

point de guérir se rouvre et suppure»⁸⁰. Ces paroles indiquent une tension à laquelle ne peut échapper aucune réflexion sur la gestion politique du passé : la nécessité de se tourner vers l'avenir comporte toujours le risque de faire fi de vies endommagées à jamais.

Les systèmes de santé et leurs acteurs

Quels défis pour la résolution des conflits dans la région des Grands Lacs africains ?

Denis PORIGNON

*Directeur, Centre scientifique et médical de l'Université libre de Bruxelles pour ses activités de coopération (CEMUBAC),
Maître de conférences, École de Santé publique,
Université libre de Bruxelles*

I. Introduction

Si la santé ou plus exactement l'absence de santé fait partie depuis longtemps des déterminants du bien-être des individus et des communautés, l'importance de la santé n'est réellement reconnue que depuis une dizaine d'années comme un élément essentiel dans le développement économique. La Banque mondiale, dans son rapport annuel sur le développement publié en 1993 et intitulé « Investir dans la santé », stigmatisait, d'une manière suffisamment forte pour assurer la prise de conscience des principaux décideurs internationaux, le fait que la santé des populations est nécessaire pour construire une société ou un pays et que la santé pouvait être un déterminant important de la pauvreté dans les pays à revenus limités¹. Depuis lors, de nombreux arguments parmi lesquels la reconnaissance des conséquences humaines et économiques de l'explosion de la pandémie du SIDA dans certaines régions du monde et en particulier en Afrique subsaharienne est largement venue illustrer cette vision déterministe entre maladie, santé et économie².

¹ World Bank, *World development report 1993. Investing in health*. Oxford, Oxford University Press, 1993.

² World Bank, *Confronting AIDS. Public priorities in a global epidemic*. Oxford, Oxford University Press, 1999 et ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004*. Genève, 2004.

⁸⁰ Améry, J., *Par-delà le crime et le châtiment. Essai pour surmonter le mal*, Paris, Actes sud, 1995, p. 17 et 20.

D'un point de vue général, certains auteurs ont relevé que des similitudes évidentes peuvent être trouvées entre les notions de maladie/santé et celles de violence/paix : le fait qu'elles touchent des individus (maladie/violence) ou des communautés (épidémies/pandémies/guerres), leur adéquation aux concepts de prévention (primaire, secondaire, tertiaire), le principe de causalité qui les lie, qu'il soit considéré d'un point de vue interne (vieillessement/altération cellulaire/culture/intérêts) ou d'un point de vue externe (traumatismes/agressions), la définition (absence de maladies/absence de conflits ou de guerres)³.

D'un point de vue plus pratique, les aspects sanitaires sont, depuis très récemment seulement, identifiés formellement comme faisant partie intégrante des éléments de réflexions et d'actions dans le cadre de l'élabo-ration et de la mise en œuvre des processus de paix⁴. Différentes manifestations ou publications ont été consacrées à ce sujet depuis quatre ou cinq ans.

La construction de la paix (*peacebuilding*) peut être vue comme un processus nécessitant à la fois la destruction des structures de violence et la construction de structures de paix⁵. À ce titre, comme le souligne Kenneth Bush, il existe plusieurs domaines d'action potentiels : (1) la capacité institutionnelle, (2) la sécurité militaire et humaine, (3) les structures et processus politiques, (4) les structures et processus économiques et, enfin (5) la valorisation et la reconstruction sociale⁶. La santé peut être considérée, à des degrés divers certes, comme vecteur dans l'un ou l'autre de ces domaines : (1) l'organisation et la gestion des services de santé, en conditions d'urgence ou de post-crise, (2) la sécurité alimentaire, essentielle pour la lutte contre la malnutrition et donc contre les maladies infectieuses responsables de la grosse majorité des décès dans les pays en développement, (3) le renforcement des acteurs de la

³ Galtung, J., *Health as a bridge for peace in the context of humanitarian action in complex emergency situations*, prepared for the WHO, Genève, 1997.

