

Structures intermédiaires de santé : concepts et conditions d'émergence en République Démocratique du Congo.

Jean Bosco Kahindo Mbeva, Médecin de santé publique, chargé des projets CEMUBAC au Nord Kivu, Doctorant à l'Université libre de Bruxelles (ULB). Cemubac ; Route Lennik, boîte 808, CP 595, 1070, Bruxelles, Belgique ; Tél. 00 32 2 555 40 72 ; 00243998165779 ; E-mail : jbkahindom@gmail.com .

Résumé

Des fonctions de soutien au district sanitaire ont été confiées aux structures intermédiaires de santé face aux difficultés d'implémentation des soins de santé primaires en 1988. En RDC, face à des districts sanitaires performants au cours de la décennie « 80 », les structures intermédiaires, dénuées de ressources, plus bureaucratiques ou politisées, ont exercé plus des fonctions de contrôle. Depuis la décennie « 90 », le système sanitaire a été marqué par une pénurie des compétences des districts de santé, une crise humanitaire, une multiplicité des programmes spécialisés et d'acteurs de santé. Dans ce contexte et avec l'appui des partenaires, il a émergé un nouveau concept des structures intermédiaires, plus organiques et plus subsidiaires, dans leurs interactions dynamiques avec les districts et avec les autres acteurs de santé, basées sur un soutien aux districts sanitaires et une gouvernance renforcés.

Mots clés: Structures intermédiaires ; district sanitaire ; configuration ; subsidiaire.

Abstract

Intermediate structures of health system: concepts and conditions of emergence in the DRC

Intermediate level has been designed originally based on primary health care (PHC), to support health district, with the objective of a greater responsiveness of health systems, in relation to people's expectations. In Democratic republic of Congo (DRC), because of changing contexts, internal and external dynamics, these intermediate structures have experienced evolution in terms of function and organizational configuration. Originally formatted within a bureaucratic setting and lacking of resources, they were reduced to a control role during the 80s. Facing a Human resources crisis, greater importance of vertical programs and humanitarian projects, in the 90s, a subsidiary and organic intermediate level emerged, with two kinds of functions: those aiming to better governance for health and those aiming to better health district technical support.

Key word: Intermediate structures; health district; configuration; subsidiary.

Introduction

Les structures intermédiaires (régionales, provinciales) des systèmes sanitaires publics, ont été implicitement évoquées au cours des premières réflexions qui ont conduit à la Déclaration d'Alma ata sur les soins de santé primaires (OMS, 1978). En 1985, les pays africains décident d'adopter un système de santé à trois niveaux (central, provincial ou régional et opérationnel) (Perrot, 2005). Le niveau provincial correspond aux structures intermédiaires de santé et le niveau opérationnel, est constitué d'un panel de districts de santé. Le district de santé¹ est considéré comme l'outil de mise en œuvre des soins de santé primaires (Grodos, 2002).

Cette réflexion explore les conditions d'émergence du concept des structures intermédiaires du système sanitaire en République Démocratique du Congo (RDC). Elle prend appui, les résultats d'une étude longitudinale sur les 30 ans des Soins de santé primaires en RDC et de deux études de cas sur les structures intermédiaires² des provinces du Nord Kivu et de Kinshasa, en République Démocratique du Congo (RDC). Les principes de la systémique au cœur de ce processus seront mis en évidence.

Problématique

Depuis son indépendance en 1960, la RDC est caractérisée par une succession d'événements critiques. Ces événements sont susceptibles d'avoir influé négativement sur le rôle joué par les structures intermédiaires de santé en RDC, notamment sur l'exercice des fonctions de soutien au district de santé prescrites en 1988. Pour questionner les faits, en les insérant dans le contexte, le modèle intégré de Sicotte sur la performance des organismes de santé semble pertinent. Ce modèle présente la performance organisationnelle comme une résultante des équilibres dynamiques entre quatre pôles de fonctions : (i) le maintien des valeurs et d'un climat organisationnel, (ii) l'atteinte des buts, (iii) la production, enfin (iv) l'adaptation à son environnement (Sicotte, 1999). Par rapport aux structures d'implémentation des soins de santé primaires, les valeurs de référence sont celles d'équité, de justice sociale, de solidarité et de droit de participation de toute personne aux actions visant l'amélioration de sa santé (Alma ata, 1979). La production réfère à la réalisation des fonctions prescrites (OMS, 1988): la planification, y compris la budgétisation et la coordination de l'action sanitaire au niveau régional, la supervision et la gestion du personnel de santé, le financement des gros équipements et le soutien logistique, enfin, de surveillance épidémiologique et des programmes de santé. Ces fonctions sont supposées être au cœur de la relation entre le niveau intermédiaire du système sanitaire (NISS) et le district de santé. L'atteinte des buts est appréciée à l'aune des performances induites au niveau des districts de santé.

