

"(...) what is your conceptual continuity ?"

Frank Zappa

Apostrophe ' 1973

Plan du travail

Remerciements	3
Liste des abréviations	6
Partie I Présentation du travail	8
Chapitre I : Introduction	8
Chapitre II : Méthodologie	17
Partie II Le district de santé de Rutshuru	36
Chapitre III : L'expérience du district de Rutshuru	36
Chapitre IV : La complémentarité entre district de santé et intervention d'urgence	84
Partie III L'expérience rwandaise	101
Chapitre V : Le système de santé au Rwanda	101
Chapitre VI : Santé publique et processus de paix	160
Partie IV Discussion générale et conclusions	179
Bibliographie	i à xviii
Annexes	

« (...), étant donné, comme chacun sait, que nous ne sommes pas seulement le produit de nos propres choix mais aussi celui des sons, des images, et surtout des gens que nous avons croisés en chemin. »

*Préface de « La vie partagée »
Dorothea TANNING
Editions Christian Bourgeois, 2001*

Après avoir terminé mes études de médecine à l'Université de Liège et ma formation en médecine tropicale à Anvers, j'ai commencé à travailler au Kivu pour la Fondation Damien. J'ai eu la chance, grâce à Peter Eerens, Jean-Pierre Noterman et René Tonglet, d'y rencontrer le Professeur Philippe Hennart, alors Directeur du Cemubac. C'est lui, au cours de discussions échangées sur les routes défoncées de Goma, qui m'a fait prendre conscience de l'intérêt de structurer mes centres d'intérêt en santé publique. C'est donc tout naturellement que je me suis dirigé vers l'Ecole de Santé Publique de l'Université libre de Bruxelles pour débiter ma formation dans ce domaine. Au terme de celle-ci, c'est encore lui qui m'a accueilli au sein du Cemubac où je suis toujours aujourd'hui. Il est donc l'un des principaux artisans de ce travail, tant dans l'initiative que dans la guidance scientifique. Qu'il trouve ici la marque de ma profonde gratitude pour le soutien et pour la confiance qu'il n'a cessé de m'accorder depuis plus de dix ans.

Je souhaiterais également remercier très vivement le Professeur Michèle Dramaix pour l'accompagnement scientifique et moral qu'elle m'a apporté dans les différentes phases de la réalisation de ce travail. Sa grande disponibilité, sa rigueur et son incontestable gentillesse sont connues de tous. Ce travail est aussi l'expression de leur réalité.

Mes collègues du Cemubac à Bruxelles – Pierre Bourdoux, Patrick De Mol, Philippe Donnen, Philippe Goyens, Déo Katulanya, Frédérick Lecharlier, Marie-Laure Lefèbre, Nathalie Moreau, Sylvain Meuris, Etienne Mugisho Soron'Gane, Jean-Lambert Paluku Bahwere, Olivier Vandenberg, Alain Wodon et Marc Willeput – m'ont aidé dans la réalisation, soutenu dans les moments de doute et fourni un cadre de travail en équipe riche et stimulant auquel toute personne qui se lance dans ce genre d'exercice devrait pouvoir accéder. Je tiens ici à leur exprimer à tous mes sincères remerciements. Je tiens également à remercier d'une part le Baron Jaumotte, Président du Conseil d'Administration du Cemubac et, d'autre part, les Autorités de l'Université libre de Bruxelles de m'avoir accordé une bourse dans le cadre du programme d'impulsion à la recherche fondamentale (Mini-Arc).

Ce travail n'aurait pas été possible sans l'intense et fructueuse collaboration avec les partenaires du terrain, que ce soit en République démocratique du Congo ou au Rwanda. L'ensemble des médecins, infirmiers et autres cadres des zones de santé, les cadres des différentes inspections provinciales, les membres des ONG actives au Kivu, toutes ces personnes avec lesquelles nous avons échangé tant de réflexions et traversé tellement de périodes difficiles dans l'histoire mouvementée de cette région constituent, à des degrés divers certes, le lit fertile sur lequel j'ai essayé d'élaborer le présent travail. Je voudrais remercier particulièrement les docteurs Etienne Bahati, Tarcisse Elongo Lokombe, Jean-Bosco Kahindo, Etienne Mahangaïko Lembo, Audace Makamba, Prudence Mitangala Ndeba, Abdon Mukalay wa Mukalay, Mukengeshai Kupa, Olinda Loku Abisa, ainsi que Messieurs Dany Bulondo, Jérôme Fazili, Damien Mastaki sans oublier l'ensemble des médecins et autres membres du Bureau de coordination des actions du Cemubac à Goma ainsi que des bureaux centraux des zones de santé de Kirotshu, Masisi et Rutshuru.

Grâce au docteur Daniel Reynders, j'ai eu la très grande chance de rencontrer le docteur Vincent Biruta qui m'a proposé de venir travailler dans son équipe au Ministère de la Santé à Kigali. Je leur suis très reconnaissant des personnes que, grâce à eux, j'ai pu connaître pendant les 4 années passées au Rwanda, au cours desquelles j'ai appris comment un pays peut se relever d'un drame profond. Je voudrais remercier entre autres les docteurs Maurice Bucagu, Jean-Baptiste Habyarimana, Jean Kagubare, Pie Kamoso, Thomas Karengera, Blaise Karibushi, Véronique Mugisha, Laurent Musango, Désiré Ndushabandi, Jean-Marie Vianney Nyzeyimana, Théophile Nyzeyimana, Charles Rudakubana, Ezéchias Rwabuhiri, Claude Rwagacondo, Marc Sebanjji, Claude Sekabaraga, Andy Tembon, ainsi que Mesdames et Messieurs Jovin Banyingana, Thérèse Bishagara, Emmanuel Kabanda, Anne-Marie Kabatende, Jean-Marie Makuza. Je remercie également l'ensemble du personnel du Ministère de la Santé ainsi que celui du Bureau-Pays de l'OMS à Kigali.

De nombreuses personnes, dont j'ai eu à suivre les enseignements ou avec lesquelles j'ai eu le plaisir d'étudier ou de travailler, ont influencé la manière dont ce travail a été conduit. Parmi celles-ci, les Professeurs Jean Lecomte, Georges Lejeune, Raymond Limet, Pierre Mercenier et Wim Van Lerberghe, les Professeurs Bruno Dujardin, André Heuse, Raphaël Lagasse, André Laurent, Philippe Lepage, Stefaan Pattyn et Elisabeth Wollast, les docteurs François Bredo, Xavier Capelle, Martine Catapano, André Crismer, Jean-Pierre D'Altilia, Ousmane Diouf, André DeClercq, Jacques Donnay, Oussama Fahrat, Isaline Greindl, Roger Hay, Dirk Horemans, Michel Jancloes, Maurice Kivits, Jean-Pierre Lahaye, Didier Maassen, Jean Macq, Jean-Marc Marnette, Patrick

Martiny, Tony Musinde, Patrice Planche, Jacques Poncin, Anne Reinaers, Isabelle Rutten, Vincent Seutin, René Stevens, Henri Taelman, Philippe Van de Perre, Christiaan Van Goethem, ainsi que Mesdames et Messieurs Noël Bossaer, Martine Demonie, Jean-Pierre Foirry, Jacques Gourdin, Bernard Hody, Guido Houben, Carole Landon, Aïta Pichvaï, René Poismans, Agnès Stiernet, Philippe Vinard et la Famille Esselen. Par leurs enseignements, leurs réflexions et leurs conseils, elles ont toutes contribué à façonner ma pratique de la médecine et de la santé publique dans les pays en développement et ont donc influencé d'une manière ou d'une autre les idées exposées dans les différents chapitres de ce travail.

Je souhaite également adresser mes remerciements aux responsables de l'Organisation Mondiale de la Santé (Divisions ICO et EIP), de la Direction Générale du Développement de la Commission Européenne, de la Direction Générale de la Coopération au Développement du Ministère belge des Affaires étrangères, de la Coopération Technique Belge, du Fonds National de la Recherche Scientifique, de la Commission Universitaire au Développement, de l'Université libre de Bruxelles, de la Fondation Damien et de la Fondation Van Buuren pour avoir financé les projets au sein desquels j'ai travaillé. Ce travail se veut également le reflet de l'utilité réelle des financements octroyés aux populations bénéficiaires.

