

UNIVERSITE LIBRE DES PAYS DES GRANDS LACS



**Annales de la Faculté de Santé
et Développement Communautaires
de l'ULPGL de Goma**

Revue scientifique

Publication de l'Université Libre des Pays des Grands Lacs

N°02, Juillet 2018

**POLITIQUES ET SYTEMES DE SANTE EN RDC :
D'ALMA ATA AU RENOUVEAU DES SOINS DE SANTE
PRIMAIRES.**

*Jean-Bosco Kahindo Mbeva¹⁶⁰, Mitangala Ndeba Prudence¹⁶¹ et
Hermès Karemera¹⁶².*

Résumé

Introduction : Face au paradigme proposé par les soins de santé primaires en 1978 et son renouveau par l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) en 2008, cette étude analyse l'implantation des soins de santé primaires en République Démocratique du Congo (RDC) de 1978 à 2017 afin d'en tirer des leçons utiles pour la couverture sanitaire universelle.

Méthodes : Etude de cas basée sur les données documentaires et d'interviews et un cadre d'analyse inspiré des valeurs et principes de la déclaration d'Alma-Ata et du modèle intégrateur de la performance d'organismes publics selon Scotte.

Résultats : Les décisions et pratiques ayant marqué les quatre décennies de soins de santé primaires en RDC sont dominées par 3 logiques successives : (i) le développement d'un système sanitaire intégré, (ii) l'humanitaire et la lutte contre la maladie, (iii) la refondation d'un système de santé intégré dans un contexte complexe. La composante ressources humaines en interaction avec des éléments significatifs des contextes national et international a déterminé ces logiques dominantes.

Discussion et conclusion : Ces logiques dominantes de quatre décennies des soins de santé primaires en RDC, mettent en exergue l'importance des ressources humaines de santé et leurs interactions avec les contextes national et international. La logique de refondation d'un système de santé intégré en RDC a anticipé, en 2006, sur le renouveau des soins de santé primaires selon l'OMS en 2008. Pour accélérer le processus vers la couverture sanitaire universelle en RDC, une gouvernance du système sanitaire, plus décisive et redevable aux populations est requise.

¹⁶⁰ MD, MPH, PhD de l'ULB, Professeur Associé à l'UOR et Visiteur à l'ULFGL

¹⁶¹ MD, MPH, PhD de l'ULB, Professeur Associé à l'UOR et Visiteur à l'UCB

¹⁶² MD, MPH, PhD de l'UCL, Professeur associé à l'Université du Cinquantenaire de Luira.

Mots clés : Déclaration d'Alma-Ata, pratiques, logiques, renouveau, soins de santé primaires, district de santé, RD Congo.

I. Introduction

Les valeurs et principes prônés en 1978 sur les soins de santé primaires (OMS, 1978) ont suggéré un nouveau paradigme économique et politique pour une mise en œuvre efficace des soins de santé primaires (Hall *et al.*, 2003). Ce paradigme devrait guider le développement de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires. Cependant, les soins de santé primaires ont été rapidement confrontés à des difficultés, dont celles liées à l'appropriation du concept par les acteurs, aux outils et approches de mise en œuvre et aux logiques des financements (Warren, 1988 ; Grodos *et al.*, 1988). Pour y faire face, le district de santé (DS) fut conceptualisé et formalisé en 1987 à Harare, comme outil de mise en œuvre (Grodos, 2000). Les contraintes de financements et les préoccupations d'équité ont conduit à développer l'initiative de Bamako en 1988 pour renforcer le financement local, la gestion des ressources et la participation communautaire (Riddeet *et al.*, 2004).

Un éclairage du concept santé fut apporté avec la charte d'Ottawa en 1986 et les conférences qui ont suivi sur la promotion de la santé au cours des décennies 90 et 2000. Ainsi, le rôle clef des individus, des collectivités et des politiques publiques par rapport à la santé fut clarifié et recommandé (Catford, 2007 ; Deschamps, 2003). En parallèle, des soins de santé sélectifs proposés en 1979 et visant une réduction de la mortalité infantile (Warren, 1988) ont ouvert la voie à des approches verticales. Ces dernières ont été considérées par certains auteurs comme globalement contraires aux valeurs et aux principes prônés à Alma-Ata (Unger *et al.*, 2006).

La mise en œuvre des soins de santé primaires a été entreprise dans différents contextes, généralement mouvants. Les résultats obtenus sont variables selon les pays. Nonobstant les difficultés rencontrées, les soins de santé primaires se sont révélés être une stratégie robuste puisque certains pays à faible revenu, comme la Thaïlande, ayant développé le district de santé, en renforçant son personnel, sa gestion et en impliquant les parties prenantes. Ces pays ont enregistré des progrès significatifs (Rohdeet *et al.*, 2008).

