, les principaux problèmes de santé sont liés aux pathologies infectieuses, aux maladies liées aux carences nutritionnelles, aux maladies liées à la grossesse et à l’accouchement (hémorragies,…), aux traumatismes physiques et psychologiques. Parmi les maladies infectieuses, on retrouve principalement les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires, la malaria, la tuberculose, le syndrome d’immunodéficience acquise (sida), aggravées par une malnutrition souvent latente. Dans les pays d’Afrique subsaharienne les moins avancés, ces pathologies constitue le lot quotidien des professionnels de santé tant en période normale qu’en situation de crise. D’un point de vue quantitatif cependant, lors des accélérations critiques, les pathologies surtout infectieuses aiguës comme la malaria, les diarrhées et les infections respiratoires ainsi que la malnutrition voient leur importance - tant en sévérité qu’en nombre de cas - augmenter considérablement et parfois dans des proportions catastrophiques. Elles nécessitent alors des interventions diverses, notamment des interventions dites « humanitaires d’urgence » volontairement ciblées en terme de maladies et/ou de populations bénéficiaires afin de garantir une efficacité certaine pour elles et pouvoir ainsi être contrôlées le plus rapidement possible.

Ces pathologies, contribuent avec d’autres facteurs comme les déplacements de population ou les violences au sentiment d’insécurité qui prévaut de manière profonde au sein des populations victimes (incluant ici celles qui subissent directement les conséquences des troubles mais également celles parfois plus éloignées géographiquement mais que la situation critique frappent de manière moins frontales, par exemple à travers les perturbations économiques ou sociales.

Dans la Région des Grands Lacs africains, on a assisté depuis 1990 à une succession ininterrompue de périodes de calme relatif et de périodes de crises aiguës : ainsi dans l’est du Congo, des troubles interethniques (1992), un afflux massif de réfugiés rwandais (1994-1996) deux guerres successives (1996 et 1998) ainsi qu’une présence extérieure pendant plusieurs années ont déstabilisé les populations. La plus importante de ces crises par sa soudaineté et son ampleur (l’afflux massif d’un million de réfugiés rwandais) a par exemple provoqué un excès de mortalité auprès des populations rwandaise et congolaise estimé à un facteur 30, mais également, une augmentation par un facteur 2 à 5 de la prévalence de la malnutrition grave dans des zones qui n’ont pas été le théâtre officiel direct de l’installation des réfugiés (Porignon *et al*, 2000). En outre, il convient de signaler que la combinaison de ces événements avec l’accélération de l’épidémie de sida – dont la situation d’insécurité, notamment à travers les violences sexuelles, a été un des facteurs de propagation - a entraîné une réduction de l’espérance de vie au Rwanda de près de 20 % pour tomber dès l’année 2000 sous la barre des 40 ans.

Pour faire face à ces défis, des moyens potentiellement performants ne manquent pas, que ce soit en termes d’outils systémiques ou en termes d’interventions plus spécifiques. Toutefois, la carence des ressources financières et humaines, alliée à la persistance de l’insécurité handicapent sérieusement la mise en œuvre opérationnelle de ces outils. D’une manière générale, les systèmes de santé tels que mis en place au Congo depuis le milieu des années 80 et au Rwanda depuis 1995 ont permis d’apporter des résultats non négligeables mêmes en situation de crise profonde et prolongée (Porignon, 2003). Couplés aux interventions d’urgence permettant de prendre en charge les événements les plus significativement critiques ou encore de suppléer les services de santé locaux en cas de débordement, les systèmes de santé locaux offrent une opportunité non négligeable de contribution à la prise en charge des populations. Dans ce contexte, la standardisation des interventions d’urgence (The Sphere Project, 2000) ainsi que l’identification des interventions les plus efficaces devraient permettre de réduire la mortalité, notamment chez les enfants de moins de 5 ans (Jones *et al*, 2003).

Ceci nous amène à considérer les aspects d’organisation opérationnelle des services de santé.

## Le défi organisationnel

*Le système de santé de district*

Dans la logique initiée à la fin des années 70 dans le cadre de la stratégie des soins de santé primaires, le modèle appliqué dans les années 80 pour l’organisation de base des services de santé dans les pays en développement et notamment dans la région des Grands Lacs africains est celui du district de santé.

Le modèle est expliqué au point 2.2 du présent travail. Nous n'y reviendrons pas. Néanmoins, il nous paraît important de souligner les éléments suivants.

Cette approche finalement très bureaucratique et mécaniste (selon la typologie de Mintzberg [1979]) et en ce, très différente de celle que nous connaissons dans les pays européens, a été rendue nécessaire pour pallier le déficit important en ressources humaines obligeant les autorités responsables à mettre dans les établissements sanitaires de premier niveau des infirmiers et à rationaliser au maximum les interventions afin d’en réduire les coûts. Le système de santé a certes souffert de déstructuration profonde tant au Rwanda qu’au Congo, mais il a également, grâce à cette standardisation, pu résister et offrir très rapidement des soins aux victimes ou éviter un démantèlement complet. La (re)mise en place du système de santé a été rendue possible par (1) une implication et la volonté politiques suffisamment fortes au niveau gouvernemental (Rwanda) ou ministériel (en République démocratique du Congo), (2) un niveau de conceptualisation suffisamment élaboré permettant au système de santé de bénéficier d’un effet d’inertie - particulièrement important en République démocratique du Congo - assurant la persistance de la « culture de district sanitaire » pendant de nombreuses années après l’effritement des prérogatives organisationnelles et normatives du ministère de la santé (3) des valeurs qui sous-tendent le système de santé et ses acteurs (équité, implication de l’ensemble des acteurs,…), (4) une aide extérieure à la fois financière et technique non (ou très peu) interrompue dans le temps, (5) une simplicité du modèle de district sanitaire permettant néanmoins la prise en charge raisonnée de populations correctement identifiées.

L’implication de l’Etat, discutable dans bien des contextes (voir par exemple Van Lerberghe & De Brouwere, 2000), et néanmoins souhaitable pour l’organisation d’une politique sectorielle ou la coordination, n’est cependant pas considérée ici comme une panacée mais plutôt comme un besoin d’autant plus important que la situation de crise empêche la prestations des soins dans les services privés et que la rationalisation est un facteur d’efficacité indiscutable en période critique.

## Systèmes de santé et information sanitaires

La politique de santé ne peut être mise en oeuvre que si « le » politique[[12]](#footnote-12) est réellement en place au niveau des structures de l’Etat. Cette notion est importante. L’expérience rwandaise nous montre que dans l’immédiat après-guerre, la volonté de reconstruction du pays a fait au moins jeu égal avec la politique et les velléités politiciennes. Ceci a en partie expliqué - avec le massif appui budgétaire de la communauté internationale et les choix politiques clairs et cohérents - la rapide progression des performances du système de santé de 1997 à 2000 au Rwanda.

Dans le cadre congolais, les bases conceptuelles établies sur la notion de district de santé qui sous-tendent encore présentement la politique sanitaire nationale ont été définies dès le début des années 80. On doit en grande partie à son extraordinaire capacité de motivation et de ralliement des professionnels de santé congolais autour de ses principes essentiels, le fait qu’actuellement cette politique constitue encore la pierre angulaire de l’action sanitaire publique couvrant l’ensemble du territoire congolais.

Dans cette approche, l’information sanitaire joue un rôle essentiel. Elle permet entre autres de mesurer les performances des différentes entités du système et de la pyramide sanitaires (district, centres de santé, hôpitaux, régions, programmes nationaux,…). Elle est également l’occasion de réunir les différents contextes d’enjeux pour l’analyse au niveau régional ou national. Ceci est particulièrement vrai en République démocratique du Congo où le fait de réunir à Kinshasa les médecins inspecteurs provinciaux provenant des 4 coins de la République est probablement beaucoup plus qu’un simple fait organisationnel et est également conçu pour contribuer peu ou prou à la réunification du pays.

## Interventions humanitaires : le nécessaire paradigme de la complémentarité

Les interventions dites humanitaires d’urgence sont actuellement en cours dans de nombreuses régions du monde. Elles s’inscrivent dans une logique de soutien aux populations victimes des catastrophes, désastres ou guerres qui surviennent et/ou se perpétuent notamment en Afrique subsaharienne et plus particulièrement dans la région des Grands Lacs. Ces interventions se font actuellement dans des environnements en crise complexe. C’est dans ces conditions que se tissent les interrelations les plus confuses entre urgence et développement. Ce sont en partie ces contextes qui ont nourri le concept de « continuum urgence – réhabilitation – développement » (Macrae, 1997).

Nous ne reviendrons pas ici sur le bien-fondé de l’action humanitaire d’urgence, y compris dans son pouvoir de témoignage en faveur des inégalités dont sont victimes de nombreux peuples du monde (Médecins sans Frontières, 1992). De nombreux rapports et articles scientifiques y font allusion. Les limites de ce type d’intervention ont également été analysées, y compris par les acteurs eux-mêmes (voir par exemple Ruffin, 1985 ; Brauman, 1996 ; Hours, 1998). D’une manière générale, l’organisation des services et des soins de santé est un processus très différent de celui qui consiste, pour un médecin, à diagnostiquer une maladie et prescrire le traitement adéquat. Le raisonnement clinique (une cause, un problème, une solution) est insuffisant. Ce n’est pas parce que les moyens techniques pour résoudre un problème de santé (vaccins, médicaments,…) existent qu’il devient facile de résoudre ce problème. Sur le terrain, les responsables des programmes de santé ont, en réalité, à faire des choix stratégiques dans l’incertitude et à prendre des « décisions complexes ».