Je remercie l'ensemble de ma famille et particulièrement Vivi, Micael et Meseret de m'avoir soutenu, d'avoir accepté que je sois tellement absent tout au long des années qu'a duré l'élaboration de cet exercice et surtout d'avoir supporté que, bien que très absorbé par elles, je parle si peu des activités menées au cours des séjours et missions réalisés en Afrique centrale.

Les images et les sons sont trop nombreux pour être nommés ici. Comme l'on dit en ces circonstances, ils se reconnaîtront...

Ce travail est dédié aux populations de la Région des Grands Lacs africains qui m'ont accueilli avec tellement de cordialité depuis plus de 20 ans. Je tiens à rendre hommage à ces femmes et à ces hommes.

« Leur vie est une peine, un tourment qu'ils supportent avec une endurance et une sérénité stupéfiantes »

*Ebène. Aventures africaines
Ryszard KAPUSCINSKI
Editions Plon, 2000*

Abréviations

AGCD	Administration générale de la Coopération au Développement
AS	Aire de santé
ASS	Afrique subsaharienne
BCZ	Bureau central de la zone de santé (siège de l'ECD)
CEMUBAC	Centre scientifique et médical de l'Université libre de Bruxelles pour ses activités de coopération
CH	Centre hospitalier
Compl	Complétude des rapports dans le SIS
Couv Obst	Couverture obstétricale
CPN	Consultation prénatale
CRED	Centre de recherche sur l'épidémiologie des désastres
CS	Centre de santé
CSR	Centre de santé de référence
CTB	Coopération technique belge (agence)
DGCD	Direction générale de la Coopération au Développement (MAE – ex DGCI)
DGCI	Direction générale de la coopération internationale (MAE – ex-AGCD et devenue DGCD)
Dispon AAS	Disponibilité en acide acetylsalicylique [un moins le (nombre moyen de jours de rupture de stock en AAS par mois / 30 * 100)]
DS	District de santé (nom générique correspondant à la définition de l'OMS)
DTC1	Vaccin Diphtérie Tétanos Coqueluche (1 ^{ère} dose)
DTC3	Vaccin Diphtérie Tétanos Coqueluche (3 ^{ème} dose)
ECD	Equipe cadre du district
GDP	Gross domestic product (PIB)
GNP	Gross national product (PNB)
Hab	Habitant
HD	Hôpital de district
HGR	Hôpital général de référence (= appellation du HD en RDC)
MAE	Ministère des affaires étrangères (Belgique)
Minisanté	Ministère de la Santé
MOH	Ministry of Health
Nbre	Nombre
NC/hab/an	Nouveau cas par habitant par an
NGO	Non governmental organisation
OCDE	Organisation pour la coopération et le développement économique
OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
ODI	Overseas Development Institute
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PATS	Programme d'appui transitoire au secteur de la santé (Union européenne)
PIB	Produit intérieur brut (GDP)
PCA	Paquet complémentaire d'activité (HD)
PMA	Paquet minimum d'activités (CS)
PNB	Produit national brut (GNP)
RCD	Rassemblement congolais pour la Démocratie
RDC	République démocratique du Congo

Réun COSA	Réunion des comités de santé
SIS	Système d'information sanitaire
SSP	Soins de Santé Primaires
Superv	Supervision
TUC	Taux d'utilisation du curatif
UN	United Nations
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees/ Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR)
USCR	United States Committee for Refugees
USD	Dollar américain
VAR	Vaccin anti rougeoleux
WHO	World Health Organization
ZS	Zone de santé (= appellation du DS en RDC)
1-inf hosp	Complément de la proportion des infections hospitalières (en %)

PARTIE I Présentation du travail

Abréviations	6
Chapitre I Introduction	8
I.1 Contexte du travail : une crise complexe	8
I.2 Définition des différents concepts	11
I.2.1 Classification des désastres, catastrophes et crises	11
I.2.2 Classification des différents types d'urgence.....	13
I.3 Hypothèses du présent travail	15
Chapitre II Méthodologie du travail.....	17
II.1 Cadre général de recherche	17
II.1.1 Introduction	17
II.1.2 Les principes fondamentaux de la recherche en organisation des services de santé	18
II.2 Méthodes	24
II.3 Autres aspects méthodologiques	31
II.4 Limites méthodologiques du présent travail	34

Chapitre I Introduction

Pour ce chapitre, les objectifs sont au nombre de 3 :

- 1) présenter le contexte dans lequel le travail a été mené**
- 2) définir les différents concepts de base**
- 3) proposer les différentes hypothèses du travail**

1.1 Contexte du travail : une crise complexe

Dans un passé récent, de nombreuses régions du monde ont été ou sont encore affectées par des troubles divers. Le rapport annuel de l'IFRCRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies) (2001) en reprend une synthèse chaque année. 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. 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).

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.

La région des Grands Lacs africains, située entre l'Afrique Centrale et l'Afrique de l'Est (voir carte ci-dessous) n'a pas échappé à cette règle. L'est du Congo, l'Ouganda, le Rwanda et le Burundi sont 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 pour une vue globale ou Willame, 1997 pour la partie Est du Congo).

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).

En novembre 1996, l'expulsion par les forces rwandaises des réfugiés rwandais installés dans les camps en République démocratique du Congo, la fuite de nombre d'entre eux vers l'ouest du continent, la guerre de libération concomitante et ensuite celle de 1998 ont fait de très nombreuses victimes des faits de guerre, des suites de déplacements, d'épidémies, de malnutrition,... (Braeckman, 1999). Le récent rapport de l'organisation International Rescue

Committee fait état de plus de 3 millions de morts en République démocratique du Congo depuis 1998 (Roberts, 2001).



Figure 1 : Carte de la Région des Grands Lacs africains

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 XX^{ème} siècle des plus pénibles.

Parmi les nombreux éléments constitutifs des sociétés concernées à avoir été gravement perturbés, il en est un important à nos yeux ayant aussi contribué à l'altération des conditions sanitaires de ces populations, c'est la destruction des infrastructures sanitaires et les massacres des personnels de santé qui, souvent, sont confrontés directement aux conséquences des combats, déplacements ou épidémies. Il nous a paru dès lors 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 en cas de désastre, (2) sur les relations qui doivent s'établir avec les intervenants d'urgence 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.

1.2 Définition des différents concepts

Cette section s'attachera à préciser ce que recouvrent les notions de désastres, catastrophes, urgences et à en apporter une ou plusieurs classifications.

1.2.1 Classification des désastres, catastrophes et crises

La revue de la littérature nous montre qu'il n'est pas aisé de pouvoir disposer d'une telle classification.

Nous nous référerons principalement à trois classifications : celle reprise dans le World Disaster Report, celle établie par un groupe de recherche lié à l'Université de Tulane aux Etats Unis et enfin une classification développée par Duffield pour l'Overseas Development Institute en Angleterre. Les deux premières reprennent des définitions des désastres, post conflit, donc des situations, alors que la dernière classification couvre plutôt les urgences, c'est-à-dire le type de réponses à ces situations.

Le World Disasters Report dans son édition de 2001 (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2001) propose différentes manières de classier les catastrophes, situations de crise ou désastres (tous trois traduits en anglais par « disaster »).

1) Le World Disasters Report lui-même propose la classification suivante :

Les *catastrophes naturelles* hydro météorologiques (avalanches, inondations, famines, tempêtes,...) ou géophysiques (tremblements de terre et éruptions volcaniques) ; les *catastrophes non naturelles* industrielles (pollutions chimiques, explosions, empoisonnements, radiations,...), liées aux transports (par route, rail, air ou mer) et diverses (effondrements de structures domestiques, feux,...). Dans cette classification la notion de « conflit » est assez curieusement absente.