Face aux défis actuels, comme ceux liés à la mondialisation, aux évolutions technologiques et aux attentes plus exigeantes des peuples et dans une optique de renouveau des soins de santé primaires, quatre séries de réformes (réformes de la couverture universelle, des prestations des services, des politiques

publiques, du leadership) ont été préconisées en 2008 par l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) (2008). Comme le soulignent Elwan *et al.* (2008), ces réformes requièrent d'être envisagées en prenant en compte les particularités historiques des systèmes de santé des pays. Dans un contexte de quête de stratégies d'accélération visant la couverture sanitaire universelle préconisée par l'OMS (2013), l'analyse longitudinale des dynamiques de mise en œuvre des soins de santé primaires au niveau des pays en développement peut s'avérer utile. Cette étude a pour objectif d'analyser les dynamiques qui ont marqué les quatre décennies des soins de santé primaires (SSP) en République Démocratique du Congo (RDC). Nous formulons l'hypothèse que la nature et la qualité des ressources humaines, les éléments des contextes national et international ont influencé de manière forte les dynamiques de développement des soins de santé primaires observées en RDC au cours de quatre décennies ayant suivi Alma-Ata.

II. Méthodes

Il s'agit d'une étude de cas unique (Yin, 2003) qui s'intéresse au déroulement du processus de mise en œuvre des soins de santé primaires en RDC pour la période allant de 1978 à 2017. Vaste pays au cœur de la Région des Grands Lacs Africains (2,5 millions Km², plus de 200 ethnies et langues), plus de 71% de sa population vivait en 2008 avec moins d'un dollar par jour et est confrontée aux maladies infectieuses et à l'émergence des maladies cardiovasculaires (RDC/Ministère du plan, 2014). Ayant opté pour les soins de santé primaires vers les années 80 (Wim, 1993), son système de santé a été classé par l'OMS parmi les moins performants en 2000 (OMS, 2000).

2.1. Cadre d'analyse

Le cadre d'analyse est une adaptation au système sanitaire du modèle intégrateur d'analyse et de gestion de la performance des organismes publics de santé ébauché par Sicotte *et al.* (1999), qui intègre les valeurs et les principes d'Alma Ata. Ce modèle de Sicotte *et al.* (Ibidem) conçoit la performance comme résultante de l'équilibre dynamique et négociée entre 4 fonctions : (i) le maintien des valeurs et d'un bon climat organisationnel, (ii) l'atteinte des buts, (iii) l'adaptation et (iv) la production. Dans notre adaptation du modèle, *les valeurs* sont (i) celles considérant la santé comme un droit, (ii) le droit de participation des populations et d'autres acteurs à l'action sanitaire et (iii) la solidarité. Le climat organisationnel étant celui qui favorise la confiance et la coopération. Les *buts* assignés au système sanitaire concernent la contribution à l'amélioration de

la santé des populations en étant réactif, efficace, efficient et équitable (OMS, 2000). La *production* du système sanitaire est définie en termes de services et de soins aux populations. L'*adaptation du système*, est définie en termes d'interaction avec les autres secteurs, le contexte international, le gouvernement, les partenaires, les acteurs privés de manière à mobiliser les ressources nécessaires pour permettre un fonctionnement satisfaisant. Sous cette fonction, le système se doit d'être à l'écoute des populations en vue de répondre adéquatement à leurs besoins.

2.2. Méthodes utilisées

L'étude est basée sur la triangulation des résultats d'analyse inductive des données d'interviews et des données documentaires. Les données d'interviews sont issues de 27 entretiens semi structurés conduits entre janvier et septembre 2010, en RDC (n=25) et hors de la RDC (n=2). Les personnes interviewées sont des cadres du Ministère de la santé (n=14), des experts ou des gestionnaires des projets ayant œuvré (n=2) ou œuvrant actuellement (n=11) dans le cadre du soutien au système sanitaire de la RDC (tabl.1).

Tableau I. Informateurs clefs interviewés

Partenaire/ Ministère	Responsabilité actuelle	Niveaux du système	Nb sujets interviewés	Code
Ministère	Horizontale	Central	4	MHC
		Provincial	5	MHP
		Opérationnel	1	MHO
	Verticale	Central	5	MVC
		Provincial	0	MVP
Partenaire	Horizontale	Opérationnel	0	MVO
		Central	6	PHC
		Provincial	2	PHP
	Verticale	Opérationnel	1	PHO
		Central	3	PVC
		Provincial	0	PVP
		Opérationnel	0	PVO

Tous avaient, jusqu'en 2010, un parcours d'au moins 4 ans de prestations au sein ou en appui du système sanitaire. Certains (n=20) avaient une expérience aux trois niveaux du système sanitaire. L'entretien avait porté sur les décisions, les stratégies et les pratiques ayant jalonné les soins de santé primaires (SSP) en RDC. Les valeurs et principes d'Alma-Ata avaient servi de référence aux informateurs clefs pour classer les décisions, les stratégies et les pratiques selon les deux dimensions : accélération et entrave des soins de santé primaires. Les entretiens duraient entre 35 minutes et 1h40 minutes. Chaque entretien était

retranscrit. Le résumé était envoyé individuellement à chaque personne interviewée et le résumé global des entretiens était soumis pour correction, enrichissement et validation aux 27 personnes interviewées.