La décision en santé publique est bel et bien « complexe » : (1) les problèmes de santé sont déterminés par des facteurs corrélés entre eux de manière multiple ; (2) les sources de décisions sont multiples : professionnels de santé, bailleurs de fonds, population bénéficiaires des programmes, fournisseurs de biens et de services. Le fonctionnement du système au temps *t* est la résultante de toutes les décisions partielles parfois contradictoires ; (3) les conséquences des décisions diffèrent selon les individus et les groupes de personnes. Il est donc vain d’espérer qu’une action ponctuelle sur un déterminant isolé de l’état de santé puisse entraîner un effet visible au niveau du système considéré dans son ensemble. L’organisation des services et des soins de santé doit donc s’appuyer sur une analyse du système de santé dans sa globalité.

Les approches humanitaire d’urgence et de développement sont souvent présentées comme opposées entre autres pour des raisons de « clientélisme » qui poussent les organisations humanitaires d’urgence à entrer en compétition avec les organismes inscrits dans le développement à long terme voire avec les structures sanitaires établies dont l’efficacité est réputée insuffisante en regard des exigences liées aux interventions urgentes (Goyens *et al*, 1996 ; Foster, 1999). D’une part, les choix méthodologiques d’intervention sont différents, d’autres part les sources de financement étant différentes, les intérêts dans l’action au niveau local et dans la gestion des ressources disponibles au niveau des sièges des organisations peuvent conduire à une réelle concurrence, y compris interne (voir par exemple : Slim & Penrose, 1994).

Lorsque la crise survient, la capacité potentielle existant du côté des services de santé locaux, la réponse peut être immédiate même si objectivement insuffisante (Porignon *et al*, 1998). La complémentarité avec les organisations médico-sanitaires d’urgence est alors évidente. Cette complémentarité ne peut réellement exister que si ces dernières respectent les politiques nationales mises en place et envisagent leurs interventions en concertation avec les services de santé locaux au niveau de l’équité de l’aide apportée, du recrutement du personnel, du développement de stratégies de prise en charge des victimes, de l’intégration des activités dans celles existant déjà,… Ceci, évidemment, sans mettre en péril l’efficacité incontestable de la plupart des organisations médico-sanitaires d’urgence dans l’organisation des services et des soins pour les populations victimes. La complémentarité ne peut également exister que si les services de santé locaux renforcent leur sensibilité et leurs capacités intrinsèques face à l’urgence et sortent d’une certaine apathie freinant les initiatives opportunes en faveur des victimes et favorisant la substitution par les organisations médico-sanitaires d’urgence sous prétexte justifié d’efficacité. En post-crise, le retrait rapide des organisations médico-sanitaires d’urgence et l’absence de coordination dans la poursuite des financements extérieurs est un facteur de ralentissement des performances.

Le choix d’organiser le système de santé autour de la notion de district sanitaire et le découpage effectif en districts permet de disposer d’un outil autorisant à la fois [1] une répartition des aides extérieures ou domestiques, [2] un suivi des interventions et des performances des services organisés au bénéfice des populations, [3] la mise en place d’un système d’information sanitaire permettant le suivi des performances des districts et surtout [4] , dans plusieurs pays de la région des Grands Lacs africains de devancer une politique de décentralisation. Le découpage a également grandement facilité les calculs d’efficience et les calculs de coûts réels de fonctionnement du système de santé.

## Autres éléments fédérateurs

Dans le cadre de la mise en place des districts de santé, de leurs équipes cadres, de leurs comités de gestion,… le management positif des ressources humaines apparaît également comme essentiel pour la reconstruction d’un cadre organisationnel sanitaire et sociétal pacifié. L’approche systémique par les acteurs[[13]](#footnote-13), à travers le développement d’un modèle organisationnel sanitaire commun, ou à travers la tenue, par exemple, de réunions de travail, d’ateliers, de séminaires, de formations,… sont des facteurs essentiels dans le maintien, non seulement d’une cohésion systémique mais également d’une motivation des acteurs alors valorisés dans la poursuite d’un objectif commun dans un domaine où les clivages techniques peuvent être, dans le contexte qui nous occupe du moins, assez facilement minimisés.

Comme mentionné ci-dessus, la standardisation de la prise en charge des problèmes de santé constitue également un outil de cohésion systémique et de reconnaissance mutuelle sur un terrain dont la technicité contribue par la formalisation qu’elle entraîne (organisation bureautique, normalisation, ) à favoriser une certaine harmonisation sociétale.

## Les défis liés aux ressources

## Ressources financières

Le financement et la gestion financière pose un problème à au moins deux niveaux. La problématique au niveau macroéconomique relève de la mobilisation des ressources pour assurer le financement du secteur de la santé. Elle fait appel à la fois aux conditions économiques dans lesquelles le pays évolue (recettes, balance des paiements, dette, allocations budgétaires aux différents secteurs de la société, gestion de l’aide budgétaire,…). Cette problématique est en général largement sous le contrôle du ministère des Finances et du Gouvernement dans son ensemble qui attribuent au ministère de la Santé un budget pour la réalisation des activités. Mais le financement dépend également (1) de la participation de la population au coût des soins et (2) de l’aide extérieure. La participation de la population dépend effectivement beaucoup des conditions socio-économiques dans lesquelles elle vit et l’aide extérieure dépend à la fois du niveau critique dans lequel se trouve les pays (conditionnant entre autre la mobilisation de fonds d’urgence qui peuvent être colossaux[[14]](#footnote-14)) et des relations que ces derniers entretiennent avec la communauté internationale. Le second groupe de problèmes se situe au niveau microéconomique. Il concerne plus particulièrement à la fois la manière dont il convient d’assurer une bonne accessibilité financière aux soins de santé pour le plus nombre possible de victimes (victimes directes ou indirectes) et la manière dont les ressources financières doivent être gérées pour le plus grand bien commun dans les établissements de soins autres entités sanitaires.

Au Rwanda, par exemple, les sources de financement étaient de trois origines, 2 domestiques (gouvernement et participation financière de la population) et 1 externe (aide de la communauté internationale). La Figure 1 présente la répartition des ces trois sources pour l'année 1999. Elle illustre très bien la très large dépendance du système de santé rwandais vis-à-vis de l'aide extérieure.

**Figure 1 : Sources de financement au Rwanda 1999 (%) [Source : Auteur]**

A titre d’exemple, il convient de s’interroger sur l’adéquation entre politique de santé et mobilisation ou allocation des ressources financières. Au Rwanda, à la fin des années 90, l’analyse de la situation a permis de dégager plusieurs éléments qui sont en faveur d’une cohérence entre politique en matière de santé et allocation budgétaire :

1. Tout d’abord, le choix de contribuer de manière significative mais non exclusive au paiement du personnel. Comme il a été mentionné plus haut, non seulement la part du budget consacrée aux salaires a été augmentée et maintenue au maximum autorisé par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, mais un effort particulier a été fait également pour rationaliser cet aspect en diminuant le nombre de personnels non diplômés au profit de professionnels qualifiés. La motivation des agents a entre autre été assurée par le paiement de primes diverses (logement, transport,…) permettant de rencontrer les exigences des institutions de Bretton Woods en matière de charge salariale de l’Etat. Cet aspect traduit le souci du Ministère de la Santé d’assurer une certaine viabilité au système de santé en termes de motivation du personnel tout en garantissant un minimum de financement propre pour le fonctionnement du système de santé.
2. Ensuite, les ressources du budget ordinaire sont clairement orientées vers le niveau périphérique où sont prestés la majorité des soins pour la population. Cela traduit bien les préoccupations du Ministère de la Santé et rejoint les lignes directrices de la Politique nationale en matière de santé. Il faut toutefois noter que les contributions des bailleurs de fonds soutiennent largement les hôpitaux de référence et le fonctionnement des services au niveau central. On peut y voir une contribution de facto des partenaires extérieurs à l’appui du Ministère de la Santé dans la réalisation de ses objectifs sociaux en permettant à ce dernier de concentrer ses ressources sur les services de santé profitant au plus grand nombre. Les données du Rwanda ne sont par ailleurs pas très différentes de celles rapportées par Bossert & Beauvais (2002) pour le Ghana.
3. Dans le budget ordinaire, il y avait un souci constant du Ministère de la Santé de ne pas dépendre complètement de l’aide extérieure pour financer certains aspects dont la responsabilité lui incombe. C’est ainsi par exemple qu’en 1999, suite à une épidémie de malaria difficilement jugulée dans la partie nord du pays, une ligne budgétaire fut négociée avec le Ministère des Finances et de la Planification économique et ajoutée au budget ordinaire (Porignon *et al*, 1999 ; Porignon *et al*, 2001). Il s’agit ici clairement d’une volonté d’assurer au système de santé dans sa globalité une certaine viabilité financière, notamment à travers la limitation de la dépendance vis-à-vis de l’aide extérieure.
4. Il en est de même pour le financement des structures de référence, comme l’hôpital général de Kigali. En effet, ce dernier après avoir reçu un soutien important de la communauté internationale en 1995, a vu son financement considérablement réduit en 1996. Les responsables ont choisi d’augmenter progressivement la dotation pour cette institution qui joue un rôle essentiel dans la prise en charge de cas référés de tout le pays mais également comme hôpital de première référence pour la ville de Kigali. Le danger est ici de verser dans le sur financement des structures hospitalières communes à nombre de pays en développement (Newbrander et al, 1992).