2) Le même rapport reprend également la classification du Centre de Recherche en Epidémiologie des Désastres (CRED, 2001) :

Est défini comme *désastre*, une situation ou un événement qui submerge les capacités locales , nécessitant une demande d'assistance au niveau national ou international. Pour être inclus dans la base de données des désastres, il faut au moins remplir les conditions suivantes : (1) plus de 10 morts, (2) plus de cent personnes affectées, (3) un appel à l'assistance internationale ou (4) la déclaration d'un état d'urgence.

Est défini comme *conflit* l'utilisation d'armes entre forces militaires d'au moins deux pays ou entre un gouvernement et un groupe armé ayant entraîné au moins 10 morts ou 100 personnes affectées des suite des combats. Un conflit est international lorsqu'il inclut un enjeu de frontières, d'invasion étrangère ou d'autres attaques trans-frontalières.

A cela s'ajoute la notion de *réfugié* et *personne déplacée interne (internally displaced people)* définies par le United States Committee for refugees (USCR) et qui sont respectivement des personnes en dehors de leur pays et qui ne peuvent ou ne veulent y retourner par crainte des conflits armés et des personnes qui ont quitté leur maison tout en restant dans leur propre pays (USCR, 2001).

3) La classification de l'Université de Tulane (Mock & Lyerly, 1996)

➤ Est défini comme *désastre* une situation résultant de phénomènes environnementaux ou de conflits armés qui conduisent à du stress, des blessés ou des tués, des dommages physiques et une détérioration économique de magnitude telle que ces phénomènes ou conflits dépassent les capacités d'absorption/d'adaptation de la communauté. Les désastres sont groupés en 3 *catégories* selon leur cause : les conflits, les désastres naturels et les épidémies.

➤ Les *désastres causés par les éléments naturels* sont les plus nombreux, causent tantôt peu tantôt beaucoup de décès mais affectent le plus souvent un nombre élevé de

personnes. Parmi eux, les sécheresses et les inondations sont probablement les plus sévères, surtout en Afrique subsaharienne.

➤ Les *désastres causés par des épidémies* sont également fréquents. Il faut préciser que ces épidémies surviennent chez des populations payant déjà un lourd tribut aux maladies infectieuses qui représentent de loin la première cause de morbidité et de mortalité en Afrique notamment. Dans ce cadre, le fardeau du HIV/SIDA, de la tuberculose et de la malaria constitue la principale source de préoccupation .

➤ Les *urgences humanitaires complexes* ou crises complexes présentent les 5 caractéristiques suivantes : (1) détérioration et/ou effondrement complet de l'autorité gouvernementale centrale, (2) abus des droits de l'homme étendus, (3) insécurité alimentaire, (4) effondrement de l'appareil macroéconomique, et (5) mouvements massifs de populations. Elles ont en général un début assez lent.

Elles ont été au cours des années 90 les plus meurtrières avec plusieurs millions de morts recensés et/ou déclarés rien qu'en Afrique.

➤ Les *personnes vulnérables* sont celles qui sont plus à risque de subir les issues défavorables telles que le décès, la perte de propriété, de revenu en présence d'une menace telle que famine, guerre ou épidémie.

➤ Les *mécanismes d'adaptation/d'absorption* (coping mechanisms) se réfèrent à la variété des réponses par les populations qui permettent de moduler les effets des désastres.

Enfin, il est également important de préciser ce que l'on entend par post conflit. Le Overseas Development Institute (ODI) a établi 3 conditions définissant le processus de transition de la guerre vers la paix : (1) la signature d'un accord de paix, (2) un processus de transition politique avec des élections accompagné d'un transfert de pouvoir et (3) la perception par les acteurs nationaux et internationaux qu'il existe une opportunité pour la paix et la reconstruction. Néanmoins, il faut préciser que les éléments repris ci-dessus peuvent avoir existé et que concomitamment subsistent des troubles ou conflits violents du fait de factions armées non démantelées, soldats démobilisés, banditisme ou seigneurs de guerre (Barakat & Deely, 2001 ; Hamdan, 2003c).

I.2.2 Classification des différents types d'urgence

Comme mentionné ci-dessus, la première caractéristique du contexte contemporain de l'aide humanitaire est le changement de la nature des situations de crise ainsi que l'augmentation

sensible du nombre et de l'ampleur de celles-ci. La notion d'urgence implique un aspect de gravité et un aspect temporel qui sont étroitement liés. La réponse à une « urgence » ne peut, en principe, être différée en raison de la gravité inhérente à l'urgence. « L'urgence se pose quand tout retard entraînerait un grave préjudice pour celui qui s'en prévaut » (urgence, www.granddictionnaire.com, accès le 28 avril 2003). La durée de la phase intensive de la réponse est également limitée dans le temps. Ces dernières années, il est apparu que la notion d'urgence a tendance à se nuancer par rapport à la gravité puisque certaines situations peu graves font l'objet de réponses de type « urgence » et par rapport à la temporalité puisque certaines réponses sont soit différées soit prolongées au delà de la phase intensive. De là naît un certain paradoxe qui trouve sa solution dans l'articulation (souvent problématique) entre les interventions d'urgence par définition limitées dans le temps et les interventions dites de « développement » envisagées sur le moyen et le long terme. Ce dernier point est abordé plus en détails au chapitre IV.

Le type de réponses à apporter doit donc également être revu. Buchanan Smith (1994) a proposé de substituer à la classification utilisée dans les années septante et quatre-vingt - catastrophe naturelle soudaine, – désastre causé par l'homme, – crise de pénurie alimentaire de maturation lente -, une classification qui tient compte de la durée et de la complexité des mécanismes étiologiques de ces crises :

- Urgences de survenue rapide – tremblements de terre, inondations, éruptions volcaniques,...
- Urgences d'émergence lente – sécheresse,...
- Urgences permanentes - impliquant un état de pauvreté structurelle et un besoin permanent de soutien survenant parfois dans les suites d'une urgence tombant dans le cadre des deux premières catégories
- Urgences complexes – définies par l'ONU comme des crises humanitaires de majeure importance et de nature multifactorielle, qui nécessitent une réponse systémique et que Duffield (1994) caractérise comme « possédant une singulière habilité à détruire l'intégrité culturelle, civile, politique et économique de sociétés établies ».

Ces différentes catégories peuvent évidemment se superposer.

Les classifications des désastres et des urgences (les dernières n'étant en fait qu'une expression de la rapidité et de l'ampleur avec laquelle l'homme estime devoir répondre au désastre) font apparaître une catégorie particulière que sont les urgences humanitaires complexes ou crises humanitaires complexes. Depuis quelques années, cette notion a été largement reprise par de

nombreux auteurs (Burkholder & Toole, 1995 ; Toole, 1997 ; Toole & Waldman, 1997 ; Banatvala & Zwi, 2000 ; Brennan & Nandy, 2001 ; Waldman, 2001). Dans le cadre qui nous occupe, l'environnement tant pour le DS de Rutshuru que pour le Rwanda, entre clairement dans les limites des urgences permanentes et complexes.

1.3 Hypothèses du présent travail

Deux préoccupations nous ont guidé à travers ce travail depuis une dizaine d'années : (1) la préoccupation personnelle vis-à-vis de la crise complexe dans laquelle a été plongée la région des Grands Lacs africains à partir du début des années 90 et (2) l'intérêt pour la politique de santé mise en place en République démocratique du Congo d'abord, au Rwanda ensuite. Les deux nous ont poussé à nous interroger sur l'adéquation de l'une (la politique) à l'autre (la crise).

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.

Pour des raisons méthodologiques, nous formulerons des propositions à argumenter plutôt que des hypothèses à vérifier. Ce point sera largement expliqué dans le 2^{ème} chapitre de cette introduction, consacré à la méthodologie.

Les propositions énoncées rencontreront les préoccupations et intérêts formulés ci-dessus et seront d'emblée énoncées de manière générale et spécifique. Les propositions secondaires sont déduites de la proposition principale et en constituent déjà, en quelque sorte, une clarification situationnelle précisant le caractère pluri-contextuel du travail.

La proposition principale 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 principale 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 (Partie IV).