Ces éléments supplémentaires du modèle de Sicotte indiquent d'analyser la dynamique d'interaction entre les structures, les fonctions, les valeurs défendues par les soins de santé

¹ En RDC, le district de santé au sens de l'OMS est dénommé zone de santé.

² Les structures intermédiaires, en RDC furent dénommées Inspection Provinciale de la Santé jusqu'à l'année 2003. Par la suite, la dénomination Division Provinciale de la santé fut proposée mais adoptée de manière variable selon les provinces.

primaires, dans le contexte particulier de la RDC (figure 1). Cette analyse permet de dégager le sens donné aux structures ou niveau intermédiaire du système sanitaire en RDC (NISS).

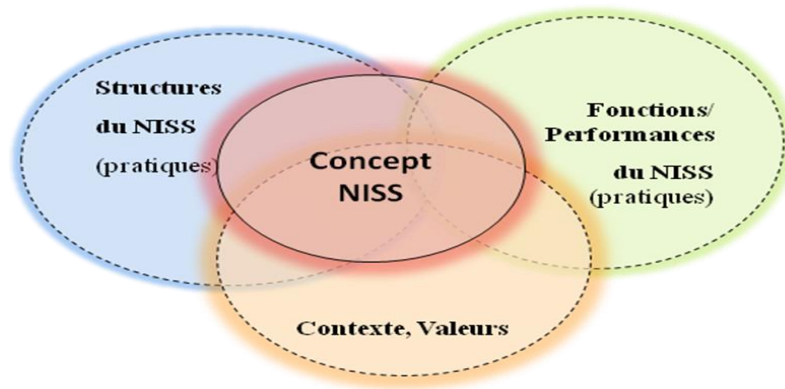


Figure 1. Modélisation du cadre de référence de la réflexion

Les éléments significatifs du contexte

Depuis 1960, la RDC a été confrontée à deux séries de troubles sociopolitiques qui ont menacé l'unité de la RDC en tant qu'Etat: les rébellions des années 60 et les guerres des années 1996 à 2002. Pour cette dernière période, au moins trois guerres se sont succédé jusque l'année 2002, avec des ramifications hors des frontières de la RDC (Carayannis, 2003). Un accroissement important de la charge de morbidité et de mortalité pour les populations congolaises a été documentée pour les troubles 1996 (Coghlan *et al.*, 2006). Un fond de violence a persisté jusqu'en 2011 dans la partie Est de la RDC, avec près de 1,2 millions de personnes déplacées pour la seule province du Nord Kivu en 2008.

Les effets des troubles sociopolitiques se sont conjugués à la moins bonne maîtrise de la gestion des entreprises héritées de la colonisation depuis les années « 60 », aux effets de l'ajustement structurel des années « 80 » et à la moins bonne gouvernance politique. Le cours des matières premières ayant diminué sur le marché mondial, le produit intérieur brut qui était à 522 Usd/hab en 1960, est passé respectivement à 383 Usd/hab en 1970, à 269 Usd/hab en 1980 et 213 Usd/hab en 1990, jusqu'à atteindre 82,6 Usd en 2000 (Kahindo&Wodon, 2011) (Figure 2).

Ces éléments significatifs du contexte ont influé sur le secteur santé. Au cours des années « 80 », la RDC a pourtant développé un système de santé basé sur les soins de santé et le district de santé ayant rayonné hors de ses frontières (Wim, 1988). Cette dynamique de la décennie « 80 » a fléchi les années qui ont suivi. Ce fléchissement a été accentué par les conséquences, en termes de rupture du financement accordé au secteur santé, de la rupture en 1989 de la coopération bilatérale entre la RDC et la Belgique. Cet arrêt de coopération est survenu, dans un contexte où, la population déjà paupérisée, et l'Etat quasi désengagé des secteurs sociaux, ne pouvaient pallier ce déficit de financement. En même temps un brain-drain important des cadres compétents qui avaient porté les dynamiques des soins de santé primaires, a été observé. Ces cadres ont quitté le secteur public, pour l'extérieur du pays ou pour d'autres organisations.