Il est clair que pendant la période initiale, dans l’immédiate après guerre et compte tenu de la destruction massive du système, les coûts marginaux ont été relativement faibles et qu’ils auront tendance à augmenter dans la phase de consolidation de cette reconstruction. Néanmoins, il faut souligner la capacité d’organisation et de coordination du Ministère de la Santé attribuable en grande partie à la définition d’une politique de santé claire ayant permis d’orienter les aides extérieures massives vers la structuration d’un système de santé cohérent, relativement équitable, accessible et de qualité.

L’avenir du financement du système de santé au Rwanda dépendra largement des montants que le Ministère de la Santé parviendra à mobiliser tant au niveau interne (Gouvernement et population) qu’au niveau externe et du cadre organisationnel mis en place. La décentralisation, la redéfinition du rôle de l’Etat vers un désengagement de la prestation des services et une meilleure conceptualisation de la régulation (à travers la contractualisation et la législation), de la coordination (pour améliorer l’équité du système de santé), et de la définition des politiques sont des étapes essentielles devant permettre au Ministère de la Santé de mieux remplir la mission qui lui est confiée par le Gouvernement au bénéfice des populations.

## Ressources humaines

Outre les éléments déjà mentionnés ci-dessus, le défi de la gestion des ressources humaines est essentiel. Plusieurs problèmes doivent être envisagés :

1. La carence des ressources humaines est manifeste. Dans cette région du monde, l’on dénombre à peine 2 médecins et moins de 15 professionnels de santé pour 100 000 habitants. Comparés à la situation dans les pays occidentaux où l’on ne compte pas moins d’un médecin pour 400 à 500 habitants (soit 250 médecins pour 100 000 habitants) ou aux données concernant l’Afrique sub-saharienne (15 médecins pour 100 000 habitants), ces chiffres donnent une idée de l’ampleur des écarts entre les besoins et l’offre réellement disponible. Considérant l’inégale répartition de ces professionnels principalement concentrés en milieux urbains, il convient de poser combien l’insécurité sanitaire peut être importante dans certains endroits. La relation entre le nombre de professionnels de santé et la mortalité infantile ainsi que la relation entre la densité de professionnels de santé et les performances en termes d’activités sont bien établies au niveau international (Chen *et al*, 2004). Il importe donc de dégager les moyens nécessaires afin de promouvoir la mise à disponibilité et la motivation nécessaires pour une meilleure répartition des ressources humaines.
2. Parmi les éléments essentiels destinés à renforcer la capacité humaine potentielle dans les pays des Grands Lacs africains, la formation fait figure de pilier majeur. Le rôle des institutions universitaires est donc primordial. Cette formation doit comprendre bien entendu les sciences de bases utiles aux métiers de la santé, mais doit également couvrir les dispositions relatives à la préparation aux urgences (emergency preparedness) ou à la gestion des catastrophes, en ce compris l’éthique des conflits, la documentation des faits ou la prise en charge des victimes.
3. Le développement des compétences à travers la formation de base ou la formation continuée doit s’accompagner d’une motivation qui la plupart du temps pose d’énormes problèmes pour des pays aux ressources très limitées et opérant des choix allocatifs plus orientés vers la sécurité que vers les secteurs sociaux. Le rôle de la communauté internationale, portant porteur de questionnements fondamentaux en la matière, n’en apparaît pas moins essentiel dans ce domaine.
4. Le soutien apporté par des organisations extérieures, non gouvernementales, universitaires, caritatives, religieuses,… est également très important par la confiance qu’elles peuvent susciter et l’implication dans la compréhension et l’appréhension des conflits.
5. Le recrutement par les agences internationales bilatérales des professionnels les plus expérimentés, conséquence quasi inéluctable (1) de la compétition entre ces agences et les structures étatiques ayant besoin des mêmes profils professionnels hautement qualifiés et (2) de la faiblesse des salaires proposés par l’Etat aggrave la carence en ressources humaines aux différents échelons des pyramides sanitaires nationales.

## Les défis du management

Au sens large, nous entendrons la gestion comme un processus de planification, d’organisation, de direction et de contrôle concernant toutes les activités d’utilisation des ressources menées en vue de réaliser des objectifs dont le rendement est optimal (Schemerhorn & Chappell, 2002). La gestion des services de santé si elle ne s’éloigne pas d’une telle définition, n’en constitue pas moins, surtout dans les pays en développement, une des principales difficultés à la mise en œuvre des politiques sanitaires et à leur transformation en services utiles, performants et équitables au bénéfice de l’ensemble de la population. La question de la gestion se pose au niveau de l’environnement général (c’est-à-dire le contexte culturel, démographique, économique, juridique, politique et éducationnel dans lequel le système de santé évolue) et au niveau de l’environnement spécifique (c’est-à-dire les éléments et acteurs qui sont en interactions au sein du système de santé). Dans ce dernier, les aspects les plus préoccupants sont sans conteste la gestion quotidienne des établissements de soins, dont la faiblesse initiale ne fait qu’accroître rapidement la déstructuration en cas de conflits.

Au niveau général, le cas de l’évolution des budgets du ministère de la Santé au Rwanda est un exemple des priorités décidées au niveau du Gouvernement dans la gestion des problèmes auxquels ont dû faire face les autorités rwandaises au lendemain de la guerre et du génocide. Ainsi, l’évolution des budgets montre une augmentation de la contribution gouvernementale en termes absolus et relatifs. La part prévue pour la santé dans le budget du Gouvernement qui était inférieure à 2,5 % en 1997 est passée à 4 % en 2002-2003. La même tendance a été observée dans d’autres contextes, notamment au Cambodge (Lanjouw et al, 1999). Il est donc bien question ici d’un processus gestionnaire au cours duquel il s’agit de faire face au retrait rapide de l’aide extérieure qui s’est opéré dès l’an 2000.

Toujours au niveau général, il est intéressant de s’interroger sur le processus de décentralisation. Collins (1994) ou Bossert (1996) donnent une classification des différentes modalités de décentralisation. Les structures mises en place aux niveaux décentralisés doivent, pour que la décentralisation soit effective, s’accompagner d’une fonctionnalité accrue des systèmes d’information et des dispositions participatives. En République démocratique du Congo, cela s’est opéré de fait, suite à la « démission » de l’Etat. Au Rwanda, il s’est agi d’un mélange hybride entre déconcentration et autonomie de gestion (forme incomplète de dévolution). L’autonomie de gestion des institutions de soins au Rwanda date de 1992. L’allocation des fonds domestiques et celle des ressources humaines sont cependant restées très centralisées, du moins jusqu’en 2001 où un processus de décentralisation formalisé et touchant l’ensemble des secteurs de la société a été mis en place (Ministère de l’Administration locale, 2000). Le recrutement de personnels de santé au niveau local était toutefois possible pour autant qu’ils soient pris en charge par les fonds générés localement.

Plus spécifiquement, l’analyse de l’iniquité, notamment allocative, est un élément essentiel car il est potentiellement générateur de frustrations qui peuvent enrayer voire annihiler les efforts de reconstruction du processus de paix. Cette iniquité fut particulièrement ressentie lors de la crise des réfugiés rwandais au cours de laquelle les ressources étaient allouées de manière préférentielle aux réfugiés rwandais par rapport aux populations autochtones congolaises. C’était le cas pour les ressources financières, les ressources humaines mais également pour les intrants alimentaires (Porignon *et al*, 2000). Dans les camps de réfugiés, les dépenses pour la santé étaient au minimum 5 à 10 fois plus importantes que pour les populations autochtones ayant accueilli les réfugiés et vivant parfois en grande proximité avec eux (Porignon *et al*, 1998). Dans ce cadre engendrant instabilité et réflexes de repli, la gestion quotidienne pose un problème majeur à relever. Car il n’est pas de services sanitaires qui puissent prester des soins de qualité sans une gestion régulière des médicaments, sans une comptabilité minimale des ressources financières ou sans un approvisionnement en vaccin permettant une protection efficace des populations cibles.

