

## PARTIE IV : Discussion générale et conclusions

**Chapitre VII Éléments additionnels de discussion..... 179**

**Chapitre VIII Conclusions et recommandations..... 186**

### Chapitre VII Éléments additionnels de discussion

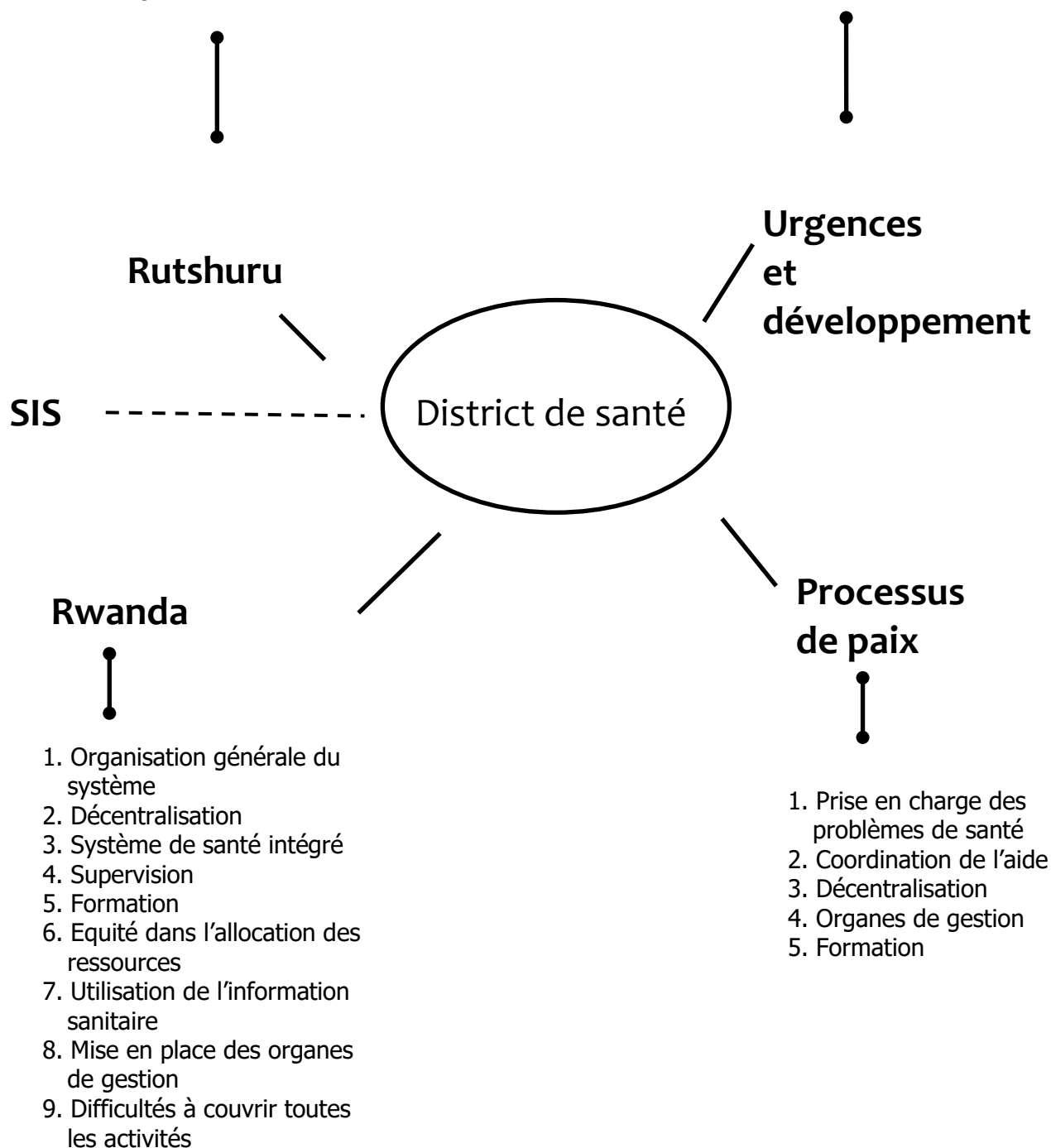
Le but de ce travail était d'argumenter le fait que le district de santé est un outil utilisable pour l'organisation des services de santé en situation critique. Les arguments apportés au cours des différents chapitres, que ce soit dans le district de Rutshuru ou dans le contexte rwandais, sont autant de **sujets** sur lesquels s'appuie la **justification** de la mise en place d'une politique de santé basée sur le district sanitaire. La Figure 1 ci-dessous reprend les principaux axes et leur articulation avec la notion de district sanitaire. Elle constitue, sur base de la structure générale du travail présentée dans la partie I, l'assemblage des différentes Figures de synthèse (I à IV) présentées dans les parties II (relative au district de Rutshuru) et III (relative à l'expérience rwandaise). Elle fait également écho de manière implicite aux méthodes quantitatives et qualitatives développées dans le présent travail.