Comme mentionné ci-dessus, cette proposition peut néanmoins d'emblée être argumentée d'une part en analysant le devenir d'un district de santé *pendant* qu'il est soumis à un environnement de plus en plus critique (Zone de Santé de Rutshuru, Province du Nord Kivu, République démocratique du Congo) et 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 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. Ceci nous amène à formuler deux propositions secondaires.

Première proposition secondaire :

> les districts de santé sont capables en situation critique de maintenir et de développer leurs activités en vue de la prise en charge des problèmes de santé rencontrés par la population touchée par une catastrophe.

Deuxième proposition secondaire :

> la réponse aux besoins sanitaires d'une population vivant en situation post-critique peut s'élaborer à travers la mise en place d'un système de santé basé sur le district sanitaire.

Comme nous allons le détailler dans le chapitre suivant, l'objectif du présent travail est donc de mettre ensemble les différents éléments recueillis antérieurement pour argumenter au mieux les différentes propositions formulées.

Chapitre II Méthodologie du travail

Objectif :

Décrire le cadre général de recherche et les méthodes utilisées dans le présent travail

II.1 Cadre général de recherche

II.1.1 Introduction

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). Ce rapport fut vigoureusement critiqué (Navarro, 2000 ; Van Der Stuyft & Unger, 2000 ; Almeida, 2001 ; Jamison & Sandbu, 2001). Il n'en demeure pas moins une initiative intéressante en faveur du principe d'une réflexion quantitative et qualitative sur la manière dont les systèmes de santé remplissent leur mission au sein des pays.

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. L'analyse de ces réformes des systèmes de santé a été systématisée notamment sous l'impulsion de l'OMS et de la Banque mondiale depuis environ 10 ans. Il existe un nombre élevé de publications et de rapports sur le sujet. Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de faire le point sur cette question (voir entre autres Kutzin, 1995 ; McPake & Kutzin, 1997 ; Berman & Bossert, 2000 ; les publications et rapports techniques de la Banque mondiale, de l'Organisation mondiale de la Santé, de l'Organisation pour la Coopération et le Développement économique ou encore, par exemple, du projet Partnerships for Health Reform [www.phrproject.com/publications]).

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 (voir ci-dessous).

L'objet de la présente section est d'analyser comment les données disponibles dans le cadre des activités prestées aux différents niveaux des systèmes de santé peuvent être utilisées pour apprécier le fonctionnement des systèmes nationaux ou locaux ainsi que leur pertinence et leurs performances en situation critique.

II.1.2 Les principes fondamentaux de la recherche en organisation des services de santé

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 (voir plus loin). Dans le domaine de la médecine clinique la démarche expérimentale a connu et connaît encore un succès considérable. Dans le domaine de l'analyse des systèmes sociaux en général et des systèmes de santé en particulier, cette démarche expérimentale quantitative pose des problèmes (voir par exemple Lundy, 1996 ou Dujardin, 2002). Fulop *et al* (2001) ont récemment resynthétisé les alternatives paradigmatiques caractérisant la recherche dans le domaine de l'organisation des services de santé.

"The last two decades have been termed the Era of assessment and accountability by Arnold Relman, ex-editor of the New England Journal of Medicine (Relman, 1998). They were marked by the adoption of scientific management, health technology assessment and the acceptance of evidence-based medicine based on clinical guidelines. While all these developments have contributed to maintaining a working relationship between funders, providers and the public, it is clear that the pressure on health systems persists and is likely to increase. It is time to enter the next era of health care, one in which we attend to the way we organise and deliver services, with much greater involvement of the public and consumers; an era of research on service delivery and organisation." (Fulop et al, 2001)

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. Pawson & Tilley (1997), Gill & Johnson (2002) et Creswell (2003) présentent également une explication détaillée des deux démarches¹.

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. Les chercheurs proches du paradigme positiviste/déductif seront plus enclins à privilégier l'expérimentation tandis que ceux choisissant l'approche interactionniste/inductive seront amenés à plus d'observation et de description de la signification ou du sens du monde social. Le standard pour les premiers sera l'étude expérimentale contrôlée au cours de laquelle le chercheur va suivre les effets du changement opéré. Les seconds prendront le contexte naturel ou quotidien comme source de données. Pour essayer de concilier ces deux approches ayant conduit à des oppositions très fortes entre chercheurs, ou peut-être plus simplement pour mieux appréhender la réalité, certains auteurs ont développé des approches alternatives comme le réalisme liant à la notion de causalité (au sens expérimental du terme) celle de contexte ou d'environnement. Ce dernier

¹ Voir particulièrement dans Pawson & Tilley, chapitres 1 à 3, dans Gill & Johnson, chapitre 3 "The role of theory in research methods" pp 28-45 et dans Creswell, chapitre 7 "The use of theory" pp 119-141.

module la première et impose donc de tenir compte des « conditions » non ou difficilement contrôlables dans les conclusions de l'expérimentation (Pawson & Tilley, 1997)

Depuis plusieurs dizaines d'années, la logique de la découverte scientifique veut que l'on puisse prouver ou démontrer l'exactitude d'une hypothèse selon une démarche positiviste, déductive plutôt qu'inductive (Popper, 1973 ; Rice & Ezzy, 1999). Ceci implique que l'expérimentation occupe une place essentielle dans le processus de la recherche scientifique et que son contrôle est la condition essentielle pour définir avec certitude des relations de cause à effet qui puissent utilement alimenter la réflexion et la connaissance dans un domaine particulier. Cette démarche est plus séduisante pour un esprit cartésien et plus facilement relayée par la littérature scientifique internationale. L'« Evidence based medicine » est, à ce titre, très illustrative et fait l'objet d'une littérature abondante (voir par exemple Muir Gray, 1997 ; Sackett *et al*, 1998)². Cette dernière nous recommande de ne prendre des décisions que sur des arguments techniques et des preuves argumentées au travers d'études expérimentales ou d'études prospectives randomisées ou encore de méta-analyses.

A titre d'exemple de l'importance de la manière dont la démarche déductiviste est préférée dans le monde scientifique actuel, dans un récent travail de synthèse sur les crises en Afrique (Mock, 1996), tous les articles proposés en références ayant fait l'objet d'une publication dans une revue scientifique reconnue sont en relation avec la morbidité, la mortalité ou les aspects économiques ou tout autre aspect quantitatif, mesurable et « démontrable » scientifiquement. Tout ce qui a trait à l'organisation des services de santé fait plutôt l'objet de littérature grise sous forme de rapports ou de documents non publiés.

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. Quand on considère les domaines cliniques, on sait depuis de nombreuses années qu'il est possible d'étudier par exemple tel ou tel effet d'un médicament sur un groupe d'individus pris au hasard. Envisageant l'organisation des services de santé, on constate que l'expérimentation sur les systèmes de santé est plus malaisée car le service ou les services étudié(s), organisé(s) en système ou non est (sont) difficilement « isolable(s) » de l'environnement multisectoriel dans lequel il(s) prend(nent) place. Cette dualité est représentée schématiquement à

² Toutefois certains auteurs la remettent en cause sur son principe suite au décalage existant souvent entre les réalités de terrain et les informations dont on dispose pour prendre une décision (Danzon & Charpak, 2002).

la Figure 2. Celle-ci illustre à la fois la dichotomie franche existant entre les deux approches : on suit une démarche OU l'autre. Elle peut également illustrer la complémentarité entre les deux approches : on suit l'une ET l'autre ou l'une PUIS l'autre.

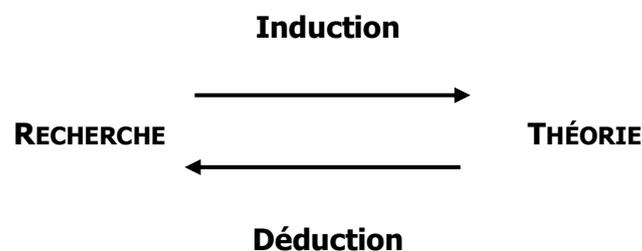


Figure 2 : Relation entre recherche et théorie (d'après Shi, 1997)

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).