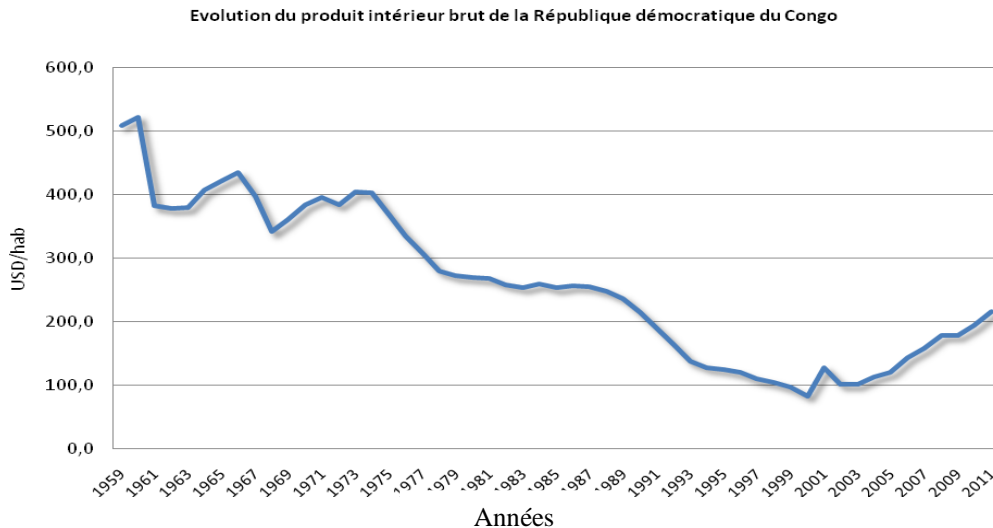


Figure 2: Evolution du PIB de la RDC (Source de données : Ministère de la santé – Direction des études et de la Planification)

Cet environnement a été propice à une intervention massive, des acteurs humanitaires depuis la décennie « 90 ». Il s’agit principalement des ONGs et des organisations Onusiennes. Le souci d’efficacité justifié par la gravité, en termes de mortalité, des situations rencontrées et celui d’indépendance censé garantir une certaine neutralité, ont tous deux légitimé des interventions, certes efficaces à court terme, mais également très déstructurantes pour les services de santé locaux : aspiration des meilleures compétences, réalisation des interventions qui échappent aux équipes de gestion des districts de santé (Kahindo&Porignon, 2006). Dans ce contexte de pénurie des financements, le relais pris par les programmes verticaux, a accentué le poids de la logique verticale dans la prise de décision, jusqu’au niveau des districts sanitaires (RDC/SRSS, 2006). Le rôle joué par les acteurs humanitaires et des programmes verticaux, face à des équipes de gestion du district dont les compétences étaient réduites et un Etat quasi désengagé du secteur santé, a contribué à un éloignement progressif des valeurs et principes au cœur des soins de santé primaires en RDC. L’analyse des pratiques et des logiques ayant prévalu au cours de 30 ans d’Alma ata en RDC (Kahindo *et al.*, 2011) a mis en évidence cet éloignement depuis la décennie 90, en dépit d’une référence récurrente des documents stratégiques et de planification à ces valeurs et principes. Néanmoins, il a subsisté des districts sanitaire qui ont fait preuve de résilience face à cette situation critique et d’autres ilots de rationalité (Porignon *et al.*, 1998 ; RDC/SRSS, 2006).

En plus bref, les décennies 70 et 80 d’édification du système sanitaire ont été globalement guidées par les valeurs et principes des Soins de santé primaires. En revanche, une logique de l’urgence et de l’humanitaire a dominé la décennie 90 avec un éloignement des valeurs et principes d’Alma ata. Avec la SRSS³, l’option a été en 2006 en RDC, pour revenir aux principes et valeurs des soins de santé primaires, dans un contexte où la complexité croissante du système sanitaire a été reconnue et imposant des processus adaptatifs de changement.

³ La Stratégie de renforcement du système de santé en RDC (SRSS en sigle) a été élaborée en 2005, puis rendue publique et vulgarisée en 2006.

Ce rappel historique fait émerger trois faits significatifs susceptibles d'avoir influé sur les structures et le rôle joué par le niveau intermédiaire du système sanitaire: (i) les événements tragiques et la diminution de la production nationale qui ont exacerbé la vulnérabilité des populations et accentué leurs besoins de santé ; (ii) le brain-drain important des cadres compétents avec un fléchissement de la dynamique de mise en œuvre des soins de santé primaires; (iii) certains « ilots de rationalité avec les soins de santé primaires » ayant résisté, dont est partie la réflexion de refondation du système sanitaire.

Emergence d'un nouveau concept au niveau des structures intermédiaires en RDC.