Parmi l'ensemble des points relevés, certains constituent des éléments critiques :

- 1) dans un cas (Rutshuru) comme dans l'autre (Rwanda), la forte volonté politique dans la mise en place d'un système de santé basé sur le district sanitaire et la cohérence des décisions prises en aval ;
- 2) la volonté des autorités d'envisager les problèmes à long terme dans une perspective de développement et en sélectionnant les priorités
- 3) la mise en place des organes de gestion participatifs
- 4) le soutien aux structures existantes à travers les interventions des partenaires nationaux et internationaux ;
- 5) la volonté d'intégration des activités et des financements d'urgence dans une réflexion et une politique à long terme ;
- 6) La cohérence des niveaux périphérique et intermédiaire a ouvert la voie pour des interventions concertées avec des rôles spécifiques (actions et prise en charge des problèmes de santé au niveau périphérique et coordination ou analyse au niveau intermédiaire) ;

1. Analyse au niveau d'un DS
2. Niveau pertinent et efficient d'organisation des services et des soins
3. Comparaison entre DS
4. Rôle de l'ECD
5. Rôle du Comité de gestion
6. Complémentarité entre 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> échelon
7. Qualité des soins

1. Rôle de l'ECD
2. Niveau de planification et de coordination
3. Continuité des interventions
4. Capacité d'absorption des urgences
5. Importance du niveau intermédiaire



**Figure 1 : Liens entre la notion de district de santé et les différents arguments développés dans l'ensemble du travail**

- 7) les bases conceptuelles solides dans l'élaboration et la mise en œuvre des systèmes de santé alliées à un degré certain de décentralisation, tant en République démocratique du Congo qu'au Rwanda, ont permis une adaptation des activités aux contraintes successives rencontrées dans la prise en charge des problèmes de santé des populations ;
- 8) la résilience du district et sa flexibilité dans la détermination des priorités face aux conditions critiques émergentes a permis d'adapter les interventions et de mieux résoudre du moins partiellement les problèmes de santé des populations ;
- 9) l'encadrement technique et scientifique (surtout au niveau du district de Rutshuru) a également permis de maintenir une réflexion critique permanente sur les activités réalisées et de prendre les décisions adéquates ;
- 10) la formation du personnel dans des domaines pertinents (santé publique, gestion, techniques de développement, système d'information sanitaire, lutte contre les problèmes de santé spécifiques,...) a également permis de créer les conditions d'un développement de compétences variées pour les districts (ceci est particulièrement vrai pour le cas de Rutshuru) grâce auxquelles ces derniers peuvent mieux faire face aux différents types de problèmes qui se posent (soins, eau et assainissement, construction/réhabilitation,...) ;
- 11) la délimitation géographique d'un « territoire » permettant de mieux mesurer les performances est un concept simple dont les implications n'ont pas toujours été évidentes à faire comprendre aux décideurs politiques. Cet aspect territorial du district de santé fait l'objet maintenant d'intérêt d'auteurs des pays développés (Goodman *et al*, 2003).