## Le défi éthique

Le défi éthique est également majeur car il conditionne en grande partie la crédibilité sociale des professionnels de santé. Ce point a été largement développé plus haut pour certains aspects et dans un récent article pour une vision plus large (Porignon *et al*, 2004). Ces éléments ne seront donc pas repris en détails ici. En résumé, il apparaît que les responsabilités des professionnels de santé peuvent déborder les strictes considérations médicales et s’étendre vers la documentation des faits afin qu’ils puissent être rapportés en termes de gravité des actes perpétrés ou de leurs conséquences, vers le témoignage, vers l’implication dans la formation des agents sanitaires ou dans le recyclage des ex-combattants au sein des professions sanitaires, vers la prise de position contre l’utilisation de certaines armes particulièrement et inutilement destructrices,… Leur expérience dans la négociation acquise au cours de la construction du processus de participation communautaire au sein des différents comités évoqués ci-dessus ainsi que leur « reconnaissance » et leur « neutralité » face aux victimes permet une implication dans le soutien et le respect des procédures de médiation, au cours duquel les parties en présence doivent rechercher des solutions pacifiques à leurs différends ou conflits. Les professionnels de santé qui font partie des personnes, surtout au sein des communautés rurales, ayant le niveau de formation parmi les plus élevés peuvent parfois jouer le rôle de tierce partie relativement indépendante des antagonistes mais respectueuse des positions de chacun des opposants en présence (Maccio, 2004). Qu’il soit également rappelé que, pour ce faire, il importe que les professionnels de santé aient été préparés, si possible au cours de leur formation de base, à comprendre les enjeux de telles crises et à en démêler les origines réelles ainsi que les solutions appropriées.

## Eléments de discussion additionnels

La mise en perspective systémique des différents éléments soulevés ci-dessus est essentielle. Car la modification (l’amélioration ou l’atténuation) de tel ou tel facteur peut avoir des conséquences importantes sur les autres et donc sur la finalité du système de santé qui reste l’amélioration du statut sanitaire des populations.

Organisation des services de santé

##### Processus de paix - autres secteurs

Problèmes de santé

Ressources financières

Ressources humaines

Rôles forts potentiels des

acteurs locaux

A i d e internationale

**ENVIRONNEMENT**

**Figure 2 : Les défis sanitaires, vision systémique (Source : Auteur)**

Ainsi, le rôle de la carence en personnel de santé devient de plus en plus reconnu au niveau international comme ayant au moins autant d’importance que la limitation des ressources financières. Dans l’équilibre entre les facteurs (que sont aussi les défis présentés dans le présent travail), la part de l’humain est en voie de reconnaissance majeure car elle influence profondément les relations et équilibres décrits à la Figure 2. En outre, cette vision systémique s’inscrit dans un environnement dont il a déjà été souvent question plus haut. L’influence de ce dernier est déterminante dans les faits. Sur le principe, la vision systémique est emplie de questions sur l’autonomie, l’autodétermination, la liberté des peuples. Ainsi, le rôle de la communauté internationale apparaît occuper une place importante dans le schéma. La raison en est, que dans les situations critiques, la santé des populations victimes est très largement dépendante de son intervention ; qu’elle se fasse en termes techniques, ou et c’est surtout de cela dont il est question ici, en termes de ressources financières et humaines. Dans la région des Grands Lacs africains, il a été fait mention plus haut que les concepts et valeurs qui sous-tendent l’élaboration et la mise en œuvre de systèmes de santé ont été suffisamment élaborés et appropriés par les responsables de la politique sanitaire et par la population. Les Etats et les communautés sont cependant dans l’incapacité de faire face aux conséquences désastreuses en termes de fonctionnement quotidiens (médicaments, carburant, petit matériel médical, pansements, vaccins,…) des systèmes de santé ou en termes d’investissement en infrastructures ou en équipements. L’intervention de la communauté internationale est donc essentielle et inévitable. Plus les autorités locales auront eu à mettre en place un système de santé conceptuellement « puissant », mieux elles seront capables d’en défendre le bien fondé et la nécessaire intégration dans les interventions extérieures, y compris dans les situations les plus critiques, mieux elles pourront mobiliser et utiliser les ressources extérieures.

La représentation ci-dessus est certes sujette à discussions et à interprétations. Elle correspond cependant à une réalité rencontrée dans le cadre des projets d’appui au système sanitaire dans l’Est de la République démocratique du Congo au cours des 20 dernières années. Ces projets ont été développés et mis en place avec les acteurs locaux avec le soutien du Cemubac[[15]](#footnote-15).

La relève des défis mentionnés ci-dessus est à la fois source et résultat du renforcement du lien social qui doit s’établir entre les parties ou entre les acteurs selon le point de vue considéré. Ainsi, la participation des personnes, la valorisation des individus par le groupe, la cohésion des équipes (notamment des équipes cadre dans les districts sanitaires), la pluralité de l’expression nécessitant la mise en place de liens et de moments de dialogue au sein d’un réseau local, national et éventuellement international (formés des acteurs évoqués ci-dessus) sont autant de points de renforcement du lien social qui peuvent être développés dans le cadre de la prise en compte des défis majeurs auquel le système et les acteurs sanitaires doivent faire face (Maccio, 2004b).

## Conclusions

Les défis à relever sont évidemment très nombreux. Aucun d’eux n’est réellement insurmontable. Beaucoup ne le sont cependant que très difficilement. Alors que le cadre conceptuel est établi, ils nécessitent à la fois engagement des politiques et des professionnels de santé, ils nécessitent également un minimum de moyens, surtout humains et financiers, afin de répondre aux attentes des populations victimes.

Ces défis doivent être envisagés dans une vision systémique impliquant une concertation des acteurs et, dans une certaine mesure, une interdisciplinarité toute deux catalyseurs d’une reconstruction de la société dans un environnement pacifié ou dans lequel, à tout le moins, les forces de reconstruction l’emportent sur celles du maintien des hostilités.

Les acteurs, tant locaux qu’internationaux, sont au centre de ce processus et les professionnels de la santé, nationaux ou membres de la communauté internationale, ont un rôle non négligeable à jouer dans la confrontation avec les défis majeurs qui se posent dans la réduction de l’insécurité sanitaire, que ce soit en termes de problèmes de santé, d’organisation et de gestion des services, ou encore d’éthique professionnelle.

# Discussion finale

Le travail présente un certain nombre d'arguments en faveur du soutien de l'hypothèse émise, à savoir que le soutien des districts de santé peut rendre ceux-ci performants dans l'organisation des services sanitaires en situation de crise.

Ce travail en rejoint d'autres réalisés récemment également dans le contexte de l'Afrique subsaharienne. Citons à titre d'exemples, Grodos (2000) qui a ainsi démontré la pertinence du modèle du district sanitaire en milieu urbain en Afrique de l'Ouest et Vandamme (1998) qui a également défendu et argumenté la thèse selon laquelle le modèle du district peut être appliqué moyennant certaines adaptations, pour la gestion des services de santé dans les camps de réfugiés.

**Pourquoi cette problématique organisationnelle est-elle pertinente dans le contexte actuel de la santé publique internationale ?**

L'approche privilégiée par la communauté internationale en matière d'amélioration de la situation sanitaire repose en grande partie sur des stratégies développées depuis une quinzaine d'années et soutenues par les principales agences parties prenantes dans les défis sanitaires au niveau mondial. Dans ce domaine, l'Organisation mondiale de la Santé, la Banque mondiale, l'Unicef et le Fonds des Nations Unies pour la population (Fnuap) et l'Onusida sont certainement parmi les plus actives.

A travers les agences mentionnées ci-dessus, la communauté internationale s'est fixée un certain nombre d'objectifs pour renforcer la dynamique de développement au niveau mondial et ainsi réduire les inégalités entre pays riches et pays pauvres. Ces **objectifs du millénaire** **pour le développement** (OMD[[16]](#footnote-16)), au nombre de 8, ont été adoptés à la fin des années 90 et comportent une composante santé directe dans 4 d'entre eux. La lutte contre la faim (et donc aussi contre la malnutrition), la réduction de la mortalité infantile, la réduction de la mortalité maternelle et la lutte contre les principales maladies (malaria, tuberculose et sida) constituent autant d'axes pour lesquels une amélioration substantielle est attendue d'ici 2015.

Parallèlement, la communauté internationale a mis sur pied différent fonds mondiaux auxquels participent des partenaires publics et privés qui ont facilité la mobilisation des sommes considérables d'argent devant permettre aux pays le demandant de financer des programmes pertinents en matière de lutte contre les problèmes de santé précités. L'orientation qui a été prise dans un premier temps a été de développer des activités spécifiques permettant de lutter contre ces maladies. Les premières évaluations ont montré que si des résultats furent atteints dans certains contextes, pour d'autres pays, notamment en Afrique subsaharienne, beaucoup reste à faire (OMS, 2005). Parmi les contraintes observées, il apparaît que la faiblesse des systèmes de santé - que ce soit en terme d'organisation, de gestion ou de ressources – constitue un des éléments majeurs empêchant la réalisation parmi les activités sanitaire de base de tâches parfois assez complexes relatives à l'atteinte des OMD (Travis *et* al, 2004 ; OMS, 2005).

Ainsi donc, très récemment, la communauté scientifique a commencé à se poser le problème de la nécessité, pour pouvoir atteindre plus rapidement des résultats significatifs, de renforcer les systèmes de santé (Travis *et al*, 2004). La question à laquelle le présent travail tente d'apporter une réponse entre dans le cadre de cette réflexion tout à fait actuelle.