Des structures intermédiaires bureaucratiques avec des fonctions de contrôle jusqu'à la fin de la décennie 90

Jusqu'à la fin de la décennie « 80 », le district de santé a été soutenu par les ONGS et les églises (Pangu, 1988). Ce soutien a renforcé les compétences dans la prestation des soins et la gestion du district. Pendant ce temps, les responsabilités des structures intermédiaires ont été définies dans le cadre d'une déconcentration d'une partie des responsabilités du niveau central au niveau des provinces. Les responsabilités prescrites étaient celles de gestion des ressources, de contrôle au niveau des hôpitaux, des officines pharmaceutiques, des écoles de formation du personnel de santé de niveau A3 et A2 et de l'hygiène, de surveillance épidémiologique et de lutte contre la maladie, dont les épidémies, le développement des soins de santé primaires. En dépit de cette structure et de la prescription des responsabilités, les structures intermédiaires semblent avoir souffert de deux handicaps majeurs: (i) un handicap logistique en termes d'insuffisance en ressources humaines, financières et ressources matérielles, (ii) un handicap conceptuel potentiel. La correspondance entre les directions centrales et les bureaux semblait donner plus d'importance à la nécessité de rendre plus compte au niveau central du Ministère au détriment d'une cohérence suffisante avec la préoccupation de soutien au district de santé. Ainsi, jusque la fin de la décennie 80 et dans une moindre mesure au cours de la décennie 90, avec des compétences limitées, les structures intermédiaires ont plus exercé des fonctions qui semblaient les plus acceptables dans un contexte marqué par (i) l'insuffisance des ressources, (ii) la nécessité de redevabilité vers la hiérarchie et (iii) l'existence au niveau des districts de santé des équipes compétentes. Les fonctions exercées ont été plus centrées sur le contrôle de l'application des normes et des directives édictées par le niveau central du Ministère de la Santé, sans trop interférer, ni entraver l'autonomie relative des équipes gestionnaires des zones de santé. Dans une moindre mesure, les fonctions de coordination de la surveillance épidémiologique et de la riposte contre les épidémies ont été exercées.

Des processus interactifs et progressifs d'émergence d'un nouveau concept des structures intermédiaires depuis la décennie 90

Depuis la décennie 90, avec l'amplification des besoins sanitaires des populations et la réduction des compétences des équipes de gestion des districts de santé, le besoin d'un soutien plus affirmé des districts sanitaires par le niveau intermédiaire s'est fait sentir avec acuité (Porignon *et al.*, 1994). A la fin des années 80 et début des années 90, le projet de soutien au renforcement des soins de santé primaires dans la ville de Kinshasa a également expérimenté

certaines pratiques de coordination de l'action sanitaire, en lien avec la structure intermédiaire de santé. Quelques autres projets limités en termes de financement, ont renforcé des compétences et des ressources au niveau des structures intermédiaires depuis 1997. Ces projets, ont contribué à identifier des éléments pertinents en termes d'outils, de méthodes de travail et de fonctions clefs à renforcer. Ces éléments, considérés comme des hypothèses de travail, ont été intégrés dans les projets mis en œuvre depuis le début de l'an 2000 et confrontés à l'épreuve des faits. Les leçons des expériences de mise en œuvre au niveau des structures intermédiaires, notamment à Kinshasa et au Nord Kivu, ont contribué à faire évoluer le concept des structures intermédiaires. Ces leçons ont, alimenté la Stratégie de Renforcement du système de santé en RDC (SRSS) rendue publique en 2006. Les réunions d'échanges d'expériences (revues, réunions techniques, visites interprovinciales, ...), les processus de diffusion de la nouvelle stratégie sectorielle (SRSS), de négociation et de mise en œuvre de nouveaux projets ont contribué à un partage plus large le nouveau concept subsidiaire des structures intermédiaires de santé en RDC.

Nouveau concept des structures intermédiaires de santé en RDC : deux axes d'interactions et deux pôles de pratiques émergentes

Les processus au niveau des structures intermédiaires dans les provinces de Kinshasa et du Nord Kivu, ont mis en évidence deux axes d'interactions : (i) des interactions avec les équipes de gestion de district, (ii) des interactions avec les autres parties prenantes à la santé.

Les interactions avec les équipes des districts, ont d'une part ciblé les compétences en vue de renforcer leur autonomie. D'autre part, elles ont porté sur le soutien logistique, pour des aspects qui ne peuvent pas être assumés efficacement par les équipes de district.

Les interactions avec les autres acteurs, ont porté sur des processus d'harmonisation des priorités et des stratégies de soutien et d'allocation des ressources aux districts de santé. Ces deux axes d'interactions ont ainsi visé le renforcement du leadership et de la gouvernance du secteur et un meilleur soutien sociotechnique au district de santé.