Ceci n'empêche pas d'exiger de la part du chercheur une rigueur dans la conduite de l'observation/analyse qui est faite (Rice & Ezzy, 1999). La rigueur telle que conçue par Rice & Ezzy fait référence à la validité interne (c'est-à-dire l'aptitude à mesurer effectivement ce que l'on est

supposé mesurer) et à la fiabilité (c'est-à-dire le degré selon lequel les résultats obtenus peuvent être répliqués dans des circonstances semblables). Ces auteurs soulignent en outre la nécessité, dans la mesure du possible, de prendre en compte les nombreuses menaces pesant sur la validité telles qu'expliquées par Jones (2000).³

La définition de la rigueur telle que proposée ci-dessus permet d'introduire la notion de validité externe (c'est-à-dire le degré selon lequel les résultats obtenus peuvent être répliqués dans des circonstances différentes) et de validité prédictive qui est la capacité pour une mesure ou une analyse de prévoir que le phénomène se passera de telle ou telle manière (Last, 1995). Ces notions sont au cœur de nos préoccupations. Car en effet est-il vraiment utile de documenter une expérience si les enseignements tirés de l'analyse qui en découle n'ont aucune chance de pouvoir être utilisés ailleurs ou plus tard ? Dans le domaine de l'organisation des services de santé, la filiation directe entre une observation et une situation ultérieure est difficile car les conditions entourant l'observation et celles rencontrées ultérieurement peuvent être et sont quasi par définition fondamentalement différentes. Peut-on appliquer les mêmes stratégies en Afghanistan que celle qui ont été utilisées au Rwanda ? (Porignon & Hennart, 2002)

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 réponse pourrait être oui. Tout d'abord en fournissant des arguments en faveur des propositions principale et secondaires qui ont été formulées ci-dessus. Ensuite en construisant une argumentation appliquée à des contextes différents. Nous en envisagerons deux dans le cadre du présent travail. Ces deux contextes ou environnements sont certes très proches en terme de localisation mais néanmoins très différents factuellement parlant, notamment dans la manière dont

³ Ces notions sont également reprises en d'autres terme ci-dessous (page 33)

les systèmes de santé ont été élaborés et conceptualisés mais également dans leur histoire, leur culture et leurs caractéristiques géographiques. La combinaison des éléments issus de l'expérience du district de santé de Rutshuru avec ceux de l'expérience rwandaise ainsi que leur interprétation permet de renforcer, par l'accumulation de faisceaux argumentaires, la pertinence de la proposition principale formulée au début de ce travail. Il s'agit d'une forme de triangulation qui peut être vue comme la recherche d'une validation des données et résultats par la multiplicité des sources de données, des méthodes ou des chercheurs (Rice & Ezzy, 1999 ; Meyer, 2001 ; Mingers, 2001).

Nous émettons dans ce travail le postulat que la multiplicité des arguments renforce leur validité et que l'observation simple peut, dans certaines circonstances, aboutir à une prise de décision pertinente sans avoir un recours systématique à une « conceptualisation » de l'événement, à sa formulation en termes de recherche expérimentale et à la confirmation statistique de l'effet observé.

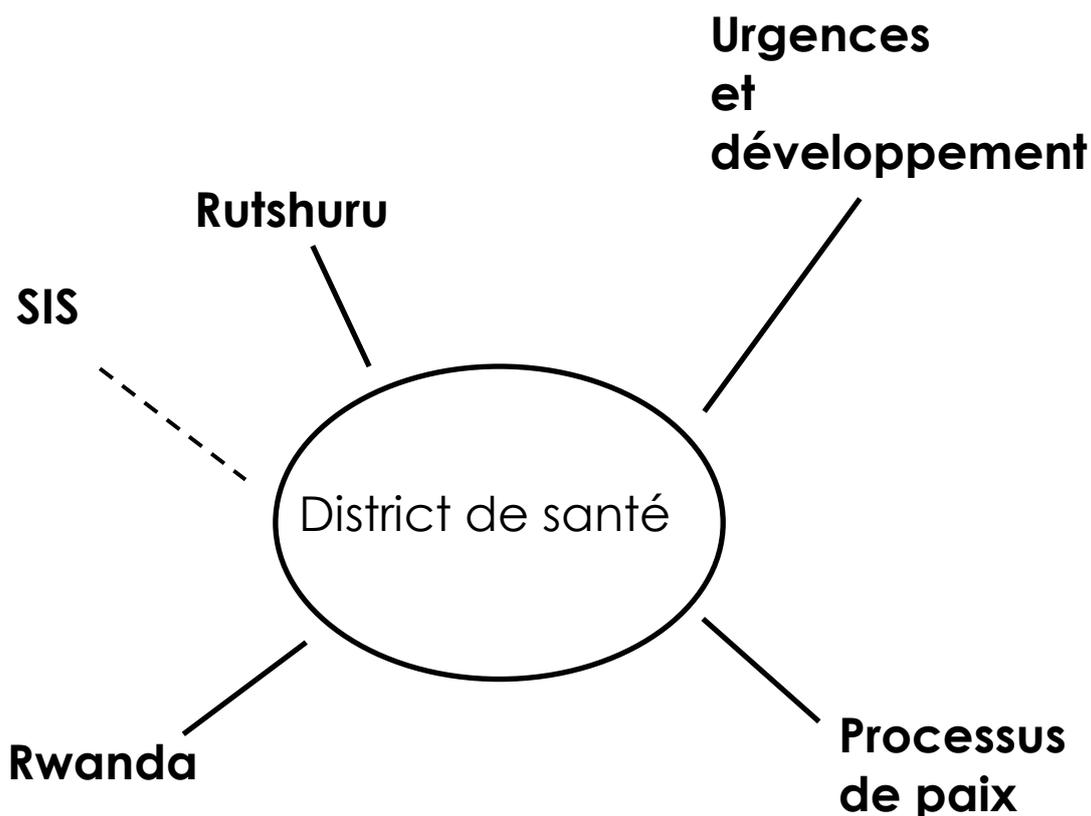


Figure 3 : Représentation schématique de la structure du travail

Dans ce cadre, les différents chapitres ont pour but d'apporter chacun une argumentation plus ou moins franche pouvant être reliée à la notion de district sanitaire. Le schéma de la Figure 3 ci-dessus reprend graphiquement ces liens.

Nous nous attacherons d'abord à décrire la situation du district sanitaire de Rutshuru en République démocratique du Congo. Cette analyse sera complétée par une réflexion pratique sur les liens unissant les interventions humanitaires d'urgence et les interventions de développement. Ensuite, nous étudierons le cas de la reconstruction du système de santé au Rwanda. Cette analyse sera complétée par une réflexion sur le rôle des professionnels de santé dans l'élaboration des processus de paix. Pour chacun de ces chapitres, le lien avec la notion de district de santé sera établi au long du texte et synthétisé en fin de chapitre. Un trait commun, le système d'information sanitaire, fera également l'objet d'une attention particulière. Les informations ayant permis la construction de l'argumentation développée dans ce travail n'ont, à une seule exception près, jamais fait l'objet d'un recueil spécifiquement organisé mais résulte plutôt, tant au Kivu qu'au Rwanda, de la valorisation des données existant par ailleurs (qu'elles soient de routine ou contenues dans des rapports divers).

II.2 Méthodes

Essayons de préciser maintenant les méthodes proprement dites. La méthode de base du présent travail fait appel à l'étude de cas. Par cas on entend ici, non pas un patient au sens clinique du terme, mais plutôt une situation.

Plus exactement il s'agira en l'occurrence de deux études de cas : une portera sur le district de santé de Rutshuru en République démocratique du Congo et l'autre sur le Rwanda.

Certains définiront ces études de cas comme non contrôlées (Shi, 1997). Cette appellation « non contrôlée » fait référence à une gradation dans la démonstration de la causalité. Etant donné que notre propos ne sera que très peu lié à la démonstration de type épidémiologique des propositions formulées à la section I.3, nous n'utiliserons plus cette terminologie, préférant le terme « étude de cas » seul.