**Comment pouvons-nous synthétiser l'argumentation présentée ci-dessus ?**

Tout d'abord, l'existe du modèle de district sanitaire doit être soulignée. Ce modèle a été défini d'un point de vue conceptuel et a été appliqué dans certains pays. Tous ont eu à faire face, dans le décours de la mise en œuvre de politiques sanitaires articulées autour du district de santé (comme c'est le cas en République démocratique du Congo et au Rwanda) à des contraintes majeures en termes (1) de financement (souvent ces districts sont obligés de fonctionner avec des niveau de financement largement inférieur à 5 USD par habitant par an, alors que la Commission Macroéconomie de l'OMS recommande un minimum de 30 USD par habitant par an) et (2) de conditions sécuritaires dont le moins que l'on puisse dire est qu'elles ont été extrêmes au cours des 15 dernières années, notamment en Afrique centrale où guerres civiles, déplacements de population et troubles politico-sociaux se sont succédés à un rythme soutenu.

Dans un deuxième temps, les arguments suivants ont été avancés :

* 1. **l'amélioration des performances à Rutshuru :**
* La première partie des résultats nous montre qu'un district sanitaire soutenu financièrement et techniquement peut atteindre des résultats, non seulement en matière d'activités curatives et préventives mais encore en matière de réduction de la mortalité maternelle hospitalière. Ce dernier point fait l'objet d'une attention particulière récente et l'exemple de Rutshuru a été repris dans le Rapport mondial de la Santé 2005 de l'OMS (WHO, 2005). Cet exemple illustre la possibilité d'obtenir des résultats significatifs en terme quantitatifs et qualitatifs sur la santé de groupes de population importants (à Rutshuru, la population est actuellement de 250 000 habitants). Les résultats obtenus pour Rutshuru ont été confirmés dans des districts voisins dans un sens positif en cas d'appui minimal et dans un sens négatif en l'absence de toute forme d'appui structurée. Les arguments ont été apportés en faveur d'une réelle efficience des interventions avec une rationalisation de l'aide extérieure et des maigres ressources provenant de la contribution de la population.

Quelles sont les causes de ces observations positives ?

* l'existence d'une **politique de santé** bien connue, bien comprise et revendiquée par la plupart des acteurs de terrains.
* Le maintien, au niveau de Rutshuru à tout le moins, d'une **capacité humaine locale** motivée (notamment à travers des primes reçues sur fonds externes) ayant permis de garder au sein des principales structures du district (centres de santé, hôpital et équipe cadre) des professionnels formés et compétents.
* la **volonté politique des autorités** sanitaires provinciales de maintenir le district de santé comme pierre angulaire de l'organisation des services de santé. Ceci a permis d'éviter une trop grande dispersion des ressources et, grâce au système d'information sanitaire, de disposer district par district d'éléments utiles pour la prise de décision et l'allocation des ressources.
* Le **soutien technique et le soutien financier** qui, même si pour ce dernier on demeure à des niveaux très bas, permettent néanmoins de garder un volume d'activités et de performances non négligeable (bien que pouvant être considéré par certains comme trop bas dans l'absolu).
  1. **la reconstruction du système de santé au Rwanda**

La seconde partie de l'argumentation repose sur la faisabilité opérationnelle de reconstruction d'un système de santé en introduisant la notion de district sanitaire pour asseoir l'organisation et la dispensation des services de santé dans un contexte post critique au Rwanda. L'argument est complémentaire à ceux avancés plus haut. Il relève d'un contexte géographique et culturel différent, mais également d'une situation générale plus favorable dans le sens où l'ensemble des acteurs concernés étaient derrière les autorités rwandaises pour assurer la reconstruction du pays. Ici également, il importe de souligner la volonté politique farouche de promouvoir la notion de district sanitaire, principalement entre 1995 et 2000, alliée à une motivation certaine d'un noyau de ressources humaines critiques au sein du ministère de la Santé. Dès lors, si il a été possible, à ces conditions, de relever complètement en quelques années, le système de santé en grande partie détruit en basant la politique sanitaire sur le développement des districts de santé, il devrait également être possible en renforçant l'outil en question d'intégrer la lutte contre les maladies faisant l'objet d'une prioritisation au niveau international. Ceci pourrait se faire en garantissant que l'ensemble des problèmes de santé de la population soit pris en charge. Nous apportons donc des arguments dans la réflexion en faveur de **l'intégration** de la lutte contre la malaria, la tuberculose, le sida et de la réduction de la mortalité maternelle dans l'organisation générale des services de santé. Cette dernière s'envisage de manière systémique au sein du district sanitaire. Nous entendons donc qu'il est donc possible à travers le développement harmonieux des districts sanitaires de développer des actions globales en faveur de la santé des individus. Les défis auxquels il faut faire face dans ce cadre sont explicités au point 3.4 ci-dessus. Ils sont de taille. Rutshuru en République démocratique du Congo expérimente à l'heure actuelle l'intégration de la lutte contre la malaria au niveau des structures sanitaires du district.

* 1. **le renforcement de la motivation des personnels de santé en République démocratique du Congo**

Parmi les défis à gérer, celui des ressources humaines devient de plus en plus critique. Il met en péril la possibilité de mener à bien les stratégies de prise en charge des problèmes de santé basées sur le district sanitaire. Nous avons en effet argumenté plus haut la valeur essentielle de la capacité humaine locale dans la réalisation des activités et l'atteinte des performances, notamment dans les contextes congolais et rwandais. Les arguments apportés par l'analyse des performances dans 46 districts sanitaires en République démocratique du Congo nous permet de renforcer les deux idées suivantes :

* la première est que le district constitue un canal intéressant pour la gestion des contrats de performance. La taille relativement réduite, le découpage en aires de santé, la présence d'une équipe cadre pour les supervisions, la participation des représentants de la population sont autant d'éléments qui rendent une telle démarche pertinente. Ceci ne préjuge en rien du caractère suffisant des contrats tels que mis en place. Néanmoins, nous pensons également que la gestion d'autres types d'incitants, non monétaires par exemple, pourrait se faire également au niveau du district.
* La deuxième est que, comme mentionné plus haut, le fait de réinjecter des ressources financières, matérielles et humaines dans certains districts n'ayant pas bénéficié de soutien pendant plusieurs années permet à ces derniers de redémarrer assez rapidement et d'obtenir endéans une période de quelques mois une amélioration significative de leurs performances. Il s'agit ici d'une belle démonstration du syndrome du "pneu dégonflé" (voir point 3.1).
  1. **le caractère participatif et démocratique de l'organisation sanitaire basée sur le district sanitaire**

La participation des acteurs à la mise en place de la politique de santé permet une meilleure "pénétration" et une meilleure compréhension de cette dernière au sein des populations pouvant déboucher sur une meilleure utilisation des services de santé. L'organisation des districts sanitaires, appuyant la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires, permet de développer la participation communautaire au sein des organes de gestion (voir à ce sujet le point 2.1). Ce renforcement de la participation permet une meilleure appropriation des structures sanitaires et des stratégies de lutte contre la maladie par les communautés locales. Elle est donc au cœur des principes essentiels ayant guidé la réflexion lors de l'élaboration des concepts de base qui ont conduit à la création des districts de santé. Enfin, les districts sanitaires permettent aux niveaux supérieurs de la pyramide du système de santé d'assurer et d'articuler de manière rationnelle et intégrée la mise en œuvre de stratégies de lutte contre la maladie en rapprochant les principes généraux tels qu'élaborés au niveau national ou international et les réalités locales parmi lesquelles nous retrouvons les attentes de la population.

Rapprochements stratégiques des niveaux du système de santé, participation et appropriation sont autant d'éléments utiles pouvant intervenir parmi d'autres dans la sécurisation des régions en situation de crise. Il s'agit donc d'une contribution potentielle des professionnels de santé dans les processus de paix qui doivent se mettre en place pour assurer la pacification des régions connaissant des troubles et une instabilité majeurs.

Outre l'intégration des ressources financières additionnelles mobilisables à travers les différents fonds mondiaux, outre la rationalisation de la gestion des ressources humaines, outre le rôle potentiel des organes de gestion des districts de santé comme facteur favorisant de la sécurisation des régions en guerre, les districts sanitaires et/ou leurs structures constitutives (centres de santé et hôpitaux) pourraient jouer d'autres rôles importants :

a) de nombreux arguments ont été développés de par le monde concernant le bien fondé de renforcer l'articulation entre les différents niveaux du système de santé (Porignon, 2005). Ces arguments sont en partie économiques et particulièrement cruciaux dans un contexte où les ressources sont limitées. Ils relèvent également de la qualité des soins et de l'équité. La notion de district sanitaire permet à une échelle de taille moyenne de gérer ces aspects d'une part en en favorisant la complémentarité entre soins de premier recours (au niveau communautaire ou des centres de santé) et soins de référence au niveau des hôpitaux de district et d'autre part, autorisant un suivi des activités et des performances pour des populations ciblées.

b) dans le cadre de l'amélioration de l'accessibilité des populations, le district de santé pourrait également jouer un rôle dans le développement des mutuelles de santé dont le bénéfice attendu serait une répartition plus équitable du risque financier lié à la maladie et une amélioration de la qualité des soins.