Des pratiques ont été au cœur de ces interactions. Les deux pôles de pratiques se sont alimentés mutuellement et ont permis une meilleure allocation des ressources vers les districts (adéquation avec les besoins et plus d'équité) (Figure 3). Les performances des districts de santé en termes d'utilisation et de qualité des services de santé ont été améliorées. Les dynamiques et les attentes des équipes de districts, ont incité les structures intermédiaires à renforcer la cohérence de leurs pratiques. Enfin, il a été observé une amélioration de la protection des districts sanitaires face notamment aux actions déstructurantes des interventions de certains partenaires et de certains programmes verticaux (Kahindo *et al.*, 2011).

La nouvelle dynamique a induit, un nouveau mode d'organisation, plus compatible avec la complexité du soutien au district de santé. Il est basé sur des réunions régulières de l'équipe provinciale (réunions ECP), des réunions des groupes pour approfondir des thématiques particuliers (réunions GT), des réunions des commissions regroupant des cadres de la

structure intermédiaires et les autres acteurs. Des réunions étendues aux équipes de gestion des districts de santé sont organisées deux fois l'an (revues des SSP).

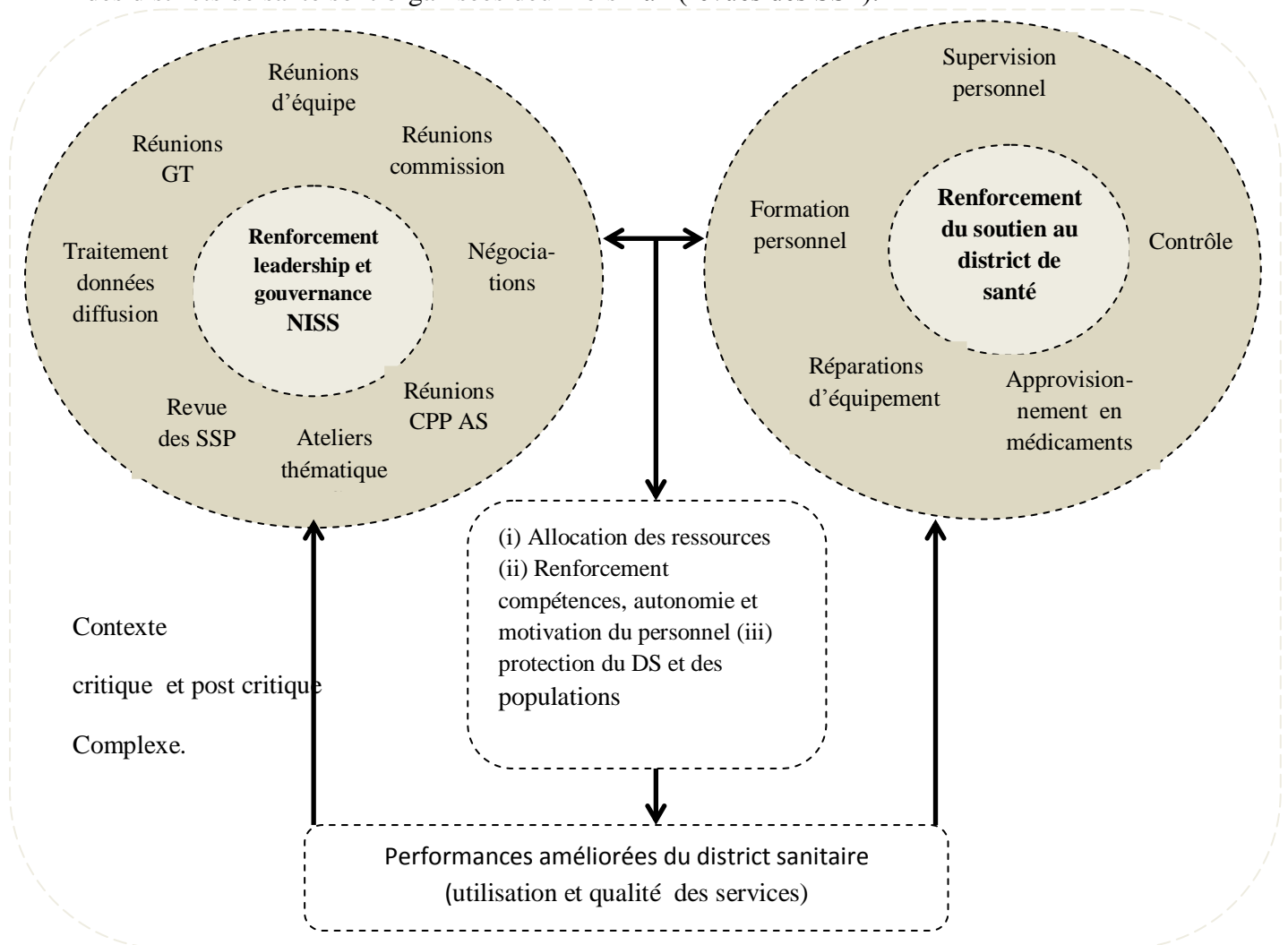


Figure 3. Pratiques et finalités des fonctions au niveau intermédiaire

Nouveau concept des structures intermédiaires de santé en RDC : émergence d'une composante organique dans la structure organisationnelle