La collecte des données documentaires a été conduite depuis 2009 et poursuivie jusqu'à l'année 2017. Les documents ont été tirés de trois sources : (i) les documents officiels des politiques, des stratégies de santé et, lois régissant le secteur santé, (ii) les rapports de grandes enquêtes, (iii) les compte rendus des grands foras (tabl.2). Tableau 2. Documents analysés dans le cadre de l'étude :

Intitulé du document	Type	Code
Manifeste de la Santé et du Bien-être du peuple Zaïrois (1972)	Politique/stratégie	A
Document de Politique du Conseil National de santé et du Bien-être de la République du Zaïre (1975)	Compte rendu de forum	B
Santé et Communauté : actes du colloque médical du Kivu (1976)	Compte rendu de forum	C
Charte de Mbanza-Ngungu (1987)	Compte rendu de forum	D
Conférence Nationale Souveraine. Rapport de la Commission de la santé (1992)	Compte rendu de forum	E
Enquête sur la situation des enfants et des femmes au Zaïre en 1995 (ENSEF) (1996)	Rapport d'enquête	F
Etats des lieux du secteur santé en RDC (ELS) (1998)	Rapport d'enquête	G
Politique Nationale de la santé (2001)	Politique/stratégie	H
Décret loi-cadre portant sur la Santé Publique (2001)	Loi	I
Plan de développement sanitaire de la RDC 2000-2009 (2001)	Politique/stratégie	R
Cadre organique du Ministère de la Santé (2001)	Politique/stratégie	J
Enquête Nationale sur la situation des femmes et des enfants (MICS2/2001) (2002)	Rapport d'enquête	K
Rapport des travaux de la table ronde du secteur santé de la RDC (2005)	Compte rendu de forum	L
Rapport des travaux de la revue annuelle 2002 du Ministère de la santé (2003)	Compte rendu de forum	M
Ministère de la Santé. Rapport des travaux de la revue annuelle 2003 du Ministère de la santé (2004)	Compte rendu de forum	N
Rapport des travaux de la revue annuelle 2005 du Ministère de la santé (2006)	Compte rendu de forum	O
Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) (2006)	Politique/stratégie	P
Rapport des travaux de la revue annuelle 2006 du Ministère de la santé (2007)	Compte rendu de forum	Q
Rapport des travaux de la revue annuelle 2007 du Ministère de la santé (2008)	Compte rendu de forum	R
Rapport des travaux de l'atelier sur les mesures transitoires de	Compte rendu de	S

décentralisation du secteur de la santé de la RDC (2008)	forum	
Enquête Démographique et de Santé. République Démocratique du Congo 2007(2008)	Rapport d'enquête	T
Annuaire données sanitaires 2007 (2010)	Annuaire des données	O
Plan de développement sanitaire 2011-2015 (2011)	Politique/Stratégie	P
Cadre et structures organiques du Ministère de la santé de la RDC (2012)	Politique/stratégie	Q
Comptes de la santé RDC 2013. Rapport narratif (2013)	Rapport d'étude	R
Enquête Démographique et de Santé. République Démocratique du Congo 2013-2014 (2014)	Rapport d'enquête	S
Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (SARA). RDC 2014 (2014)	Rapport d'enquête	T
Rapport d'évaluation du plan de développement sanitaire 2011-2015 (2015)	Rapport d'étude	U
Plan de développement sanitaire. Vers la couverture sanitaire universelle 2016-2020 (2016)	Politique/Stratégie	V
Mortalité en milieu hospitalier en RDC. Analyse de la contribution du VIH, de la Tuberculose, du Paludisme (2016)	Rapport d'enquête	W

En lien avec les objectifs de l'étude et en vue de donner du sens aux données brutes, une analyse inductive (Blais *et al.*, 2006) des données d'interview et des données documentaires a été réalisée. Elle a permis de repérer les grandes décisions prises et les pratiques¹⁶³ ayant prévalu au cours de la période étudiée. Une triangulation des résultats de l'analyse documentaire et de l'analyse inductive a été enfin réalisée, permettant d'identifier les logiques dominantes.

III. Résultats

L'étude a permis d'identifier les décisions et les pratiques qui ont marqué les quatre décennies de mise en œuvre des SSP en RDC. Leur répartition en fonction du soutien ou de l'entrave des fonctions d'accélération des soins de santé primaires (SSP) et en lien avec les fonctions de la performance est détaillée dans le tableau 3¹⁶⁴.

Tableau III. Contribution des décisions et pratiques aux fonctions de performances pour les SSP.

¹⁶³ Ici, une pratique est comprise comme une façon de faire, une action (individuelle ou collective) socialement transmise ou envisagée dans un contexte social