Ces éléments font clairement ressortir d'une part la nécessité d'une ligne directrice claire que doit adopter le ministère de la Santé pour l'organisation du système de santé, l'indispensable soutien des intervenants extérieurs à cette ligne politique et l'importance de la participation communautaire dans la gestion et la prise de décision. Cette analyse rejoint les notions développées dans le cadre du Rapport 2000 sur la santé dans le Monde (OMS, 2000), notamment celle de stewardship déjà reconnue comme d'importance par d'autres auteurs dans d'autres contextes en crise (Hamdan, 2003c). Les éléments cités ci-dessus font également ressortir les valeurs qui devraient appuyer les interventions des organisations partenaires : la participation de la population à la gestion et à la prise de décision, le respect des choix politiques opérés par les pays en matière de santé, l'intégration des composantes technique et humaine dans la recherche en organisation des services de santé et donc la nécessaire intégration des aspects qualitatifs et quantitatifs. Tous ces éléments englobent la notion de contexte développée par Pawson & Tilley (1997) dans le cadre de l'« évaluation réaliste ». Il apparaît donc que le système de district et les conditions de mise en œuvre apparaissent pareillement importantes pour expliquer les expériences positives décrites.

La **méthodologie** développée dans le présent travail alliant des aspects quantitatifs (suivi longitudinal, analyse de tendances, comparaisons, analyse multivariée, analyse économique,...) et qualitatif (observation participante, analyse documentaire, « policy analysis », méthode discrète, analyse des acteurs,...) a permis de montrer (1) la complémentarité entre les deux types d'approche et (2) combien la recherche en organisation des services de santé peut être riche y compris dans des environnements complexes.

L'**information sanitaire** est d'une importance essentielle dans le présent travail. La plupart des analyses faites et des conclusions tirées relèvent de l'utilisation de l'information sanitaire de routine. En effet, pour la plupart des études menées dans le cadre du présent travail (6 sur 8) aucun recueil d'informations n'a été spécifiquement organisé pour les besoins du travail. Les contraintes de cette approche ont été exposées dans le Chapitre 2. Il apparaît néanmoins intéressant, au terme de ce travail, de revenir sur l'importance des données de routine et d'insister sur le fait que ces dernières constituent une base très utile pour initier, à tous les niveaux du système de santé, une réflexion critique (voire une recherche) sur les activités menées, leurs processus et leurs résultats.

Plusieurs points méritent d'être relevés :

- 1) la fiabilité des données doit toujours faire l'objet d'une attention particulière et les conclusions toujours être accompagnées des précautions habituelles ;
- 2) le caractère « contextuel » des analyses menées dans le cadre du présent travail ne doit pas entraver le chercheur ni le décideur dans sa démarche de réflexion pour l'application des leçons tirées des expériences décrites ci-dessus.
- 3) la méthodologie utilisée (multiplicité des sites et diversité des méthodes) permet le développement de ce que certains auteurs appellent l'« evidence assisted decision making » (Reinhaardt, 2003). Cette notion inspirée de l'« evidence based medicine » permet, en matière d'organisation des services de santé, de faire reposer la prise de décision sur des éléments les plus objectivables possible. Ceci se rapproche d'une autre notion développée récemment « narrative evidence » mettant plus d'accent sur les aspects humains (Robertson *et al*, 2002).
- 4) il est donc autorisé de dégager à partir des données de routine et d'un croisement de méthodes qualitatives et quantitatives une connaissance utile orientée vers l'action (« actionable knowledge », Reinhaardt, 2003) ainsi que vers la comparaison de données internationales et leur utilisation dans des contextes culturellement, politiquement et financièrement similaires (Frenk & Gomez-Dantes, 2002) .