Ce mode d'organisation favorise le décloisonnement entre membres de l'équipe et la bonne gestion de l'interface avec les nombreux acteurs externes ayant une influence sur le district de santé. Ce mode d'organisation a paru propice pour des processus d'apprentissage au sein de l'équipe des structures intermédiaires, mais aussi, entre l'équipe du niveau intermédiaire et les autres acteurs parties prenantes au développement du système sanitaire. Avec ce nouveau mode d'organisation, il semblait possible de dialoguer et d'apprendre des expériences pour faire évoluer certaines valeurs qui ont pris place au cours de la décennie 90 et revenir à des valeurs et aux principes fondateurs des soins de santé primaires, dont la robustesse a été réaffirmée, avec le renouveau des soins de santé primaires (OMS, 2008). Ce nouveau modèle d'organisation (Figure 4) semblait plus congruent à des approches de renforcement de l'estime de soi pour les différents acteurs et pour le renforcement de l'autonomie des équipes gestionnaires des districts de santé. En plus bref, les deux études sur les structures

intermédiaires dans les provinces de Kinshasa ont mis en évidence, l'émergence d'une composante adhocratique aux structures intermédiaires, bien que l'organigramme officiel n'ait pas été aboli.

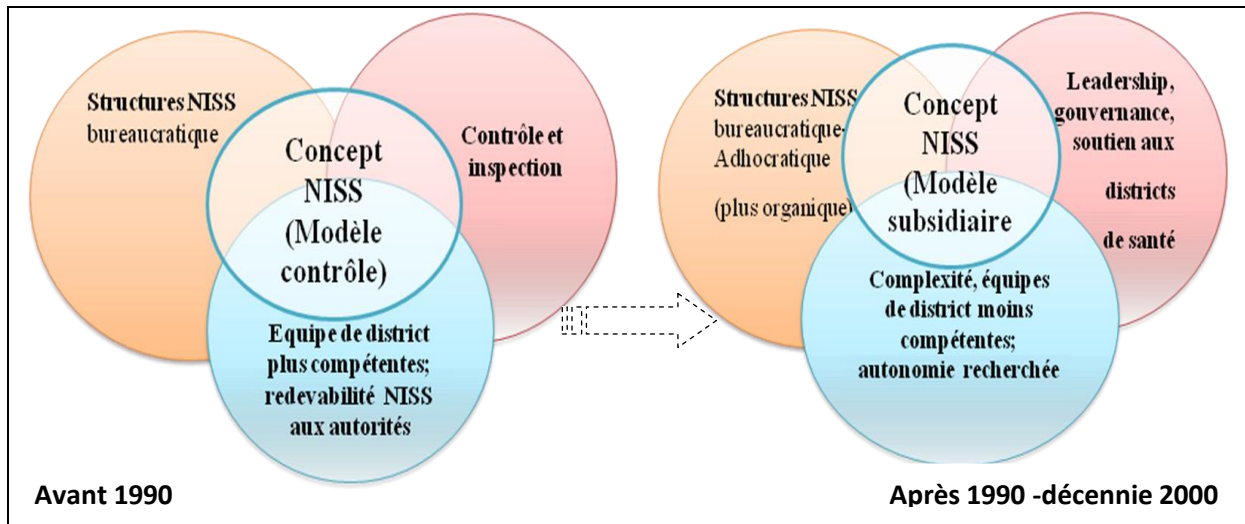


Figure 4. Evolution du concept des structures intermédiaires en RDC entre avant 1990 et au cours de la décennie 2000.

3° Des performances améliorées au niveau des districts de santé

Les effets observés au niveau des districts, montrent une amélioration des indicateurs d'utilisation des services de santé. Pour la province du Nord Kivu, ces indicateurs ont quasi systématiquement dépassé les moyennes nationales depuis les années 2000 alors que la province présente un niveau élevé d'adversité. (Figure 5).