¹⁶⁴ Les crochets indiquent la source pour chacune de décisions ou des pratiques

Fonctions	Renforcement des fonctions et des SSP	Entrave des fonctions et des SSP
Maintien des valeurs	Adoption des SSP en et élaboration d'un plan de développement des districts sanitaire en 1982 [PHC, MHC, MHP, PVC, MHO] Mise en place de 306 districts sanitaire basés sur les mouvements des populations et l'attraction des hôpitaux dès 1982 [PHC, MHC, MHP, F.K, P] Adoption d'une nouvelle stratégie sectorielle (SRSS) en 2006 [PHC, MHC, MHP, MVC, MHO, PVC] Organisation des foras de capitalisation des expériences des SSP (1985-2016) [PHC, MHC, MHP, MVC, MHO, PVC, P] Adoption d'un plan de développement sanitaire axé sur la couverture sanitaire universelle en 2016 [P]	Elaboration des plans axés plus sur la lutte contre la Maladie au détriment du système sanitaire (1990-2000) [PHC, MHC, MHP, P] Négociation des projets de financements dédiés plus à la lutte contre la Maladie et aux urgences au détriment du système sanitaire (1990-2005) [PHC, MHC, MHP, P] Révision du découpage du pays en 515 DS basée sur les limites administratives (2001-2003) [PHC, MHC, MHP, MHO] Insuffisance des systèmes solidaires de prépaiement des soins et prédominance de l'« out of pocket » [S, U, V]
Adaptation	Animation des instances de concertation avec les partenaires (1990-2008) [PHC, MHC, MHP, PVC, MHO] Initiatives de mise en place et de gestion d'un système d'information sanitaire (1990-2008) [MHC, MHP, MHO, S, Q] Initiatives d'accompagnement des DS par les provinces (1990-2008) [PHC, MHC, MHP, PVC, MHO, O, P, S]	Sous financement du secteur santé par l'Etat (1978-2013) [PHC, MHC, MHP, MVC, MHO, PVC, P, S, U, V] Transposition du modèle rural du DS en milieu urbain sans un recul critique suffisant (1990-2008) [PHC, MHC] Démultiplication des directions et programmes spécialisés au niveau central avec répliation au niveau provincial (2001-2003) [PHC, MHC, MHP, MHO] Développement disproportionné de nombreux systèmes d'information sanitaires de routine liés aux programmes spécialisés (1990-2017) [PHC, MHC, MHP, P] Désignation de certains cadres à des

Fonctions	Renforcement des fonctions et des SSP	Entrave des fonctions et des SSP
		postes de responsabilité sur base des critères autres les compétences et le parcours professionnel (1990-2008) [PHC,MHC,PHP, MHO]
Production	Utilisation du programme de vaccination comme vecteur des SSP dès 1982 jusque vers 1988 [PHC,MHC,MHP,PVC,MHO,C,D] Formation des gestionnaires des districts en SSP et santé publique (1985-2008) [PHC,MHC,MHP,PVC,MHO]	Substitution dans la réalisation de certaines activités par des cadres du niveau central au niveau des DS (1990-2008) [PHC,MHC, MHP, MHO,N,S] Couverture sanitaire/ disponibilité insuffisante de l'offre de soins (1990-2016)[T,U,V]
Atteinte des buts	Développement des équipes de gestion collégiale des DS (1978-1989) [PHC,MHC] Développement du DS au départ de l'hôpital général de référence (1978-1989) [PHC,MHC,PVC] Développement d'une participation communautaire basée sur le dialogue avec la population. (1978-1989) [PHC,MHC] Quelques initiatives de mutuelles de santé (1985-2017) [PHC,MHC,MHP,PVC] Gestion de l'information qui alimente le processus décisionnel et le monitoring de l'action sanitaire du DS (1990-2008) [PHC,MHC,MHP,PVC,MHO] Implication des ONGs et des églises dans le développement des DS (1978-2008) [PHC,MHC,MHP,PVC,MHO]	Marchandisation des soins (1990-2017) [PHC,MHC,PVC,] Soins peu accessibles et de mauvaise qualité depuis la décennie 90 [PHC,MHC,PVC,E,Q,F,I,J,L,M,P,T,Q,U,V] Inféodation des organes de participation communautaire à l'offre de soins (1990-2017) [PHC,MHC,PVC,] Interventions des partenaires peu intégrées dans la dynamique de développement des DS (1990-2017) [PHC,MHC,MHP,PVC,MHO,P] Non implication des hôpitaux provinciaux dans le support aux DS (1990-2017) [PHC,MHC,PVC]

Les grandes décisions au cœur de quatre décennies des soins de santé primaires en RDC

En plus de l'engagement du pays sur la voie des SSP [PHC,MHC,MHP,PVC,MHO], le développement des 306 districts de santé dont le découpage a été basé sur les mouvements naturels des populations et l'attraction des hôpitaux existant, ainsi que l'expérimentation d'un programme spécialisé (PEV) comme vecteur du développement des DS sont reconnus comme ayant renforcé les soins de santé primaires jusque la fin des années 80 [PHC,MHC,MHP,F,K,P]. Il en va de même pour la mise en route en 2006, de la stratégie de renforcement du système de santé (SRSS), une stratégie sectorielle de refondation d'un système sanitaire intégré [PHC,MHC,MHP,MVC,MHO, PVC]. En revanche, le redécoupage en 2001 du pays en 515 districts de santé selon les limites administratives et la démultiplication des directions centrales avec réplique provinciale, sont perçus comme ayant affaibli les SSP [PHC,MHC, MHP, MHO].