⁴ McQueen, G., Santa-Barbara, J., « Peace building through health initiatives ». *British Medical Journal*, vol. 321, 2000, p. 293-296 ; McQueen, G., Santa-Barbara, J., Neufeld, V., Yusuf, S., Horton, R., « Health and Peace : time for a new discipline », *The Lancet*, vol. 357, 2001, p. 460-461 ; Kickbusch, I., « From charity to rights : proposal for five action areas of global health », *Journal of epidemiology and community health*, vol. 58, 2004, p. 630-631 ; Porignon, D., Mugisho, E., Hennart, P., « La santé publique, un volet essentiel pour l'élaboration d'un processus de paix. Stratégies et acteurs d'une discipline émergente », in P. Calame, B. Denis et E. Remacle (dir.), *L'art de la paix : approche transdisciplinaire*, Bruxelles, P.I.E.-Peter Lang, 2004.

⁵ Bush, K., « Peace and conflict impact assessment (PCIA) of development projects in conflict zones », *The McMaster Lancet challenge conference 2001*, Hamilton (Ontario), McMaster University, 2001.

⁶ *Idem*.

société civile, de plus en plus présente dans la gestion et la prestation des services et de soins de santé, (4) la fourniture de services de base ou la génération d'emplois, souvent nombreux dans le secteur de la santé, (5) l'adéquation des services sociaux et la valorisation de la participation communautaire sont autant d'exemples respectifs qui illustrent l'articulation de la santé avec les différents aspects de la reconstruction de la société dans une zone de conflit.

La stratégie des soins de santé primaires mise en œuvre dans bon nombre de pays en développement et particulièrement dans la région des Grands Lacs africains repose sur la mise à disposition des populations de soins de santé essentiels, rendus accessibles à l'ensemble des communautés sans discrimination, avec leur pleine participation et à un coût qu'elles puissent supporter. Cette vision, développée à la fin des années 1970, a permis de mettre en place un réseau pyramidal de structures sanitaires aux fonctions complémentaires. Ces dernières portent la capacité du moins potentielle de répondre aux attentes exprimées ci-dessus. Le propos des différentes sections qui suivent est d'en décrire les modalités. Cette approche nous permettra d'aborder les principaux défis que le secteur sanitaire doit affronter quant à sa contribution au processus de paix. Voyons comment cette vision rencontre les principaux défis auxquels elle doit faire face.

II. Les principaux défis

A. Le défi sanitaire

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

Généralement, les principaux problèmes de santé sont liés aux pathologies infectieuses, aux maladies liées aux carences nutritionnelles, aux maladies liées à la grossesse et à l'accouchement (hémorragies, etc.), aux traumatismes physiques et psychologiques. Parmi les maladies infectieuses, on retrouve principalement les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires, la malaria, la tuberculose, le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA), aggravées par une malnutrition souvent latente. Dans les pays d'Afrique subsaharienne les moins avancés, ces pathologies constituent le lot quotidien des professionnels de santé tant en période normale qu'en situation de crise. D'un point de vue quantitatif cependant, lors des accélérations critiques, les pathologies surtout

infectieuses aiguës comme la malaria, les diarrhées et les infections respiratoires ainsi que la malnutrition voient leur importance – tant en sévérité qu'en nombre de cas – augmenter considérablement et parfois dans des proportions catastrophiques. Elles nécessitent alors des interventions diverses, notamment des interventions dites « humanitaires d'urgence » volontairement ciblées en termes de maladies et/ou de populations bénéficiaires afin de garantir une efficacité certaine pour elles et pouvoir ainsi être contrôlées le plus rapidement possible.

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

Dans la région des Grands Lacs africains, on a assisté depuis 1990 à une succession ininterrompue de périodes de calme relatif et de périodes de crises aiguës : ainsi dans l'Est du Congo, des troubles interethniques (1992), un afflux massif de réfugiés rwandais (1994-1996), deux guerres successives (1996 et 1998), ainsi qu'une présence extérieure pendant plusieurs années ont déstabilisé les populations. La plus importante de ces crises par sa soudaineté et son ampleur (l'afflux massif d'un million de réfugiés rwandais) a, par exemple, provoqué un excès de mortalité auprès des populations rwandaise et congolaise estimé à un facteur 30, mais également une augmentation par un facteur 2 à 5 de la prévalence de la malnutrition grave dans des zones qui n'ont pas été le théâtre officiel direct de l'installation des réfugiés⁷. En outre, il convient de signaler que la combinaison de ces événements avec l'accélération de l'épidémie de SIDA – dont la situation d'insécurité, notamment à travers les violences sexuelles, a été un des facteurs de propagation – a entraîné une réduction de l'espérance de vie au Rwanda de près de 20 % pour tomber dès l'année 2000 sous la barre des 40 ans.