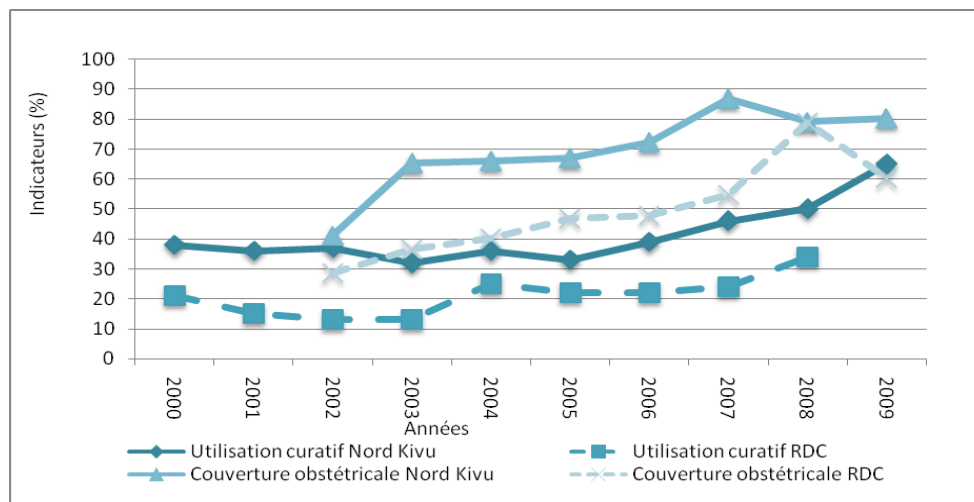


Figure 4. Evolution comparative des indicateurs d'utilisation des services du curatif et de la couverture obstétricale au Nord Kivu de 2000 à 2009.

Il en va de même pour les services des consultations prénatales et de la vaccination (figure 6).

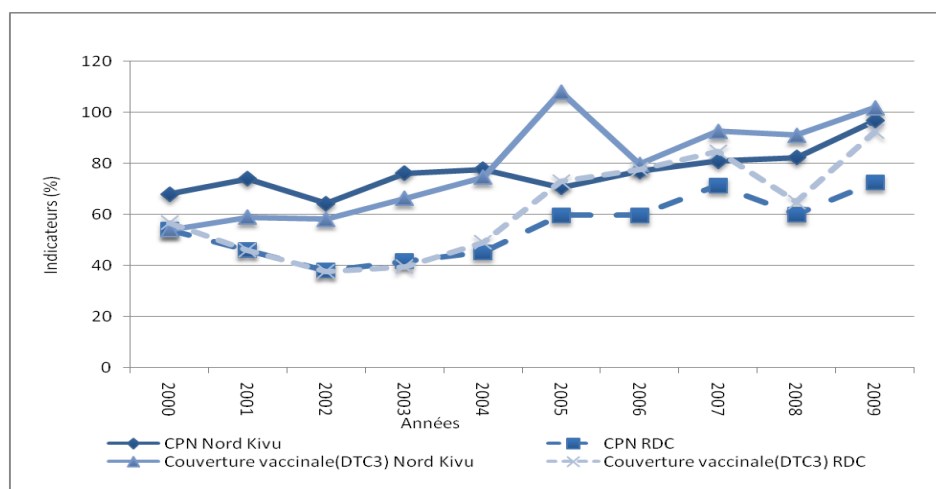


Figure 5. Evolution comparative des indicateurs d'utilisation des services de consultations prénatales et de vaccination au Nord Kivu de 2000 à 2009.

Les enquêtes menées en population semblent indiquer une certaine incidence sur la santé des populations. Une enquête menée en 2007 en RDC a montré que la province du Nord Kivu a enregistré la mortalité néonatale la plus faible (17 décès pour mille naissances) et le taux d'enfants complètement vaccinés le plus élevé de la RDC (67%), alors que soumise à une adversité élevée (RDC/EDS 2007, 2008). La même tendance s'est confirmée lors de l'enquête menée en 2010, pour la mortalité infantile. Pour nous référer au modèle de Sicotte, le mode d'organisation mis en place, semble avoir effectivement renforcé les performances des services de santé, en ce qui concerne la production et l'atteinte des buts. Les aspects de la performance liés à au maintien des valeurs, et du climat organisationnel ne sont pas présentés ici. Néanmoins, on pourrait supposer que la réalisation des performances évoqués ci-haut dans un contexte aussi adverse, suppose qu'il y eu une adaptation à l'environnement.