Les pratiques au cours de quatre décennies des soins de santé primaires en RDC

Les pratiques ont été identifiées aux trois niveaux du système sanitaire. Au niveau central, les pratiques de renforcement des SSP concernent, dès la décennie 80, le renforcement des capacités du personnel, les foras de partage des expériences des SSP et l'implication des partenaires privés, confessionnels et ONGs dans les processus de développement des DS. Les pratiques perçues comme ayant déforcé les soins de santé primaires, depuis la décennie 90, concerne un accent plus important pour la lutte contre la maladie (planification et financement) et le peu d'intérêt pour les compétences dans la responsabilisation du personnel. Le sous financement du secteur santé par l'Etat a prévalu pendant les quatre décennies et n'a jamais, dépassé le cap de 8% du budget national¹⁶⁵ [PHC,MHC,MHP,MVC, MHO, PVC, P].

Pour le niveau intermédiaire, les bonnes pratiques concernent la concertation avec les partenaires du secteur, l'accompagnement des équipes des DS et la gestion de l'information sanitaire. Elles sont variables d'une province à une autre. En revanche, l'entrave aux SSP est d'avoir faiblement impliqué les compétences cliniques des hôpitaux provinciaux dans le soutien aux DS [PHC,MHC,PVC].

¹⁶⁵ Les engagements de financement de la santé pris par les Etats Africains à Abouja en 2001 sont 15% du budget national au minimum.

Au niveau des DS, les pratiques de renforcement des SSP concernent la collégialité de gestion du DS, son développement au départ de l'hôpital général de référence, le dialogue social avec la population et les initiatives de mutuelles de santé. En revanche, l'entrave des SSP concerne la marchandisation des soins et l'inféodation des comités de santé à la cause de certains personnels, la gestion des systèmes d'informations spécifiques aux programmes verticaux au détriment de la prestation des soins et la faible intégration des projets des partenaires dans les plans des DS.

Les logiques ayant prévalu au cours de quatre décennies des soins de santé primaires en RDC: une évolution longitudinale

Les documents des politiques et stratégies développées au cours de quatre décennies en RDC ont fait constamment référence aux valeurs et principes prônés par la déclaration d'Alma-Ata [D,F,G,H,I,K,R,P]. Néanmoins, l'analyse des décisions et des pratiques a fait émerger trois logiques dominantes: (i) une logique de construction d'un système de santé intégré basé sur les soins de santé primaires (décennie 80), (ii) une logique de l'humanitaire et de lutte contre la maladie (décennie 90 - 2005), (iii) une logique de refondation d'un système de santé intégré dans un contexte perçue complexe (depuis 2006).

1° Le développement d'un système de santé congolais plus redevable aux populations (décennie 80)

La RDC a expérimenté le modèle d'organisation du système sanitaire inspiré du CEBEC¹⁶⁶ [A,B,C,D,E] et basé sur les districts de santé au cours de la décennie 70. Ses initiatives les plus abouties ont été implémentées notamment à Kasongo, Kisantu et Vanga [P, MHC, PHC]. Les préoccupations intersectorielles, de solidarité et de participation communautaire, ayant caractérisé cette organisation ont facilité l'adoption des SSP en RDC [P, MHC, PHC]. Les décisions et les pratiques relevées au cours de cette décennie, montre des efforts conjoints allant dans le sens du renforcement des valeurs et principes des soins de santé primaires, de mise en route des stratégies d'adaptation du système sanitaire au contexte à l'environnement extérieur, un effort de production des services, de réponse aux attentes des populations et d'amélioration de leur santé au travers les 306 districts sanitaires. Ces efforts ont été portés plus par des cadres

¹⁶⁶ Le CEBEC ou Centre de Bien-être Communautaire a été défini par le Manifeste de la santé et du bien-être du peuple Zairois comme base de l'organisation sanitaire. C'est un service de santé primaire communautaire pour 5000 à 10.000 habitants, avec des objectifs de promotion humaine et de réponses aux aspirations collectives de la communauté.

congolais engagés et soutenus par des églises et des ONGs [P, MHC, PHC, MVC, MVP]. Par contre, la faiblesse du budget de l'Etat alloué au secteur santé pendant cette période est évocatrice de son implication limitée [P, MHC, PHC].

Ses chances d'amélioration s'évanouissent avec la diminution progressive du Produit Intérieur Brut (PIB) du Congo qui est passé de 522,4 Usd/hab en 1960, à 269 Usd/Hab en 1980 et à 231 Usd/hab en 2000.

2° De 1990 jusqu'au début de la décennie 2000 : prévalence de la logique de la lutte contre la Maladie et de l'humanitaire

Le début de la décennie 2000 a été caractérisé par la rupture de la coopération en 1989 avec comme conséquence la réduction drastique de ses financements destinés au secteur santé et le brain-drain du personnel compétent du secteur public vers d'autres pays ou pour des organisations internationales œuvrant en RDC [PHC, PHP, PHO, PVC]. Le relais du financement a été repris par des fonds dédiés aux programmes verticaux et aux urgences humanitaires [MHC, PHC, PVC, MVC, MVP], avec une bonne partie d'assistance technique internationale n'ayant pas expérimenté les SSP et le modèle DS dans le contexte de la RDC [PHC].