Pour faire face à ces défis, des moyens potentiellement performants ne manquent pas, que ce soit en termes d'outils systémiques ou en termes d'interventions plus spécifiques. Toutefois, la carence des ressources financières et humaines, alliée à la persistance de l'insécurité, handicape sérieusement la mise en œuvre opérationnelle de ces outils. D'une manière générale, les systèmes de santé tels que mis en place au

Congo depuis le milieu des années 1980 et au Rwanda depuis 1995 ont permis d'apporter des résultats non négligeables même en situation de crise profonde et prolongée⁸. Couplés aux interventions d'urgence permettant de prendre en charge les événements les plus significativement critiques ou encore de suppléer les services de santé locaux en cas de débordement, les systèmes de santé locaux offrent une opportunité non négligeable de contribution à la prise en charge des populations. Dans ce contexte, la standardisation des interventions d'urgence⁹, ainsi que l'identification des interventions les plus efficaces devraient permettre de réduire la mortalité, notamment chez les enfants de moins de 5 ans¹⁰.

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

B. Le défi organisationnel

Dans la logique initiée à la fin des années 1970 dans le cadre de la stratégie des soins de santé primaires, le modèle appliqué dans les années 1980 pour l'organisation de base des services de santé dans les pays en développement et notamment dans la région des Grands Lacs africains est celui du district de santé.

1. Le système de santé de district

De manière générale,

un *système de santé de district* basé sur les soins de santé primaires est un segment plus ou moins bien défini du système de santé national. Il comprend avant tout une population définie vivant dans une aire géographique urbaine ou rurale clairement délimitée. Il inclut tout individu ou individu prestant des soins de santé dans le district qu'il soit gouvernemental, non gouvernemental, privé, traditionnel ou relevant de la sécurité sociale.¹¹

Cette définition assez large n'est pas cependant entièrement couverte dans la conception des districts sanitaires (DS) ou zones de santé (ZS) telle que développée en République démocratique du Congo ou au

⁸ Porignon, D., « Adéquation des systèmes de santé de district en situation critique. Expériences dans la Région des Grands Lacs africains », Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de docteur en sciences de la santé publique, École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles, 2003.

⁹ The Sphere Project, *Humanitarian charter and minimum standards in disaster response*. Oxford, Oxfam International Publishing, 2000.

¹⁰ Jones, G., Steteece, R. W., Black, R. E., Bhutta, Z. A., Morris, S. S. et le Bellagio child survival group, « How many child deaths can we prevent this year ? », *The Lancet*, vol. 362, 2003, p. 65-71.

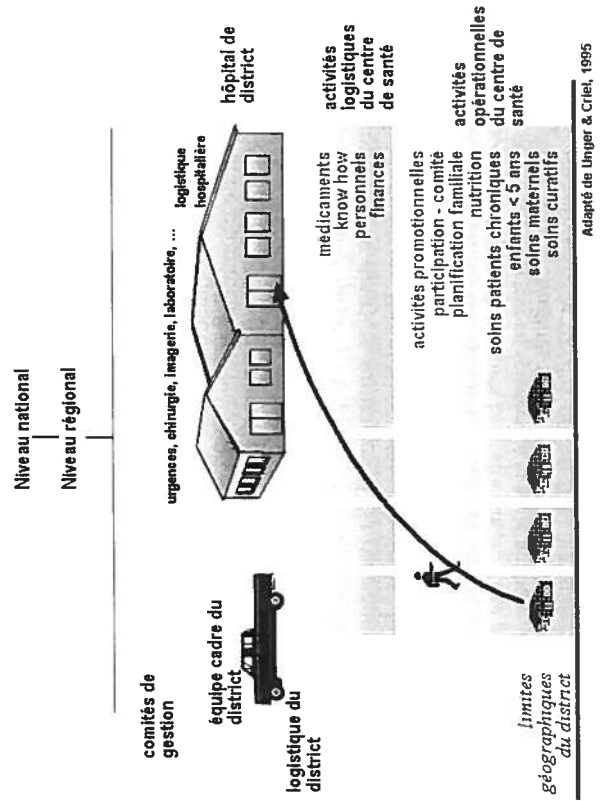
¹¹ World Health Organization, *The challenge of implementation : district health systems for primary health care*, WHO/SHS/DHS/88.1/Rev.1. WHO, Genève, 1988.