- 5) ces méthodes ainsi que le développement de « standards » en matière d'information sanitaire sur le fonctionnement quotidien des services de santé doivent nécessairement être développées et divulguées afin que la masse critique de leurs utilisateurs puisse être suffisante en vue d'une large application (McDonald, 1998).
- 6) l'informatisation du système d'information sanitaire dans les deux contextes étudiés s'est révélée productive pour la collecte, l'analyse et la rétro information des données. Ceci rejoint également l'expérience récente de certains auteurs (Lippeveld, 2000 ; Informatics, 2003).

Le rôle de la **réforme du système de santé** au Rwanda semble avoir été essentiel dans les résultats obtenus lors de l'implantation de la nouvelle politique sanitaire en matière de santé. On doit cependant concéder que, compte tenu de la méthodologie employée dans ce travail, une réforme moins orientée sur les districts de santé aurait peut-être donné des résultats aussi intéressants. Il est néanmoins difficilement contestable que cette politique de santé ait, en 3 ans à peine et avec des moyens somme toute assez limités, remis le système de santé rwandais sur les rails, non loin des autres pays d'Afrique sub-saharienne. A l'instar de ce qui s'est fait dans les pays européens (Saltman & Figueras, 1998), il est également avéré que les autorités sanitaires du pays se sont donné très rapidement les moyens de documenter les progrès réalisés et d'analyser ces informations pour comprendre - au delà du simple constat de la lutte contre la maladie - comment d'un point de vue financier, social et politique elles pouvaient contribuer à la reconstruction de leur pays. La décentralisation, appliquée *de facto* par le ministère de la Santé au Rwanda et relayée par les autres secteurs en est une belle illustration. Ce processus est actuellement en bonne marche au Rwanda avec son lot de difficultés, comme cela s'est fait dans d'autres contextes (Afrique du Sud, Ouganda, Tanzanie, Mexique ou Gambie, voir par exemple Gonzales-Block *et al*, 1989 and Pillay *et al*, 2001).

Certes, cette réforme n'a peut-être pas pu aller aussi loin que souhaité au départ. L'exemple le plus illustratif est l'inclusion des prestataires privés au sein du système de santé, voire la privatisation de certaines activités prônée par certains partenaires (la Banque mondiale par exemple) mais mise en question par de nombreux auteurs (voir par exemple Ferrhino *et al*, 2001). L'élément le plus important, relatif à cet aspect est la nécessaire collaboration des services de santé privés avec le système public en vue d'une intégration respectueuse des modes de fonctionnement de chacun. En outre, signalons que dans le domaine de la gestion du médicament au niveau national, une entité autonome a été créée dont les résultats en terme d'approvisionnement en médicaments des établissements sanitaires au Rwanda sont actuellement meilleurs que ceux de l'ancien service public.

Concernant, les **relations entre l'urgence et le développement**, il est clair que sur le terrain, la coordination des activités devrait être renforcée. Les exemples sont nombreux où différentes organisations, voire le même partenaire, financent des activités contradictoires, notamment en termes de médicaments ou de recrutement de personnels. Il y a là un créneau d'intervention, à la fois pour les responsables locaux et pour la communauté internationale. L'OMS pourrait jouer un rôle important dans ce domaine : en tant que premier conseiller des ministères de la Santé dans les pays, en tant qu'acteur de développement et intervenant d'urgence à travers les activités de ses Bureaux-pays, de ses Bureaux régionaux et de son département « Emergency and Humanitarian Assistance - EHA », cette organisation me semble pouvoir jouer un rôle de coordination devant permettre une action efficace des organisations humanitaires d'urgence et un respect voire une consolidation des systèmes de santé locaux dont nous avons vu qu'ils pouvaient utilement bénéficier d'un appui en situation critique. Ce rôle d'interface entre « urgence » et « développement » est essentiel, notamment dans les zones où les urgences de type complexe perdurent et où les ministères de la Santé n'ont pas suffisamment de poids pour influencer positivement les interventions des différentes organisations partenaires (Howarth *et al*, 1997).