Cette nouvelle logique fut caractérisée par une prise de décision et une priorisation descendante et un intérêt accru pour des résultats rapides et quantitatifs [PHC, PHP, PHO, MHC]. Le redécoupage du pays en DS sur une base administrative, la démultiplication des directions et des programmes verticaux, le phénomène de substitution dans les prestations, les financements des programmes, qui ciblant plus les centres de santé et le bureau de gestion du district sanitaire, au détriment de l'hôpital [PHC, PHP, PHO, MHC] contribuent à cette logique. A cette logique dominante ont néanmoins résisté quelques « îlots de rationalité » identifiés au niveau opérationnel, intermédiaire et central et qui avaient, de toute évidence, intériorisé les valeurs et principes des SSP, perpétué des pratiques qui lui sont cohérentes et gardé quelques vestiges d'un système sanitaire intégré [PHC, MHC, P].

Par rapport au cadre d'analyse, cette logique s'écarte des valeurs et principes des soins de santé primaires. Il en va de même pour la production des services qui intègre peu les attentes globales des populations car décidée d'en haut, ciblée sur des programmes précis.

3^e Décennies 2000 et 2010: émergence d'une logique de refondation d'un système de santé intégré

La remise en cause de la logique dominante était partie de ces « îlots de rationalité » (PHC, MHC, P), portés par des cadres congolais qui ont capitalisé les résultats des différentes études et foras. Ces instances avaient posé le diagnostic d'un système sanitaire qui ne savait plus répondre aux besoins des populations, mais sans remettre en cause le paradigme dominant (PHC, MHC). La nouvelle logique consacrée au travers la Stratégie de Renforcement du système de santé en RDC (SRSS), dont la dernière phase d'élaboration était soutenue par l'OMS et la publication défendue en 2006 par le groupe des bailleurs du secteur santé en RDC (GIBS) est celle de la refondation d'un système sanitaire intégré en vue de la mise en œuvre des SSP dans un contexte complexe. Ses préoccupations essentielles étaient : la revitalisation du DS qui constituait une priorité conditionnelle du développement du système sanitaire, des réformes dans le domaine de la gouvernance, du leadership, du financement, des ressources humaines, du médicament et du partenariat (P). Cette nouvelle logique a été intégrée de manière progressive ; plus par les niveaux opérationnels et provinciaux que par le niveau central. Elle a servi dès son adoption, de référence pour la négociation de nouveaux financements, la réorganisation des équipes provinciales et des DS et le repositionnement de l'hôpital pour impulser le développement des DS (PHC, PHP, PHO, MHC, MIHP, MHO).

IV. Discussion

L'objectif de cette étude était double, d'abord analyser les dynamiques de mise en œuvre des SSP en RDC, à partir du modèle théorique fondé sur les principes et valeurs de la déclaration de Alma-Ata et du modèle intégrateur d'analyse et de gestion de la performance des organisations de santé, et ensuite identifier les éléments essentiels qui auraient influé de manière significative sur les processus de mise en œuvre des SSP en RDC. Les résultats de cette étude mettent en évidence trois logiques sous-jacentes aux pratiques identifiées (logique de développement d'un système de santé intégré, logique de l'humanitaire et de lutte contre la maladie, logique de refondation d'un système intégré).

Le rôle clef joué par les ressources humaines et l'influence conjointe, mais variable dans le temps, des facteurs internes et des facteurs externes sur les pratiques décrites en RDC, semble conforter la proposition initiale.

Importance du facteur ressources humaines : Comme observé pour d'autres pays à faible revenu (Macfarlane *et al.*, 2000), le système sanitaire congolais, dès les années 80 a été confronté aux effets des approches sélectives des SSP et au sous-financement du secteur de la santé lié en partie à l'ajustement structurel. Néanmoins, la masse critique des cadres convaincus des principes des SSP et le positionnement stratégique de certains d'entre eux, semblent avoir compensé ces éléments du contexte international. Ceci pourrait expliquer la cohérence du système sanitaire de la RDC au cours de la décennie 80. Cette masse critique a été constituée grâce à l'organisation régulière des foras et l'accompagnement des DS. Cette pratique dont les vertus sont décrites et reconnues (Bosch-Capblanch *et al.*, 2008), a impliqué des ONGs, notamment universitaires, et des églises. Ainsi des pratiques de collégialité de gestion des DS, de développement du DS au départ de l'hôpital de référence et de dialogue avec les communautés sont été ancrées dans la mémoire collective, au point de résister sous forme « d'îlots de rationalité » depuis la décennie 90. Le développement du DS au départ de l'hôpital ne pourrait être assimilé à l'hospitalocentrisme qui a caractérisé certains systèmes sanitaires au cours du 20^{ème} siècle (Lawnet *et al.*, 2008). Cette pratique s'apparente plus à une dynamique de renforcement de l'offre des services et des soins au niveau des centres de santé au départ de l'hôpital de référence, ce qui contribue à améliorer la crédibilité des professionnels de santé vis-à-vis des communautés et d'autres acteurs, notamment politiques. Ainsi les dimensions communautaires et intersectorielles ont été renforcées, bien que généralement déficientes pour de nombreux systèmes sanitaires (OMS, 2013). Ces deux dimensions essentielles pour les SSP, sont importantes dans un contexte de reconstruction post conflits (Grundy *et al.*, 2009). La fuite des cerveaux de la fin de la décennie 80, a privé le système sanitaire d'une masse critique d'interlocuteurs, créant ainsi un déséquilibre dans la négociation avec les autres parties prenantes et les autres ayant une influence certaine sur la santé des populations. Ce déséquilibre ne pouvait être pallié par une société civile en cours de structuration.