En conclusion, l'ensemble des arguments présentés ci-dessus nous semble constituer un faisceau plus que suffisant en faveur du soutien des districts sanitaires considérés non pas comme des entités isolées mais comme faisant partie d'un système de santé global permettant de répondre de manière rationnelle à une problématique complexe. Ceci permettrait une meilleure intégration des différentes activités liées à la prise en charge des problèmes de santé jugés prioritaires mais également un renforcement d'un outil vu comme une unité de planification, de gestion, de participation communautaire et prise de décision dont le renforcement global serait un point essentiel pour l'avenir des systèmes de santé en Afrique centrale.

**Bibliographie**

Abdelahak M, Grostick S, Hanken MA, Jacobs E (1996) *Health information: management of a strategic resource*. WB Saunders Company, Philadelphia.

Adedeji A (1999) *Comprehending African conflicts.* In Adedeji A (Editor) Comprehending and mastering African conflicts. The search for sustainable peace and good governance. Zed Books, Johannesburg.

Agyepong I (1995) *Implementing Primary Health Care under severe economic constraints. The Dangme West district of the Greater Accra Region of Ghana.* In Chabot J, Harnmeijer JW, Streefland PH : African Primary health care in times of economic turbulence. Royal Tropical Institute, Amsterdam.

Agyepong I (1999) *Reforming health service delivery at district level in Ghana: the perspective of a district medical officer.* Health Policy and Planning **14**(1), 59-69.

Anaes (2002) *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes généraux*. Agence nationale d’accréditation et d’évaluation en santé, Paris, [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr), accès en juin 2002.

Anderson GF, Hurst J, Hussey PS, Jee-Hughes M (2000) *Health spending and outcomes: trends in OECD countries, 1960-1998*. Health Affairs **19**(3), 150-57.

Banatvala N (2001) *Public Health in poorer countries*. In Pencheon D, Guest C, Melzer D Muir Gray JA (Editors): Oxford handbook of public health practice. Oxford University Press, Oxford.

Berman P (1982) *Selective primary health care: is efficient sufficient ?* Social Science and Medicine **16**, 1054.

Black N, Brazier J, Fitzpatrick R, Reeves B (1998) *Health services research methods - A Guide to best practice.* BMJ Books, London.

Brugha R, Varvasovszky Z (2000) *Stakeholder analysis: a review*. Health Policy and Planning **15**(3), 239-46.

Brugha R, Walt G (2001) *A global health fund: a leap of faith?* British Medical Journal **323**, 152-54.

Buekens, Curtis S, Alayón S (2003) *Demographic and Health Surveys: caesarean section rates in sub­Saharan Africa*. British Medical Journal, **326**, 136.

Bush K (2001) *Peace and conflict impact assessment (PCIA) of developments projects in conflict zones*. The McMaster Lancet Challenge Conference 2001, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.

Cairncross S, Periès H, Cutts F. (1997) *Vertical health programmes.* The Lancet **349** S-III, 20-22.

Cemubac (2005) *Rapport de la seconde année du Programme Multisectoriel d’Urgence pour la Reconstruction et la Réhabilitation*. Inspection Provinciale de la Santé, Kinshasa.

Chambers JM, Cleveland WS, Kleiner B, Tukey PA (1983) *Graphical methods for data analysis.* Wadsworth & Brooks/Cole, Pacific Grove, California.

Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M *et al* (2004) *Human resources for health: overcoming the crisis*. The Lancet **364**, 1984-90.

Criel B (1995) *A consistent district health system as a key answer to structural constraints.* In Chabot J, Harnmeijer JW, Streefland PH : African Primary health care in times of economic turbulence. Royal Tropical Institute, Amsterdam.

Criel B, De Brouwere V (1998) *Conditions, potentiels et limites de l’intégration*. In Van Lerberghe W & De Bethune X : Intégrations et recherche. Studies in Health Services Organisation and Policy **8**, 83-108.

Danforth D (1985) *Caesarean section.* Journal of the American Medical Association, **253**, 811-18.

Davis RD, Kuritsky JN (2001) *Violent conflict and its impact on health indicators in sub-Saharan Africa, 1980 to 1997*. Working paper, The Carter Centre, Atlanta.

De Muylder X (1993) Caesarean sections in developing countries: some considerations*. Health Policy and Planning* **8**, 101-12.

Diggle PJ, Heagerty P, Liang KY, Zeger SL (2002) *Analysis of longitudinal data*. Oxford statistical science series #25, Oxford University Press, Oxford.

Dujardin B, Greindl I (2002) *Introduction à la recherche sur les systèmes de santé*. Notes de cours. Cours international en recherche sur les systèmes de santé. Ecole de santé Publique, Université libre de Bruxelles.

Dujardin B (1994) *Les politiques de district de santé*.Santé Publique **6**(4), 339-55.

Duran-Arenas L, Cruz Rivero C, Fernandez Canton S, Sanchez Rodrigues R, Franco F, Wong Luna R, Catino J (1998) *The development of a quality information system : a case study in Mexico*. Health Policy and Planning **13**(4) 446-58.

Eichler R, Auxila P, Pollock J (2001) *Performance-based payment to improve the impact of health services; evidence from Haiti.* World Bank Institute Online Journal.

England R (2000) *Contracting and performance management in the Health sector. Some pointers on how to do it*. DFID Health system resource centre, London.

Ensor T, Dave-Sen P, Ali L, Hossain A, Ara Begum S, Moral H (2002) *Do essential services packages benefit the poor? Preliminary evidence from Bangladesh*. Health Policy and Planning **17**(3), 247-56.

Eriksson J, Hadelman H, Borton J, Christensen H, Kumar K, Suhrke A, Tardif-Douglin D, Villumstad S, Wohlgemuth L (1996) *The international response to conflict and genocide: lessons from the Rwanda experience.* Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda.

Family Health International (1988) *Pregnancy care monitoring: Karawa Health Zone, Zaire*. Final Report.

FUCID (2001) *Le travail des ONG dans les pays en situation de crise: quelle stratégie adopter ?* Rapport de Séminaire, Presse Universitaire de Namur.

Fulop N, Allen P, Clarke A, Black N (2001) *Issues in studying the organisation and delivery of health services*. In Fulop N, Allen P, Clarke A, Black N (Editors) Studying the organisation and delivery of health services. Research methods. Routledge, London.

Galtung J (1997) *Health as a bridge for peace in the context of humanitarian action in complex emergency situations*. Prepared for the World Health Organization, Geneva.

Gasana E, Butera JB, Byanafashe D, Kareikezi A (1999) *Rwanda*. In Adedeji A. (Editor): Comprehending and mastering African conflicts. The search for sustainable peace and good governance. Zed Books, Johannesburg

Grodos D, De Bethune X (1988) *Les interventions sanitaires sélectives: un piège pour les politiques de santé du Tiers Monde*. Social Science and Medicine **26**(9), 879-889.

Grodos D (2000) *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques.* Thèse de Doctorat, Université catholique de Louvain.

Grodos D, Mercenier P (2000) *La recherche sur les systèmes de santé: mieux comprendre la méthodologie pour mieux agir*. Studies in Health Services Organisation & Policy, **14**, 1-200, Institut de Médecine Tropicale, Anvers.

Guichaoua A (1995) *Les crises politiques au Rwanda et au Burundi (1993-1994)*. Karthala, Paris.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2001) *World Disasters Report 2001*. Edited by Jonathan Walter. Geneva.

Harrison S (2001) *Policy analysis*. In Fulop N, Allen P, Clarke A, Black N (Editors): Studying the organisation and delivery of health services. Research methods. Routledge, London.

Henao-Restrepo AM, Strebel P, Hoekstra EJ, Birmingham Mbilous J (2003) *Experience in global measles control, 1990-2001*. The Journal of Infectious Diseases **187**(Suppl 1), S15-21.

Horton R (2000) *North and South: bridging the information gap*. The Lancet **355**, 2231-36.

Husein K, Adeyi 0, Bryant J, Cara NB (1993) *Developing a primary health care management information system that supports equity, effectiveness and affordability.* Social Science & Medicine, 36(5), 585-96.

Inoussa S, Padonou P, Faton M, Verheul E, Alassane A (1996) *Primary health care under difficult economic conditions. Experiences in Benin.* In Chabot J, Harnmeijer JW, Streefland PH : African Primary health care in times of economic turbulence. Royal Tropical Institute, Amsterdam.

Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, Bobadilla JL (1993) *Disease control priorities in developing countries*. Oxford University Press, Oxford.

Janovsky K, Cassels A (1996) *Health policy and systems research: issues, methods and priorities.* In Janovsky K (Editor) Health Policy and systems development. An agenda for research. WHO/SHS/NHP/96.1, WHO, Geneva.

Jones RA (2000) *Méthodes de recherche en sciences humaines.* De Boeck, Bruxelles.

Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Group (2003) *How many child deaths can we prevent this year?* The Lancet 362, 65-71

Kickbusch I (2004) *From charity to rights: proposal for five action areas of global health*. Journal of Epidemiology and Community Health **58**, 630-31.

Kielmann A, Janovsky K, Annett H (1991) *Assessing district health needs, services and systems. Protocols for rapid data collection and analysis.* pp1-172, Mac Millan, London.

Langenbrunner JC, Liu X (2005) *How to pay? Understanding and using payments incentives*. In Preker AS, Langenbrunner JC (Editors) Spending wisely. Buying health services for the poor. World Bank.

Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C (2000) *Design and implementation of health information systems*. World Health Organization, Geneva.

Loevinsohn B, Harding AL (2005) *Buying results: contracting for primary health care delivery*. In Preker AS, Langenbrunner JC (Editors) Spending wisely. Buying health services for the poor. World Bank.

Maccio C (2004) Penser le devenir de la personne. Construire un humanisme solidaire. Chronique sociale, Lyon.

Maccio C (2004b) Penser le devenir de l’humanité. Construire une démocratie participative. Chronique Sociale, Lyon.

McPake B, Kutzin J (1997) *Methods for evaluating effects of health reforms.* Current Concerns, ARA Paper number 13, WHO/ARA/CC/97.3, WHO, Geneva.

Meessen B, Van Damme W, Por I, Van Leemput L, Hardeman W (2002) *The New Deal in Cambodia: the second year*. MSF Cambodia. Phnom Penh, Cambodia.

Meessen B, Musango L, Kashala JP (2004) *L’initiative pour la performance. Province de Butare, Rwanda*. Ministère de la Santé, HealthNet International, Kigali, Rwanda.

Ministry of Finance and Economic Planning (1997) *Socio-Demographic Survey*. Ministry of Finance and Economic Planning, Kigali, Rwanda.

Ministry of Health (1995) *National Health Policy.* Ministry of Health, Kigali, Rwanda.

Ministère de la Santé [Rwanda], Office National de la Population [Rwanda], ORC Macro (2003) *Enquête sur la prestation des services de santé au Rwanda, 2001*. Calverton, Maryland : Ministère de la Santé, Office National de la Population, ORC Macro.

Ministère de la Santé (2004) *Vademecum du partenariat*. Kinshasa, République démocratique du Congo.

Mintzberg (1979) *The structuring of organizations: a synthesis of research*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

Montoya-Aguilar (1994) *Measuring the performance of hospitals and health centres*. WHO/SHS/DHS/94.2, Geneva.

Mugisho E, Dramaix M, Porignon D, Musubao E, Hennart P (2002a) *Evolution des données maternelles et périnatales recueillies en routine entre 1980 et 1998 à la maternité de référence de Rutshuru en République démocratique du Congo I. Décès maternels et interventions obstétricales.* Cahiers Santé **12**, 247-251.

Mugisho E, Dramaix M, Porignon D, Musubao E, Hennart P (2002b) *Evolution des données maternelles et périnatales recueillies en routine entre 1980 et 1998 à la maternité de référence de Rutshuru en République démocratique du Congo II. Décès du nouveau-né et naissances de faible poids.* Cahiers Santé **12**, 252-255.

Mugisho E., Dramaix M., Porignon D., Musubao E. Hennart P. Buekens P. (2003) *Références et issues des accouchements au Kivu, République démocratique du Congo.* Revue d’Epidémiologie et de Santé Publique, **51**(2) 237-44.

Muir Gray J.A. (1997) *Evidence based health care. How to make health policy and management decisions.* Churchill-Livingstone, Edinburgh.

Nicolaï H (1998) *La répartition et la densité de la population au Kivu*. Académie Royale des Sciences d’Outre-mer, Mémoire in-8°, Nouvelle Série, Tome 24, fasc. 2, Bruxelles.

Office National de la Population (ONAPO) [Rwanda], ORC Macro (2001) *Enquête Démographique et de Santé, Rwanda 2000*. Kigali, Rwanda et Calverton, Maryland, USA : Ministère de la Santé, Office National de la Population et ORC Macro.

ONUSIDA (2004) *Rapport sur l’épidémie mondiale de SIDA 2004*. Genève.

Organisation mondiale de la Santé (1992) *L’hôpital de district dans les zones rurales et urbaines*. Série des Rapports Techniques n° 819, Genève.

Organisation mondiale de la Santé (1994) *Le centre de santé dans les systèmes de santé de district*. WHO/SHS/DHS/94.3, Genève.

Organisation mondiale de la Santé (1996) *Intégration de la prestation des soins de santé*. Série des Rapports Techniques n° 861, Genève.

Organisation mondiale de la Santé (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant.* Genève.

Organisation mondiale de la Santé (2005) *La santé et les Objectifs du millénaire pour le développement*. Rapport WA 530.1, Genève.

Pangu KA (1991) *Comment organiser kles services de santé pour 200 000 habitants ? Expérience d’implantation des centres de santé dans la zone de santé de Kasongo*. Institut de Médecine Tropicale, Anvers.

Pielemeier N. (1999) *Vertical and integrated approaches in international health.* Presentation to the APHA Conference, Chicago.

Porignon D, Mugisho Soron’Gane E, Elongo Lokombe T, Katulanya Isu D, Hennart P, Van Lerberghe W (1998) *How robust are health district systems? Coping with crisis and disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo*. Tropical Medicine & International Health, **3**(7), 559-65.

Porignon D, Biruta V, Rudakubana C, Karengera T, Kamoso P, Catapano M, Tembon A (1999) *Usefulness of epidemiological and organizational data for assessment of Health Policy in post-crisis conditions in Rwanda*. International Epidemiology Association, XVth Scientific Meeting « Epidemiology for Sustainable Health », 31 August-4 September, Florence.

Porignon D, Katulanya Isu D, Elongo Lokombe T, Ntalemwa J, Tonglet R, Dramaix M, Hennart P (2000) *The unseen face of humanitarian crisis in Eastern Democratic Republic of Congo: was nutritional relief properly targeted ?* Journal of Epidemiology and Community Health, 54(1), 6-9.

Porignon D, Wodon A, Karengera T, Musango L, Catapano M, Hennart P (2001) Health *Information and Health Reform in Rwanda: Evidence for Performance Analysis and Decision Making*. 4th International Conference on the Scientific Basis of Health Services, 22-25 September, Sydney.

Porignon D, Greindl I (2002) *Les systèmes d’information sanitaire*. Notes de cours. Cours international en recherche sur les systèmes de santé (RSS). Ecole de santé Publique, Université libre de Bruxelles.

Porignon D(2003) *Adéquation des systèmes de santé de district en situation critique. Expériences dans la Région des Grands Lacs africains* Thèse présentée en vue de l’obtention du grade de docteur en sciences de la santé publique, Ecole de Santé Publique, Université libre de Bruxelles.

Porignon D, Mugisho E, Hennart P (2004). *La santé publique, un volet essentiel pour l’élaboration d’un processus de paix. Stratégies et acteurs d’une discipline émergente*. In Pierre Calame, Benjamin Denis et Eric Remacle (Editeurs) L’art de la paix : approche transdisciplinaire. Editions Peter Lang, Bern, Brussels.

Porignon D (2005) *La médecine de première ligne au Vietnam : processus organisationnel et arguments économiques*. In Press

Preker AS, Langenbrunner JC (2005) Spending wisely. Buying health services for the poor. World Bank.

Prunier G (1995) *The Rwanda crisis1959-1994. History of genocide*. Fountain Publishers Ltd, Kampala, Uganda.

Rangecroft M (1994) *Graphwork – Developing a progression*. In Green D (Editor) Teaching statistics at its best. The Teaching Statistics Trust, University of Sheffield, England.

Reynders D, Tonglet R, Mahangaiko Lembo E, Mertens D, Katulanya Isu Dramaix M. and Hennart P. (1992) *Les agents de santé communautaires sont capables de déterminer avec précision la population-cible des programmes de santé.* Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale **75**, 145-54.

Rice PL, Ezzy D (1999) *Qualitative research methods. A health focus*. Oxford University Press, Oxford.

Rojas Ochoa F., Lopez Pardo C.M. (1997) *Economy, politics,and health status in Cuba*. International Journal of Health Services, **27**(4), 791-807.

Ross JA, Campbell OMR, Bulatao R (2001) *The maternal and neonatal programme effort index (MNPI)*. Tropical Medicine and International Health **6**(10), 787-98.

Rowe AK, de Savigny D,Lanata CF, Victora CG (2005) *How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings?* The Lancet **366**, 1026-35.

Salama P, Spiegel P, Talley L, Waldman R (2004) *Lessons learned from complex emergencies over past decade* The Lancet **364**, 1801-13.

Saltman RB, Figueras J (1998) *Analyzing the evidence on European health care reforms*. Health Affairs **17**(2), 85-108.

Schermerhorn JR, Chappell DS (2002) *Principes de management*. Editions du Renouveau Pédagogique Inc, Editions du Village Mondial, Paris.