Au regard de la littérature sur la recherche en systèmes de santé et en sciences sociales, il est possible de détailler un peu les méthodes utilisées (Rice & Ezzy, 1999 ; Jones, 2000 ; Fulop *et al* ; 2001). Nous envisagerons dans l'ordre : l'observation participante, l'exploitation de documents et l'analyse de contenu, la recherche-évaluation, la méthode discrète, la recherche historique et l'analyse de politique ou « policy analysis ». Ces méthodes ne sont évidemment pas mutuellement exclusives. La Figure 4 représente schématiquement les relations entre les différentes méthodes utilisées de manière plus ou moins formelles dans ce travail.

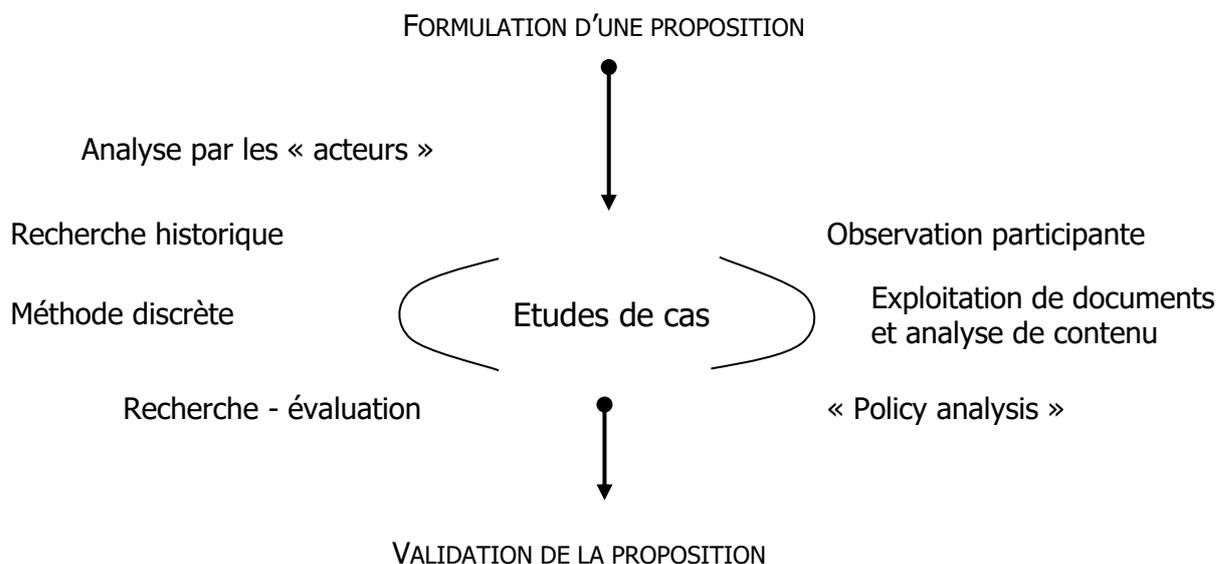


Figure 4 : Structuration globale des méthodes utilisées dans ce travail

L'observation participante (Jones, 2000)

L'observation participante implique que le chercheur se rende sur le terrain, pour s'immerger dans les activités quotidiennes de la collectivité ou de l'endroit qui retient l'attention. C'est typiquement ce qui s'est passé pour le Rwanda où ma présence a été permanente pendant 4 ans, comme conseiller de l'OMS en politiques de santé, attaché au Cabinet du Ministre de la Santé. Cela s'est également passé en partie pour le district de Rutshuru où une présence intermittente de 1993 à 1997 a été assurée (environ 2 à 3 mois par an), comme superviseur du projet d'appui aux districts de santé de Kirotshe , Masisi et Rutshuru⁴.

⁴ Ce projet était et est toujours exécuté par le CEMUBAC sur financement de l'Union européenne et du Gouvernement belge.

La limite de cette méthode est le fait que les perceptions et points de vue peuvent être tellement différents entre chercheurs qu'ils aboutissent à des conclusions diamétralement opposées. Il s'agit donc d'un problème de fiabilité. Le fait que les observations de l'un puissent ne pas être confirmées à travers une démarche systématique ne les rend pas automatiquement suspectes. *« L'objectif de l'observation participante reste de dégager des concepts, des abstractions fondées qui aide à expliquer et à interpréter ce qui se passe dans le champ envisagé. (...) La validité de l'observation participante repose sur la concordance existant entre les faits décrits et l'élaboration conceptuelle. »* (Jones, 2000).

Cette méthode se rapproche de la recherche action mais s'en distingue par l'absence de protocole de recherche formellement élaboré.

L'exploitation de documents et l'analyse de contenu (Jones, 2000)

Cette méthode a été utilisée non pas pour tester les hypothèses qui seraient formulées dans l'un ou l'autre rapport ou article mais plutôt pour rechercher des informations permettant de renforcer les arguments visant à étayer les propositions formulées au point I.3. Dans ce sens elle se rapproche plus de la revue de littérature, bien que des efforts importants aient été fournis pour trouver une information de base dans les documents disponibles au Ministère de la Santé rwandais notamment. Cette collecte informelle d'information s'est faite dans le cadre des tâches qui ont été confiées par le Ministre de la Santé aux collaborateurs impliqués dans l'élaboration des différents documents produits par le Ministère de la Santé (Rapports annuels, Analyse de la Politique de santé, revues des dépenses publiques,...). La recherche de documents s'est complétée de séances de travail non structurées avec les responsables du Ministère de la Santé, de la Coopération belge, de l'OMS visant à obtenir des informations sur les aspects pour lesquels toute documentation avait été détruite lors de la guerre et du génocide.

La recherche - évaluation (Jones, 2000)

Selon cet auteur, *« évaluer quelque chose signifie s'assurer de sa valeur, émettre un jugement à son sujet, déterminer ses mérites. (...) La recherche-évaluation est un ensemble hétérogène de techniques, de procédures et de méthodes permettant de déterminer systématiquement la conceptualisation, la planification, la réalisation et l'utilité de programmes d'intervention dans la société. »* (Jones, 2000). A ce titre, elle peut inclure les méthodes vues ci-dessus. Toutefois, dans

la mesure où les programmes d'action faisant l'objet de cette recherche évaluation se trouvent en concurrence, des conflits d'intérêts surgissent et doivent être gérés. « *La recherche évaluation constitue donc une entreprise à caractère politique.* » (Jones, 2000).

Vu la nature de cette recherche-évaluation et vu le sujet auquel elle s'adresse (en l'occurrence dans le présent travail, l'organisation des services de santé, qui plus est, en situation critique), cette méthode sera envisagée comme le goulot de sortie de la réflexion globale menée dans le cadre de ce travail.

Dans les travaux menés tant au Rwanda qu'en République démocratique du Congo, cet aspect d'évaluation sous-tend bon nombre d'activités que j'ai eu l'occasion de mener entre 1993 et 2001. L'élaboration des rapports annuels (de 1996 à 2001), la réalisation d'études spécifiques (revues des dépenses publiques [1998 et 1999], comptes nationaux de la santé [1998],...) ou l'analyse de la situation (réalisée en 2000-2001).

La méthode discrète (unobtrusive method) (Rice & Ezzy, 1999)

Cette méthode repose sur des techniques pour lesquelles il n'est pas fait appel à la participation active des sujets, répondants, participants ou informateurs. L'environnement social des populations n'est donc pas perturbé par la recherche. Cela peut également comprendre l'exploitation de documents et l'analyse de contenu ou l'observation déguisée.

Cette méthode a été utilisée pour le district de Rutshuru durant la période mi-1997 à début 2001. En effet, durant cette période, l'observation participante a été remplacée par un suivi discret. C'est sur base des recommandations formulées depuis Bruxelles par l'équipe de suivi des projets du Cemubac que les activités se sont poursuivies. Celles-ci ont donc été menées (à l'opposé de ce qui s'est passé entre début 1993 et mi-1997) sans intervention directe ou indirecte de ma part, si ce n'est quelques questions posées 2 ou 3 fois par an à des informateurs indirectement impliqués dans les activités du DS.