⁷ Porignon, D., Katulanya Isu, D., Elongo Lokombe, T., Nialemlwa Nytha, J., Tonglet, R., Dramaix, M., Hennart, P., « The unseen face of humanitarian crisis in Eastern Democratic Republic of Congo : was nutritional relief properly targeted ? », *Journal of epidemiology and community health*, vol. 54, 2000, p. 6-9.

Rwanda. En effet, dans la pratique, le système de district en RDC est constitué d'une limite géographique bien établie, d'un réseau de centres de santé et d'un hôpital de référence fournissant des services et des soins complémentaires. Il regroupe en général l'ensemble des structures sanitaires gouvernementales, des structures non gouvernementales (le plus souvent privées à but non lucratif dépendant d'un réseau confessionnel), des structures liées à des entreprises privées et parfois des structures privées. Dans la pratique, l'inclusion des prestataires privés est difficile et celle des tradipraticiens quasi inexistante.

Le système de santé de district est basé sur le modèle du système de santé intégré¹². Il est important que ces modèles soient considérés pour ce qu'ils sont : des représentations d'une réalité qui peut parfois s'en détacher sensiblement. Les différents éléments constitutifs du district de santé permettent de préciser les attributions des entités ainsi que les relations qui s'établissent entre elles (Figure 1).

Figure 1 : Représentation graphique des éléments constitutifs du district de santé dans la pyramide du système de santé



¹² Van Dormael, M., « De l'utilité d'un modèle de référence pour guider la recherche en systèmes de santé : illustration à partir du modèle de référence du système de santé intégré », in W. Van Lerberghe et X. De Bethune, *Intégrations et recherche, Studies in health services organisation and policy*, vol. 8, 1998, p. 75-87.

Les limites géographiques

Celles-ci sont essentielles pour la délimitation de l'aire géographique concernée et des populations tombant sous la responsabilité du district. Elles permettent également de déterminer les populations cibles pour les différentes activités prévues (Paquet minimum et complémentaire d'activités [PMA et PCA])¹³.

Centre de santé

Le centre de santé (CS) représente le niveau opérationnel du système. C'est le point de premier contact entre la population et les services de santé. Chaque centre de santé couvre en théorie également une aire géographique délimitée. La population habitant dans cette « aire de santé » peut y recourir pour les soins de base compris dans le PMA. Ce dernier est défini au niveau de chaque pays en fonction des besoins, des ressources et de la capacité du personnel mis en poste dans les centres de santé¹⁴.

Hôpital de district

L'hôpital de district est le complément opérationnel du centre de santé. Il prend en charge tout problème de santé dont la complexité dépasse les possibilités du centre de santé ou dont la solution présente un coût trop élevé pour assurer une disponibilité au niveau de chaque centre de santé. S'installe entre ce dernier et l'hôpital la notion de référence permettant à un patient entré dans le système de santé au niveau du CS d'être transféré au niveau de l'hôpital lorsque le problème dont il est atteint le requiert¹⁵.

¹³ World Health Organization, *Essential health services packages : uses, abuse and future directions*. WHO/ARA/CC/97.7, WHO, Genève, 1997.

¹⁴ Organisation mondiale de la santé, *Le centre de santé dans les systèmes de santé de district*, WHO/SHS/DHS/94.3, WHO, Genève, 1994 ; World health organization, « Improving the performance of health centres in district health systems », *WHO Technical Report Series*, n° 869, Genève, 1997.