En ce qui concerne la **validité** de la recherche dans son ensemble, la validité interne globale du présent travail est plutôt bonne puisque, effectivement, parmi les observations réalisées, une série d'arguments a pu être apportée en faveur de la mise en place des districts en situation critique. Par ailleurs, aucun des éléments repris ci-dessus (participation, soutien externe, comité de gestion, formation du personnel, cohérence entre les différents niveaux du système de santé,...) n'est réellement spécifique de l'organisation des soins de santé en République démocratique du Congo ou au Rwanda. La *validité externe* (voir Partie I, page 33 ou Gill & Johnson, 2002) des conclusions du présent travail est donc suffisamment élevée pour que la réplique soit à tout le moins *envisagée* dans d'autres contextes.

Toutefois, il serait intéressant de confronter ces recherches avec celles d'autres investigateurs afin d'en mesurer également la **fiabilité**. Ceci n'a pas été fait *sensu stricto* dans le cadre du présent travail. Des travaux récemment publiés montrent que, si différences il y a, elles se situent plus au niveau qualitatif que quantitatif (Office National de la Population & ORC Macro, 2001 ; Ministère de la Santé *et al*, 2003). Il est clair que la présente recherche a été menée de manière empirique (voir Partie I, page 33). Peut-être aurait-il été intéressant de disposer d'outils globaux rendant possible l'analyse des performances sur une base construite à partir des concepts standardisés et consensuels.

Pour amorcer une réflexion sur ce sujet et lancer des pistes qui pourraient être explorées dans la suite du présent travail, deux outils, récemment élaborés, l'un général, l'autre plus spécifique ont été analysés. Tout d'abord d'un point de vue général, le modèle de Handler *et al* (2001) reprend, dans un cadre conceptuel global et simple, les éléments d'un système de santé publique devant servir de base pour la mesure de la performance de ce système. Ce cadre comprend de manière assez classique : le contexte, la mission du système de santé, sa capacité structurelle, ses processus de fonctionnement et les résultats atteints. Ce modèle, assez classique, a été adapté récemment dans un contexte nord-américain. Il peut toutefois s'adapter aux pays en développement, y compris ceux en situation critique, et constituer une base technique sur laquelle la mesure de la performance des systèmes de santé peut être réalisée en incluant, non seulement les programmes et activités de lutte contre les différents problèmes de santé mais également les aspects d'organisation des services et de participation de la communauté. Cet outil est autre que les instruments de mesure de l'état de santé développés ces dernières années (McDowell & Newell, 1996 ; Bowling, 1997). Il peut en outre être relayé par l'élaboration de standards de performance en santé publique (comme par exemple ceux proposés dans le National Public Health Performance Standards Programme, [2003]) qui permettraient probablement de mieux apprécier la fiabilité de la mesure des performances du système de santé. Il devrait faire l'objet d'une attention particulière des responsables sanitaires des deux pays étudiés. Ensuite, de manière plus spécifique, le modèle de Van Damme *et al* (2002) concernant la relation entre interventions d'urgence et appui aux systèmes de santé en temps de paix, permet également de disposer d'un outil d'analyse pour la « calibration » des opérations en situations critiques en vue de réduire les effets contre-productifs des interventions d'urgence sur les structures sanitaires préexistantes. Cet outil permet d'apprécier le grade d'urgence dans lequel la région ou le pays se trouve et d'adapter la réponse en conséquence. Cet outil devrait être utilisé par les responsables nationaux, entre autre pour orienter les interventions des partenaires.

## Chapitre VIII Conclusions et recommandations

En situation critique, le concept de « district sanitaire » apparaît suffisamment puissant pour accueillir les différentes interventions qui doivent être menées en fonction des priorités établies par les autorités locales/nationales au bénéfice des populations dont le statut de victime peut entraver les réflexes organisationnels.