Service d'un programme vertical à un système de santé : pendant des années, il a prévalu un long débat entre approche sélective et globale des SSP (Lawnet *et al.*, 2008). Le développement d'un système sanitaire intégré au départ des ressources destinées à un programme spécialisé semble être une pratique pertinente de conciliation de deux approches. Cette pratique n'a pas pu perdurer dans un contexte d'une fuite de cerveaux de nombreux cadres congolais et

baillleurs de fonds intéressés plus aux dispositifs qui garantissent des résultats rapides. La centralisation du système sanitaire étant plus confortable aux programmes verticaux dont les résultats sont plus rapides (Victoria *et al.*, 2004), la rupture de cet équilibre, semble avoir favorisé l'émergence de la logique de la lutte contre la maladie depuis la décennie 90, au détriment d'un système intégré. Cette réduction de la crédibilité semble avoir entamé au cours de la même décennie le dialogue avec les secteurs connexes, expliquant en partie une surproduction des personnels de santé qui tient peu compte des besoins du secteur. Enfin, la décennie 90 a été caractérisée par une précarité sociale en RDC. Or, il a été démontré que la pauvreté a tendance à limiter la participation des communautés à la prise de décision par rapport à leur santé (Macfarlane *et al.*, 2000). Ce cercle vicieux a globalement affaibli le système sanitaire de la RDC depuis le début de la décennie 90.

Contribution potentielle du niveau intermédiaire du système sanitaire : De nombreux pays africains ont adopté un système sanitaire à trois niveaux (Perrot, 2005), dont le niveau intermédiaire (provincial). Les pratiques de coordination de l'action sanitaire, l'accompagnement des équipes des DS et de gestion de systèmes d'information, bien que variables selon les provinces, semblent avoir atténué les risques d'inadéquation des stratégies nationales par rapport aux attentes des populations. Des études menées en RDC ont montré que l'intégration au niveau intermédiaire (provincial) des modes d'organisation et des pratiques d'une logique plutôt managériale que bureaucratique permet d'une part de soutenir de manière structurée le développement des zones de santé, tout en les protégeant contre des interventions de structurantes de tous bords (Kahindo *et al.*, 2014).

Importance des contextes local et international : Ces contextes sont émergés comme des variables clefs d'interaction avec la composante ressources humaines. Les réformes suggérées en 2006 par la stratégie sectorielle de la RDC (SRSS) dans le domaine du leadership et de la gouvernance, de l'humanisation des services de santé, de la couverture et de mobilisation des secteurs autres que la santé en faveur de la santé (RDC/Ministère de la santé, 2006), rejoignent globalement celles préconisées par l'OMS, en 2008, dans le cadre du renouveau des SSP. Cette nouvelle logique, a déjà contribué à augmenter les ressources en faveur du DS en RDC (OMS, 2008). Cette avancée semble en partie liée au soutien de certains bailleurs de fonds à la SRSS. Néanmoins ce soutien requiert d'être renforcé par une gouvernance structurante

des alliances stratégiques en faveur de la revitalisation du système sanitaire. Les performances enregistrées dans certains pays à faible revenu, à l'instar de la Thaïlande, sont liées à cette approche (OMS, 2008 ; Walley *et al.* 2008).

Plus globalement, la mise en œuvre efficace des réformes préconisées, requiert d'être examinée en prenant en compte les 3 variables clefs soulignées plus haut. Pour la RDC, la composante ressources humaines est susceptible d'impulser les réformes des prestations, à moins de capitaliser et resauter les « îlots de rationalité ». Par ailleurs, la réforme de la gouvernance semble primordiale, car susceptible d'impulser les autres réformes (prestation, politiques publiques, couverture) si elle est mieux distribuée au niveau national qu'international. Au niveau national, elle devrait concerner toute institution et parties prenantes au développement sanitaire, dans une dynamique de responsabilité et de redevabilité mutuelles. Au niveau international, elle devrait faire évoluer les outils notamment financiers dans une optique de soutien aux systèmes sanitaires.

Conclusion :

Cette étude sur les quatre décennies de soins de santé primaires en RDC met en évidence les trois logiques qui ont marqué les soins de santé primaires en RDC. En outre, elle met en exergue l'importance de la ressource humaine du secteur santé et l'influence conjointe des contextes national et international. La logique de refondation d'un système de santé intégré en RDC a anticipé, en 2006, sur le renouveau des soins de santé primaires préconisé au niveau global par l'OMS en 2008.

Par rapport au rôle clef de la composante ressources humaines du secteur santé, ce dernier a été influencé par des éléments significatifs des contextes national et international.