¹⁵ Van Lerberghe, W., Lafort, Y., « Le rôle de l'hôpital dans le district : dispenser ou soutenir les soins de santé primaires ? », WHO/SHS/CC/90.2, OMS, Genève, 1990 ; Van Lerberghe, W., Van Balen, H., Kegels G., « Typologie et performances des hôpitaux de premier recours en Afrique subsaharienne », *Annales de la Société belge de médecine tropicale*, vol. 72 (supplément 2), 1992, p. 1-51 ; Organisation mondiale de la santé, « L'hôpital de district dans les zones rurales et urbaines », *Série des Rapports techniques*, n° 819, OMS, Genève, 1992 ; Van Lerberghe, W., De Bethune, X., De Brouwere, V., « Hospitals in sub-Saharan Africa : why we need more of what does not work as it should », *Tropical medicine and international health*, vol. 2(8), 1997, p. 799-808.

Activités

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

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

Équipe cadre

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

Comités de gestion

Ces comités existent sous différents noms aux différents niveaux du DS (CS, hôpital, etc.). Le comité de gestion du DS est un élément essentiel en ce sens qu'il regroupe les représentants des acteurs impliqués au niveau du DS : population, professionnels de santé et partenaires engagés. Il autorise donc la participation de la population à la gestion du DS. Le comité de gestion assure la prise en charge des problèmes de santé par l'échelon le plus adéquat, le suivi des activités et de l'utilisation des ressources mises à disposition du DS¹⁶.

Liens avec les niveaux central et intermédiaire

Ces liens apparaissent dans la partie supérieure du graphique (Figure 1). Ils sont essentiels. D'une part, ces liens permettent au district d'être informé par le biais de supervisions, de formations ou d'inspections, des instructions et lignes directrices stratégiques prises par le niveau central concernant la politique de santé du pays. D'autre part, ils permettent de canaliser vers les niveaux de décision supérieurs, l'expres-

¹⁶ Van Balen, H., « Des points de rencontre entre recherche et gestion », in W. Van Lerberghe et X. De Bethune, *op. cit.*, p. 161-173.

sion de la réalité du terrain, de la demande de la population et des contraintes à la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Liens avec les programmes verticaux

Ceux-ci sont également importants car ils doivent, dans la mesure du possible, faire l'objet d'une intégration avec les prestations du paquet minimum d'activités¹⁷. La coordination de toutes les activités doit être assurée au sein du DS par l'équipe cadre¹⁸. Nous verrons que ce point a beaucoup d'importance, notamment dans la relation entre interventions d'urgence et projets de développement.

Cette approche finalement très bureaucratique et mécaniste (selon la typologie de Mintzberg)¹⁹ et en ce, très différente de celle que nous connaissons dans les pays européens, a été rendue nécessaire pour pallier le déficit important en ressources humaines obligeant les autorités responsables à mettre dans les établissements sanitaires de premier niveau des infirmiers et à rationaliser au maximum les interventions afin d'en réduire les coûts. Le système de santé a certes souffert de déstructuration profonde tant au Rwanda qu'au Congo, mais il a également, grâce à cette standardisation, pu résister et offrir très rapidement des soins aux victimes ou éviter un démantèlement complet. La (re)mise en place du système de santé a été rendue possible par (1) une implication et la volonté politiques suffisamment fortes au niveau gouvernemental (Rwanda) ou ministériel (en République démocratique du Congo), (2) un niveau de conceptualisation suffisamment élaboré permettant au système de santé de bénéficier d'un effet d'inertie – particulièrement important en République démocratique du Congo – assurant la persistance de la « culture de district sanitaire » pendant de nombreuses années après l'effritement des prérogatives organisationnelles et normatives du ministère de la Santé (3) des valeurs qui sous-tendent le système de santé et ses acteurs (équité, implication de l'ensemble des acteurs, etc.), (4) une aide extérieure à la fois financière et technique non (ou très peu) interrompue dans le temps, (5) une simplicité du modèle de district

¹⁷ Organisation mondiale de la santé, « Intégration de la prestation des soins de santé », *Série des Rapports Techniques*, n° 861, OMS, Genève, 1996 ; Criel, B., De Brouwere, V., « Conditions, potentiels et limites de l'intégration », in W. Van Lerberghe et X. De Bethune, *op. cit.*, p. 83-108.