Conclusions

Le nouveau modèle (subsidaire) des structures intermédiaires de santé en RDC, a émergé d'une interaction entre le contexte, les structures et les fonctions du niveau intermédiaires. Dans cette interaction triangulaire, les attentes exprimées des équipes des districts, en vue d'améliorer leurs performances de manière continue, ont contribué à renforcer les dynamiques au niveau des structures intermédiaires. Ces dynamiques, visant le renforcement du leadership et de la gouvernance dans le secteur, ainsi que le soutien technique aux équipes des districts, ont induit une composante organique au niveau des structures intermédiaires et des processus d'apprentissage collaboratifs. La nouvelle constitution de 2006 qui prône la dévolution dans le secteur santé et avec la stratégie sectorielle, qui s'est nourrie en partie de l'évolution de ce concept, semblent propices à l'enracinement de ce nouveau concept des structures intermédiaires de santé en RDC.

Bibliographie

1. OMS (1988), *La mise en œuvre : le véritable défi des systèmes de santé de district pour renforcer les soins de santé primaires*. OMS (Genève).

2. PERROT Jean, (2005), *La décentralisation administrative et la contractualisation*, P. 209-230.
In : Perrot J, Roodenbeke E. *La contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée*. Karthala (Paris).
3. GRODOS Daniel, TONGLET René, (novembre 2002), *Maîtriser un espace sanitaire cohérent et performant dans les villes d'Afrique subsaharienne: le district de santé à l'épreuve*, P. 977-992. *Tropical Medicine and International Health*, Vol.7, N°11.
4. SICOTTE Claude, CHAMPAGNE François, CONTANDRIOPOULOS Denis, (1999), *Performance organisationnelle des organismes publics de santé*, P.34-46. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, Vol.6, N°2.
5. OMS / FISE, (1978), *Alma ata 1978. Les soins de santé primaires. Série « Santé Pour Tous »*, N°1. OMS (Genève).
6. CARAYANNIS Tatiana, (juin 2003), *The Complex Wars of the Congo: Towards a New Analytic Approach*, P. 232-255. *Journal of Asian and African Studies*. Vol. 38 N°2.
7. CONGHLAN Benjamin, BRENNAN J Richard, NGOY P, DOFARA David, OTTO Brad, CLEMENTS Mark, STEWARD T, (janvier 2006), *Mortality in the Democratic Republic of Congo: a nationwide survey*, P.44-51. *The Lancet*. Vol.7, N°13.
8. KAHINDO Jean-Bosco, WODON Alain, (septembre 2011), *Stratégie de renforcement du système de santé en RD Congo. Incidence sur la mise en œuvre des principes la Déclaration de Paris. Etude réalisée pour le Ministère de la Santé de la RDC*. Cemubac (Bruxelles).
9. VAN LERBERHGE Wim, (1994), *Les politiques de santé africaines : continuités et ruptures*, P. 205 – 230. *Bull.Séanc.Acad. r.sci.Outre-Mer*. Vol. 193. N°2.
10. KAHINDO Jean-Bosco, PORIGNON Denis, (juillet 2006). *Les soins de santé primaires: une stratégie négligée pour l'organisation des services de santé en situation de crise complexe* P. 95-97. *Santé Conjuguée*. N°3.
11. RDC/Ministère de la santé, (2006), *Stratégie de Renforcement du système de santé en RDC*. RDC/Ministère de la santé (Kinshasa).
12. PORIGNON Denis, MUGISHO Etienne, ELONGO Tarcisse Lokombe, Katulanya Déogratias Isu, HENNART Philippe, VAN LERBERGHE Wim, (juillet 1998), *How robust are district*

- health systems? Coping with crisis and disasters in Rutshuru, democratic Republic of Congo*. P. 559-565. *Tropical Medicine and International Health*, Vol. 3, N°7.
13. PANGU Kaza Asila. *La « Santé pour Tous d'ici l'an 2000 » : c'est possible. Expérience de planification et d'implantation des centres de santé dans la Zone de santé de Kasongo au Zaïre*, (1988), Thèse de doctorat. Université Libre de Bruxelles (Bruxelles).
 14. PORIGNON Denis, DEVOS P, HENNART Philippe, (1994), *Problématique du secteur santé au Zaïre*. Etude menée sous la Direction de Laurent A et Van Lerberghe W, pour le Ministère Belge des Affaires étrangères, du Commerce extérieur et de la Coopération. Université Libre de Bruxelles (Bruxelles).
 15. KAHINDO Mbeva Jean-Bosco, SCHIRVEL Carole, KREMERIE Hermès, MITANGALA Pudence, WODON Alain, PORIGNON Denis, (avril 2011), *Gouvernance et soutien provincial au district de santé en RD-Congo*. P.147-151. *Med Trop*. Vol.71, N°2.
 16. OMS, (2008), *Rapport sur la santé dans le monde. Les Soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais*. OMS (Genève).
 17. RDC/ Ministère du Plan, (2008), *Enquête démographique et de santé (EDS 2007)*. Ministère du Plan de la RDC (Kinshasa).