Encore une fois, il est important de noter que la qualité des données collectées à travers cette méthode, est sujette à discussion. L'exactitude des données est ici en cause. Les biais peuvent également être importants dans le choix des sujets/situations observées. Il conviendra donc de combiner cette méthode avec d'autres.

La recherche historique (Berridge, 2001)

La recherche historique se base sur des faits pour analyser des événements. Cette analyse est toujours déterminée par la position théorique initiale du chercheur. La recherche historique peut essayer d'expliquer comment et pourquoi on en est arrivé au système de santé actuel. Quelles ont été les personnes clés, les facteurs, les institutions, les mécanismes sociaux, les cultures ayant contribué à l'apparition de tel ou tel système de santé.

On ne peut négliger pareille dimension dans l'analyse de ce qui s'est passé [1] à Rutshuru sur une période de 17 ans avec un background conceptuel solide en terme de politique de santé en République démocratique du Congo et [2] au Rwanda dans le choix de la mise en place des districts de santé dans l'immédiat après guerre. Le contexte du maintien des districts de santé comme outil opérationnel pour la prestation des services de santé en République démocratique du Congo et celui de la réforme du système de santé au Rwanda entrent clairement dans une perspective historique.

Les principales limites de la méthode sont d'abord que seules les questions générales peuvent être envisagées sans trop de spécificité. Ensuite, le fait que les historiens ne sont pas impliqués dans la recherche sur les systèmes ou services de santé au même titre que les économistes, les sociologues ou les juristes, empêche de développer des techniques plus appropriées pour fournir des réponses plus précises à des questions pointues qui préoccupent les professionnels de santé.

La « policy analysis » ou analyse de politique (Harrison, 2001)

L'analyse de politique est une approche méthodologique générale reposant sur l'hypothèse selon laquelle le monde est occupé par des acteurs ayant des intérêts différents et parfois conflictuels ainsi que des pouvoirs respectifs différents. Cette approche suppose également que les arrangements institutionnels à travers lesquels les politiques sont formulées et s'expriment - comme les gouvernements ou les organisations - sont d'importants médiateurs de l'impact de ces différences. Cette approche est un processus plus que le simple résultat d'une décision ou qu'un intrant dans la mécanique de gestion. Elle considère en outre que l'action prend place dans un certain contexte et elle est soucieuse de l'utilisation et surtout du développement de théorie explicite, notamment en terme de cause d'un problème et de solutions pouvant résoudre ce problème.

« (...) policy analysis focuses on problem solving and policy or programme evaluation, that is on defining problems and plausible solutions, and on learning what programme interventions work in what conditions. (...) A key consideration for policy analysts is that they are usually unable to manipulate the policy or its implementation in a way that would allow the use of experimental research designs. » (Harrison, 2001)

Le type de données empiriques qui sont nécessaires pour entreprendre une analyse de politique sont variables. Informations sur les opinions des décideurs, informations collectées à travers des enquêtes, rapports ou autres supports, la littérature « grise » émanant des institutions internationales ou académiques. Soulignons encore une fois qu'il s'agit ici plus d'une analyse systématique et transparente et qu'elle n'a rien à voir avec les techniques de revue systématique et de méta-analyse conventionnellement utilisées en recherche clinique ou épidémiologique. Un outil fréquemment utilisé par les analystes de politique est l'étude de cas comparée.

« The adequacy of the controls provided by comparative case studies will depend on what cases are available and on how the policy analyst is able to assemble them into a structure of meaningful comparisons. Thus, if the policy intervention to be evaluated has been universally implemented, the comparisons can only focus on different contexts of implementation, perhaps (if thought to be of potential significance) comparing urban with rural, large with small or client group with client group.(...)»

Despite this, policy analysts are often reluctant to claim that social research can be authoritative.(...) Recognition of this has led policy analysts in two rather different directions. One has been to argue that research and analysis should be seen as an aid to the development of interactive solutions to problems, that is to identify the perspectives of the various stakeholders (Smith and Cantley, 1985), and to help them to conceptualise or reconceptualise the problem and to negotiate (implicitly or explicitly) mutually acceptable solutions (Lindbom & Cohen, 1979). The other direction has been to seek ways of generalising from case study data, arguing that general conclusions can be drawn from multiple or even single case studies, so long that data about context, processes and policy outcomes are conscientiously collected and adequately analysed (Yin, 1994) » (Harrison, 2001).

Cette approche jouxte également celle de recherche action mais s'en distingue à nouveau par l'absence de protocole formel.

De manière globale, dans le cadre du présent travail, la démarche méthodologique s'ajuste bien à cette approche. On y retrouve en effet, le problème qui n'est autre que l'organisation d'un système de santé en situation critique et la solution proposée, le soutien ou la mise en place de districts de santé. L'approche par étude de cas est claire et renforcée à la fois par la multiplicité des sites ainsi que par les autres méthodes utilisées et reprises ci-dessus. La multiplicité des méthodes utilisées explicitement ou implicitement renforce la validité du travail. De même que la multiplicité des contextes et des analyses réalisées (voir I.2).

De Brouwere & Mercenier (1998) et plus récemment Gill & Johnson (2002) ainsi que Creswell (2003) soulignent que dans le design d'une approche multi méthodes, ces dernières se croisent et se mélangent. Elles ont donc la possibilité de se renforcer l'une l'autre. Mingers (2001), outre l'élément qui précède, souligne également que le processus méthodologique, même s'il est défini au départ, doit être suivi en permanence et adapté en fonction des occurrences internes et externes à la recherche. Dans le cadre qui nous occupe, parmi les méthodes utilisées, toutes ne le sont pas avec un même niveau d'importance. Ainsi celles présentées sur la partie droite de la Figure 4 (observation participante, exploitation de documents/analyse de contenu et analyse de politique) sont explicites et ont un poids significatif dans l'élaboration du présent travail. Les méthodes reprise sur la partie gauche de la figure sont implicites et ont donc moins d'importance. L'utilisation de ces dernières est plus limitée dans le temps. De plus, les résultats sont moins directs et moins chargés de signification.

La démarche relève-t-elle de la recherche scientifique, de l'analyse gestionnaire ou de l'évaluation ?

Il peut apparaître que les limites entre les aspects de recherche, de gestion et d'évaluation soient floues (Van Balen, 1998, Grodos & Mercenier, 2000). Il est donc légitime de se poser la question, qui se révèle être importante car elle conditionne en partie l'utilisation qui pourrait être faite des conclusions du présent travail. Deux éléments de réponse peuvent être apportés. Il faut d'abord signaler que la modélisation a bel et bien été faite. Le modèle de base choisi dans le cadre du présent travail est celui du district de santé. Il y est fait clairement référence (voir partie II). Les différents éléments constitutifs du DS sont expliqués et les liens existant entre le DS et les différentes observations faites sont également établis tout au long du travail voir (Figure 3 ci-dessus). En outre, des propositions ont été formulées (voir point I.3). Celles-ci ne s'éloignent des

hypothèses que par la méthodologie qui est mise en oeuvre pour les étayer. Il nous semble donc que nous sommes bel et bien ici dans une démarche de recherche scientifique sur un système de santé (Grodos & Mercenier, 2000). Il est toutefois important de souligner que la conjonction des différentes méthodes s'est faite de manière non construite, en ce sens qu'il n'y a pas eu de protocole général élaboré antérieurement au recueil des données pour la réalisation des différentes observations. Ce dernier point constitue une caractéristique du présent travail qui déforce peut-être la puissance de l'argumentation générale. Il aurait en effet été préférable d'élaborer un protocole détaillé précisant la combinaison des différentes méthodes et leur pertinence pour répondre aux questions de recherche soulevées. Il faut toutefois remarquer que, sur une période aussi longue, il aurait été complètement illusoire de vouloir établir un protocole prospectif cohérent. Il était effectivement difficile de prévoir la succession des événements critiques ayant permis les observations et études faisant partie de ce travail. Il était encore moins facile d'envisager l'obtention d'un poste de travail au sein même du Ministère de la Santé. Par contre, cette absence de « modélisation » de la démarche permet de relativiser l'importance d'une influence de l'auteur sur le déroulement de la recherche et donc d'en renforcer la validité finale. A titre d'exemple, le choix de mettre en place des districts de santé au Rwanda dans l'immédiat après-guerre ne relève en rien de l'auteur du présent travail.