Cette considération est importante en terme de politique sanitaire internationale. En effet, la politique de district de santé mise en œuvre dès le début des années 80 a suscité énormément de questions et de critiques face aux résultats assez maigres obtenus en matière de prise en charge des problèmes de santé des populations dans les pays en développement. Les crises économiques successives, les famines, les catastrophes naturelles et autres guerres civiles qui ont secoué nombre de ces pays, principalement mais non exclusivement en Afrique subsaharienne et notamment dans la Région des Grands Lacs africains ont largement contribué, à côté des régimes politiques souvent défailants à entraver la mise en place d'une réelle politique sanitaire basée sur le district de santé et à réunir les conditions nécessaires pour le déploiement de services de santé organisés de manière rationnelle à travers ce dernier.

L'appui à la mise en œuvre des districts de santé est essentiel. D'abord pour des raisons financières, compte tenu de la rareté des ressources disponibles dans les pays en développement, deuxièmement pour des raisons techniques, notamment en termes sanitaires et comme outil de développement, et troisièmement pour des raisons liées à la gestion des ressources humaines qu'il est important de motiver suffisamment afin de les maintenir dans le système de santé de leur pays. En outre, l'accrochage des professionnels de santé et des populations bénéficiaires aux valeurs d'équité, de participation, de valorisation des individus, de droits humains fondamentaux sont également inhérentes au fonctionnement des districts de santé tel que décrit dans ce travail.

A ce titre, il apporte un lot d'arguments complémentaires de ceux développés dans d'autres travaux réalisés antérieurement et cités plus haut. Le présent travail, sans dogmatisme aucun, met en exergue la nécessité (1) pour les décideurs locaux/nationaux et internationaux de tenir compte de la stratégie du district parmi les différentes options d'intervention envisagées et (2) de poursuivre le développement des mécanismes de réflexion et de recherche propres à l'organisation des systèmes de santé en situation critique.



Même si les contraintes méthodologiques sont inéluctables dans un tel processus, l'intégration des méthodes quantitatives et qualitatives ainsi que la multiplication de ces dernières permet de développer une argumentation solide soutenant des perspectives, voire des théories, utilisables dans d'autres contextes.

L'approche décrite ci-dessus a ses limites. La connaissance du terrain ainsi que la flexibilité et l'adaptation sont autant de conditions nécessaires à une mise en œuvre adéquate d'une politique de santé en situation critique. Ce souci de flexibilité doit être présent tant dans le chef des décideurs locaux que dans celui des bailleurs de fonds pour l'exécution des projets et des programmes d'aide urgente et/ou à plus long terme.

Les partenaires locaux/nationaux doivent développer des mécanismes de monitoring, de gestion et d'évaluation destinés à renforcer le capital confiance des bailleurs de fonds afin de faciliter le recours aux structures locales et aux professionnels nationaux.

Enfin, la prise en compte des éléments ci-dessous devrait être envisagée par les différents partenaires impliqués dans la gestion d'un épisode critique :

- 1) Le district est utile dans la mise en œuvre d'un système de santé en situation critique et devrait être envisagé comme une solution potentielle dans les pays où la remise en place d'un système de santé est souhaitée dans un délai rapide.
- 2) Les bailleurs de fonds et les preneurs de décision devraient soutenir toute initiative allant dans le sens de la recommandation précédente tout en tenant compte de la complémentarité entre urgence et développement.
- 3) L'information sanitaire de routine est essentielle et utile pour l'analyse du fonctionnement des districts de santé. A ce titre, son développement devrait faire partie des priorités immédiates mises en œuvre dans la phase de réhabilitation/reconstruction consécutive à un désastre.
- 4) Les professionnels de la santé publique devraient prendre conscience du rôle significatif qu'ils ont à jouer dans l'élaboration des processus de paix en situation post-critique.
- 5) Les modèles existants pour la conceptualisation de l'évaluation de la performance et des interventions des organisations d'urgence en situation critique devraient faire l'objet d'une application plus rigoureuse dans les contextes de crise comme ceux décrits dans le présent travail.