Schieber G, Maeda A (1999) *Health care financing and delivery in developing countries*. Health Affairs **18**(3), 193-205.

Seaman J (1995) *International aid to health systems in the developing countries ; the problem of recurrent costs*. In Ulijaszek SJ (Editor) Health intervention in less developed nations. Oxford University Press.

Shi L (1997) *Health services research methods.* Delmar Publishers, Albany.

Shiffman J, Beer T, Wu Y (2002) *The emergence of global disease control priorities*. Health Policy and Planning **17**(3), 225-34.

Smith J (2000) *Health management information systems. A handbook for decision makers*. Open University Press, Buckingham, England.

Soeters R, Griffiths F (2003) *Improving government health services through contract management : a case from Cambodia*. Health Policy and Planning **18**(1) 74-83.

Spitz JF (1996) *Humanisme civique*. In Raynaud P & Rials S Dictionnaire de Philosophie Politique. Presses Universitaires de France, Paris.

Travis P, Bennet S, Haines A, Pang T, Bhutta Z, Hydner A, Pielemeier N, Mills A, Evans T (2004) *Overcoming health-systems constraints to achieve the Millenium Delopment Goals*. The Lancet **364**, 900-06.

Turnock BJ, Handler AS (1997) *From measuring to improving public health practice*. Annual Review of Public Health **18**, 261-82.

Unger JP, Killingsworth J (1986) *Selective primary health care, a critical review of methods and results.* Social Science and Medicine **22**(10), 1001-13.

Unger JP (1992) *Le rôle des districts sanitaires et méthodologie de leur développement en Afrique*. Agrégation de l’Enseignement supérieur, Université libre de Bruxelles.

Unger JP, Criel B (1995) *Principles of health infrastructure planning in less developed countries*. International Journal of Health Planning and Management **10**(2), 113-28.

Van Balen H (1998) *Des points de rencontre entre recherche et gestion*. In Van Lerberghe W & De Bethune X : Intégrations et recherche. Studies in Health Services Organisation and Policy **8**, 161-73.

Van Damme W (1995) *Do refugees belong in camp? Experiences from Goma and Guinea.* The Lancet **346**, 360-362.

Van Damme W (1998) *Medical assistance to self-settled refugees. Guinea 1990-1996*. Studies in Health Services Organisation and Policy, **11**, pp 1-249, ITGPRESS, Antwerpen.

Van Den Broek N, Van Lerberghe W & Pangu K (1989) *Caesarean sections for maternal indications in Kasongo (Zaire).* International Journal of Gynecology & Obstetrics, **28**, 337-342.

Van Dormael M (1998) *De l’utilité d’un modèle de référence pour guider la recherche en systèmes de santé : illustration à partir du modèle de référence du système de santé intégré*. In Van Lerberghe W & De Bethune X : Intégrations et recherche. Studies in Health Services Organisation and Policy **8**, 175-87.

Van Lerberghe W, Mercenier P, van Balen H (1987) *Health care data collection and information system in Kasongo, Zaïre*. In Abelin (Editor) Measurement of health promotion and protection. World Health Organization, European series N° 22, 635-42.

Van Lerberghe W, Lafort Y (1990). *Le rôle de l’hôpital dans le district: dispenser ou soutenir les soins de santé primaires ?* WHO/SHS/CC/90.2, Organisation mondiale de la santé, Genève

Van Lerberghe W, Van Balen H, Kegels G (1992). *Typologie et performances des hôpitaux de premier recours en Afrique subsaharienne*. Annales de la Société belge de médecine tropicale **72** (Supplément 2) 1-51.

Van Lerberghe W, De Bethune X, De Brouwere V (1997). *Hospitals in sub-Saharan Africa: why we need more of what does not work as it should*. Tropical Medicine and International Health **2**(8), 799-808.

Van Lerberghe W, Porignon D (2003) *Of coping, poaching and the harm they can do*. Health in Emergencies **18**,3. World Health Organization, Geneva.

Van Norren B, Boerma JT, Sempebwa EKN (1989) *Simplifying the evaluation of primary health care programme.* Social Science & Medicine **28**(10), 1091-7.

van Roosmalen J (1990) *Safe motherhood: Caesarean section or symphysiotomy?* American Journal of Obstetrics & Gynecology **163**, 1-4.

Varvasovszky Z, Brugha R (2000) *How to do (or not to do)… a stakeholder analysis*. Health Policy and Planning **15**(3), 338-45.

Walsh J, Warren K (1979) *Selective primary health care. An interim strategy for disease control in developing countries.* New England Journal of Medicine **301**, 967-74.

World Bank (1993) *World Development Report 1993. Investing in Health*. Oxford University Press, Oxford.

World Bank (1994) *Better health in Africa*. World Bank, Washington, D.C.

World Bank (1997) *World Development Indicators.* The World Bank, Washington

World Bank (1999) *Confronting AIDS. Public priorities in a global epidemic*. Oxford University Press, Oxford.

World Bank (2004) *World Development Report.2004. Making services work for poor people*. World Bank, Oxford University Press.

World Health Organization (1978) *Primary Health Care - Alma-Ata 1978: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR*. Health for All Series No1. *WHO*, Geneva.

World Health Organization (1996) *Catalogue of health indicators.* WHO/HST/SCI/96.8. WHO, Geneva

World Health Organization (1997b) *Essential health services packages: uses, abuse and future directions.* WHO/ARA/CC/97.7, Geneva.

World Health Organization (1997c) *Improving the performance of health centres in district health systems*. WHO Technical Report Series N° 869, Geneva.

World Health Organization (1988) *The challenge of implementation: district health systems for primary health care*. WHO/SHS/DHS/88.1/Rev.1. WHO, Geneva.

World Health Organization (1998) *Evaluation of the implementation of the global strategy for Health for All by 2000. A selective review of progress and constraints (1979-1996)*. WHO/HST/98.2. WHO, Geneva.

World Health Organization (2000) *The World Health Report 2000. Health systems – Improving Performance*. Geneva.

World Health Organization (2005) *The World Health Report 2005. Make every mother and child count*. Geneva.

Zairi M, Leonard P (1994) *Practical benchmarking: the complete guide*. Chapman & Hall, London.

1. Une crise est ici entendue comme un passage brutal et inattendu à une situation très difficile, voire dangereuse pour un individu, une organisation, un corps social, un système économique ou un pays

   (Office de la Langue Française, 2001). Pour une description plus détaillée, voir Porignon (2003) [↑](#footnote-ref-1)
2. En République démocratique du Congo, le district sanitaire correspond à la "zone de santé" (ZS) et le district est un des deux niveaux intermédiaires d'inspection regroupant au nouveau sous provincial entre 5 et 10 zones de santé. Dans le texte nous parlons de district sanitaire au sens premier tel que défini par l'OMS. [↑](#footnote-ref-2)
3. Article à soumettre pour publication. [↑](#footnote-ref-3)
4. La description de ces méthodes se trouve à la section II.2 du présent travail. [↑](#footnote-ref-4)
5. *Sauf indication contraire, tous les indicateurs sont exprimés en pourcentage et calculés sur base de la population totale de chacun des districts de santé* [↑](#footnote-ref-5)
6. *Il s’agit de la mortalité maternelle observée dans les structures sanitaires* [↑](#footnote-ref-6)
7. Je tiens à remercier ici Monsieur Philippe Vinard pour avoir partagé et éclairci ce concept. [↑](#footnote-ref-7)
8. Article à soumettre pour publication. Résultats présentés lors de la 2ème Conférence sur le financement de la santé dans les pays en développement, Clermont Ferrand, décembre 2005. [↑](#footnote-ref-8)
9. Article à soumettre pour publication [↑](#footnote-ref-9)
10. Annual Reports, Ministry of Health, Kigali. [↑](#footnote-ref-10)
11. *In Press (2006)* [↑](#footnote-ref-11)
12. Nous nous référons ici à la dichotomie introduite par Paul Ricoeur entre « le » politique, structure de l’action en commun et « la » politique, outil de pouvoir. [↑](#footnote-ref-12)
13. que ce soit au niveau des comités de santé dans les centres de santé, appelés à se prononcer sur la gestion locale des ressources à mobiliser pour le bon fonctionnement des services de santé et la prestations de soins au bénéfice de la population, que ce soit au niveau des équipes dans les districts sanitaires chargées de renforcer les capacités des professionnels de santé oeuvrant dans les centres de santé ou les hôpitaux de district, que ce soit au niveau des structures intermédiaires (provinciales ou régionales) destinées à assurer la bonne cohérence des interventions avec les stratégies et politiques élaborées au niveau central, ou que ce soit encore au niveau ministériel. [↑](#footnote-ref-13)
14. Selon le rapport d’Eriksson (1996) sur la réponse internationale suite à la guerre et au génocide au Rwanda, on estime à 1,4 milliards de dollars américains la contribution de la communauté internationale entre juillet et décembre 1994. [↑](#footnote-ref-14)
15. Centre scientifique et médical de l’Université de Bruxelles pour ses activités de coopération. [↑](#footnote-ref-15)
16. OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement ou MDG, Millenium Development Goals. [↑](#footnote-ref-16)