Les notions qui précèdent valent pour la démarche suivie au niveau du travail dans son ensemble. Il est évident que pour chaque étude reprise dans les différents chapitres, la méthodologie est spécifique et est expliquée pour chacun des travaux présentés. Quelques informations complémentaires plus générales sont toutefois fournies ci-dessous.

II.3 Autres aspects méthodologiques

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 oeuvre et le fonctionnement des districts de santé ainsi que les résultats obtenus en matière sanitaire à travers

eux. Bien que l'analyse par les acteurs ne soit pas conduite de manière systématique dans le cadre du présent travail, elle apparaît tantôt dans la relation entre organisations humanitaires d'urgence, tantôt dans l'analyse du fonctionnement des organes de gestion dans les districts de santé au Rwanda, tantôt encore dans les recommandations formulées dans la Partie IV.

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.

La liste et la justification du choix des indicateurs sont fournies dans les différents chapitres du présent travail. Elle ne seront pas reprises ici. Il faut toutefois noter que, vu l'approche choisie dans ce travail, les indicateurs ne sont que... des indicateurs, c'est-à-dire des outils apportant une indication (souvent approximative) et non une mesure pure et simple de la réalité (Grodos & Mercenier, 2000) et que leur interprétation conserve, malgré le caractère quantitatif, une part de subjectivité (De Brouwere & Mercenier, 1998).

La méthodologie des **enquêtes nutritionnelles** réalisées au Nord-Kivu dans et en dehors des camps de réfugiés est reprise en début d'article (voir Partie II). Elle ne sera donc pas détaillée ici.

L'utilisation de **comparaisons** se retrouve à plusieurs niveaux. Pour la partie concernant le district de Rutshuru, des comparaisons ont été faites entre la période 1985-1995 d'une part et la période 1996-2001 d'autre part. Ensuite, une comparaison entre le district de Rutshuru et d'autres districts voisins a également été faite. La méthodologie et les implications ont été discutées dans la Partie II. Il faut noter que ces comparaisons inter districts ont été faites avec un outil graphique particulier : le diagramme en étoile. Celui-ci permet de visualiser très rapidement sur un certain nombre d'axes les performances atteintes par le district de santé (ici en l'occurrence). Chaque axe correspond à un indicateur. Le lien graphique établi entre les différents points correspondant aux performances du district de santé pour chacun des indicateurs permet d'obtenir un polyèdre dont la surface et l'homogénéité sont d'autant plus grandes que la performance globale est bonne. Il permet également de visualiser rapidement les points forts et les points faibles du district. Enfin, ce type de graphique permet de comparer les différents districts entre eux ainsi que de suivre l'évolution d'un district dans le temps.

Les tests statistiques qui ont été utilisés dans les différentes études réalisées sont détaillés dans les chapitres correspondants.

La validité interne et externe ainsi que la fiabilité de la recherche menée à travers ce travail sera analysée globalement dans la Partie IV. Pour ce paragraphe, référence sera faite à la terminologie de Gill & Johnson (2002)⁵.

⁵ Gill & Johnson (2002, pp 162-163) parlent de validité interne en se référant au fait que les « causes » ou « stimuli » entraînent ce qui a été identifié comme « effets » ou « réponses ». La validité externe renvoie à la généralisation ou l'extrapolation de la recherche à d'autres contextes (validité écologique) ou à une population plus large (validité de population). La fiabilité se réfère au fait que les résultats puissent être répliqués dans des conditions similaires par d'autres chercheurs.

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.

Pour être complet, signalons que certains textes ont été initialement rédigés en anglais. Ils ont été laissés tels quels. Ces textes correspondent à des articles soit ayant été soumis pour publication, soit ayant fait déjà l'objet d'une publication ou d'une présentation dans des manifestations scientifiques internationales.

II.4 Limites méthodologiques du présent travail

Dans ce travail, des limites - réelles ou plus frustes - apparaissent à différents niveaux :

- 1) la méthodologie globale choisie pour l'élaboration du présent travail reposant sur un mélange de méthodes qualitatives et quantitatives, certains auteurs ayant une vision plus quantitative de la santé publique pourrait considérer les conclusions du travail avec un intérêt limité, le considérant comme anecdotique. Il faut cependant rappeler que nous sommes ici dans une démarche de recherche en systèmes de santé. Notre approche est donc systémique et impose de considérer des aspects qui ne peuvent être pris en considération qu'à travers des méthodes qualitatives. Le choix est délibéré. Les méthodes retenues me paraissent être les mieux adaptées au type de recherche menée dans ce contexte. En outre, comme mentionné plus haut, la multiplication des lieux d'observation et des méthodes utilisées permet de réduire l'importance relative d'une éventuelle limite méthodologique de cet ordre, qui n'existerait finalement que dans le chef de certains chercheurs. La méthodologie est proche de l'évaluation réaliste (Pawson & Tilley, 1997) dans laquelle le contexte est essentiel à l'explication de l'atteinte des résultats.
- 2) L'emploi d'indicateurs ne mesurant pas l'impact (en termes surtout de mortalité) pour apprécier les gains obtenus en faveur de la santé de la population pourrait apparaître comme un facteur limitant la portée des stratégies et politiques mises en place tant à Rutshuru qu'au Rwanda. Les contraintes - indisponibilité et inadéquation - expliquant ce choix ont déjà été exposées. A cela, il faut ajouter que des indicateurs d'impact comme la mortalité globale peuvent être tellement influencés par les conditions liées à l'insécurité que leur variation peut ne rien avoir à voir avec l'efficacité du système de santé .

- 3) L'absence de protocole rédigé *a priori* constitue également une limite pour les conclusions qui pourraient être tirées du présent travail. L'importance de cette limite est rendue caduque par le fait décrit plus haut de la nécessaire adaptation des protocoles en recherche qualitative. Il pourrait donc dans ce contexte être considéré au contraire comme un atout.
- 4) L'absence de comparaison de la stratégie de district avec une autre approche. La comparaison *sensu stricto* nous semble impossible pratiquement parlant. De plus, elle ne ferait que doubler les menaces de non reproductibilité car les conditions de mise en œuvre à la fois des districts et des programmes verticaux par exemple ne pourraient en aucun cas être garanties dans un milieu autre que celui d'« expérimentation ». Par ailleurs, on peut également se poser la question de savoir si, en d'autres termes, la mise en place de polycliniques par exemple appuyée dans le cadre d'un projet soutenant une politique nationale claire, aurait pu donner d'aussi bons résultats ? Il apparaît ici que la notion de district (avec son équipe cadre, sa complémentarité entre l'échelon de premier recours et celui de référence, la reconnaissance mutuelle des agents ainsi que la participation de la population à travers les différents comités) offrent un environnement motivant et structurant accomplir une mission dans un contexte difficile.
- 5) La non comparaison avec d'autres situations dans d'autres pays/contextes. Le présent travail se base sur 2 situations très différentes en terme de développement de système de santé. C'est un atout essentiel. Le fait d'ajouter une analyse de la mise en place de districts de santé dans un autre pays (éventuellement sur un autre continent) viendrait effectivement enrichir la réflexion et la validité des conclusions éventuelles. Etant donné ce qui est expliqué plus haut, cet enrichissement se ferait non en raison de la comparaison elle-même, mais par l'ajout d'arguments complémentaires liés à une augmentation des sites d'études de cas.

Toutefois, malgré ces limites dont la pertinence apparaît relative – du moins pour certaines d'entre elles (1 à 3)-, la méthodologie utilisée permet néanmoins d'apporter une argumentation suffisamment élaborée et nuancée permettant de formuler des recommandations et des conclusions utiles tant pour l'amélioration des connaissances que pour la prise de décision, au niveau local (districts de santé), au niveau national (ministère de la santé) et au niveau international (organisations internationales ou académiques de conception ou de mise en œuvre et bailleurs de fonds).