Afin de faire progresser en RDC l'agenda de la couverture sanitaire universelle préconisée par l'OMS (2013), une gouvernance du système sanitaire qui soit plus robuste et plus redevable aux populations est requise, aux fins de faire progresser de manière plus décisive et cohérente les réformes structurelles initiées aux niveaux central, provincial et opérationnel du système sanitaire. Cette gouvernance, qui intègre les principes renouvelés des soins de santé primaires, devrait être mieux distribuée aux niveaux mondial, national (centra, provincial et opérationnel), ainsi qu'entre acteurs étatiques et acteurs non étatiques.

Enfin, au travers cette étude, le modèle conceptuel de Sicotte *et al.* (1999) sur la performance des organismes publics, s'avère pertinent pour une analyse structurée des systèmes de santé.

Références

C. Ouvrages

1. Grodos D. Le district sanitaire urbain en Afrique Subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques. Thèse de doctorat. Université Libre de Bruxelles, Ecole de santé Publique 2000, Bruxelles, 427p.
 2. OMS. Alma ata 1978. Les soins de santé primaires. Rapport conjoint de la conférence sur les soins de santé primaires. Alma Ata, URSS, 6-12 Septembre 1978. Série Santé Pour Tous N°1 ; OMS 1978, Genève, 88p.
 3. OMS. Plaidoyer pour la couverture sanitaire universelle. OMS 2013; Genève, 43p.
 4. OMS. Rapport sur la santé dans le Monde 2000. Pour un système de santé performant. OMS 2000; Genève, 237p.
 5. OMS. Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais. OMS 2008; Genève, 125p.
 6. Perrot J. La décentralisation administrative et la contractualisation. In *La contractualisation dans les systèmes de santé* édité par Perrot J & de Roodenbeke E. Karthala 2005 ; Paris, 211-230.
 7. RDC / Ministère du plan. Enquête Démographique et de Santé 2013-2014. Ministère du Plan de la RDC 2014; Kinshasa, 652p.
 8. RDC/ Ministère de la santé. Stratégie de renforcement du système de santé en RDC (SRSS). Edité par le Ministère de la santé de la RDC 2006 ; Kinshasa, 49p.
 9. Yin R-K. Case Study Research Design and Methods. 3rd edition. Sage Publications 2003; London, New Delhi, 181p.
- ##### D. Articles et périodiques
1. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives* 2006; 26(2): 1-18.
 2. Bosch-Capblanch X, Gasser P. Primary health care supervision in developing countries. *Tropical Medicine and International Health* 2008; 13 (3):369-383.
 3. Cafford J. Ottawa 1986: pivot du développement de la santé mondiale. *Promotion & Education* 2007 ; 14: 37-38. DOI: 10.1177/10253823070140021301x
 4. Deschamps JP. Une « relecture » de la charte d'Ottawa. *Santé Publique* 2003 ; 3(3):13-325.
 5. Grodos D, De Bethune X. Les interventions sanitaires sélectives: un piège pour les politiques de santé du Tiers Monde. *Social Science and Medicine* 1988 ; 26(9): 879-889.
 6. Grundy J, KhutQy, Oum S, Annear P, Ky V. Health system strengthening in Cambodia-A case study of health policy response to social transition. *Health Policy* 2009; 92:107-115.
 7. Hall JJ, Taylor R. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *MJA* 2003; 178: 17-20.
 8. Kahindo MJB, Schirvel C, Godelet E, Wodon A, Porignon D, Bonami M. Réforme des structures intermédiaires de santé en République démocratique du Congo. *Revue Santé Publique* 2014 ; 26 (6): 849-853.
 9. Lawn J-E, Rohde J, Rilk in S, Were M, Paul V-K, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet* 2008; 372: 917-27.
 10. Macfarlane S, Racelis M, Muli-Musiime F. Public health in developing countries. *The lancet* 2000 ; 356 : 841-846.
 11. Ridde V, Girard J-E. Douze ans après l'Initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique* 2004 ; 15 (1) : 37-51
 12. Rohde J, Cousins S, Chopra M, Tangecharoensathien V, Black R, Bhutta ZA, Lawn JA. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet* 2008 ; 372: 950-61.
 13. Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos A-P. La performance organisationnelle des organismes publics. *Ruptures, Revue transdisciplinaire santé* 1999 ; 1(6): 34-46
 14. Unger J-P, De Paepe P, Ghilbert P, Soors W, Green A. Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries. *International Journal of Integrated Care* 2006; 6: 1568-4156.
 15. Victora CG, Hanson K, Bryce J, Vaughan JP. Achieving universal coverage with health interventions. *Lancet* 2004; 364: 1541-1548.
 16. Walley J, Lawn JE, Francisco AD, Chopra M, Rudan I, Bhutta ZA, Black RE, the Lancet Alma-Ata Working Group. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *Lancet* 2008; 372:1001-1007.
 17. Warren K. The evolution of selective primary health care. *SocSci Med* 1988; 26:891-898.
 18. Wim V-L. Les politiques de santé africaines: continuités et ruptures. *Bull.Séanc.Acad. r.sci.Outre-Mer* 1994 ; 39 (1993-2) : 205- 300.