¹⁸ Cairncross, S., Peries, H., Cutts, F., « Vertical health programmes », *The Lancet*, vol. 349 S-III, 1997, p. 20-22 ; Criel B., De Brouwere, V., « Conditions, potentiels et limites de l'intégration », in W. Van Lerberghe et X. De Bethune X., *op. cit.*, p. 83-108 ; Pielemeier, N., *Vertical and integrated approaches in international health*, Presentation to the APHA Conference, Chicago, 1999.

¹⁹ Mintzberg, H., *The structuring of organizations : a synthesis of research*. Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall, 1979.

sanitaire permettant néanmoins la prise en charge raisonnée de populations correctement identifiées.

L'implication de l'État, discutable dans bien des contextes²⁰ et néanmoins souhaitable pour l'organisation d'une politique sectorielle ou la coordination, n'est cependant pas considérée ici comme une panacée mais plutôt comme un besoin d'autant plus important que la situation de crise empêche la prestation des soins dans les services privés et que la rationalisation est un facteur d'efficacité indiscutable en période critique.

2. *Systèmes de santé et information sanitaire*

La politique de santé ne peut être mise en œuvre que si « le » politique²¹ est réellement en place au niveau des structures de l'État. Cette notion est importante. L'expérience rwandaise nous montre que dans l'immédiat après-guerre, la volonté de reconstruction du pays a fait au moins jeu égal avec la politique et les velléités politiques. Ceci a en partie expliqué – avec le massif appui financier de la communauté internationale et les choix politiques clairs et cohérents – la rapide progression des performances du système de santé de 1997 à 2000 au Rwanda.

Dans le cadre congolais, les bases conceptuelles établies sur la notion de district de santé qui sous-tendent encore présentement la politique sanitaire nationale ont été définies dès le début des années 1980. On doit en grande partie à son extraordinaire capacité de motivation et de ralliement des professionnels de santé congolais autour de ces principes essentiels le fait qu'actuellement cette politique constitue encore la pierre angulaire de l'action sanitaire publique couvrant, avec des résultats très variables il est vrai, l'ensemble du territoire congolais.

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

²⁰ Voir, par exemple, Van Lerberghe, W., De Brouwere, V., « État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne », *Afrique contemporaine*, vol. 195, 2000, p. 175-190.

²¹ Nous nous référons ici à la dichotomie introduite par Paul Ricœur entre « le » politique, structure de l'action en commun et « la » politique, outil de pouvoir.

tionnel et est également conçu pour contribuer peu ou prou à la réunification du pays.

3. *Autres éléments fédérateurs*

Dans le cadre de la mise en place des districts de santé, de leurs équipes cadres, de leurs comités de gestion, etc., le management positif des ressources humaines apparaît également comme essentiel pour la reconstruction d'un cadre organisationnel sanitaire et sociétal pacifié. L'approche systémique par les acteurs²², à travers le développement d'un modèle organisationnel sanitaire commun, ou à travers la tenue, par exemple, de réunions de travail, d'ateliers, de séminaires, de formations, etc., sont des facteurs essentiels dans le maintien, non seulement d'une cohésion systémique mais également d'une motivation des acteurs alors valorisés dans la poursuite d'un objectif commun dans un domaine où les clivages techniques peuvent être, dans le contexte qui nous occupe du moins, assez facilement minimisés.

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

4. *Interventions humanitaires : le nécessaire paradigme de la complémentarité*

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

²² Que ce soit au niveau des comités de santé dans les centres de santé, appelés à se prononcer sur la gestion locale des ressources à mobiliser pour le bon fonctionnement des services de santé et la prestation de soins au bénéfice de la population ; que ce soit au niveau des équipes dans les districts sanitaires chargés de renforcer les capacités des professionnels de santé œuvrant dans les centres de santé ou les hôpitaux de district ; que ce soit au niveau des structures intermédiaires (provinciales ou régionales) destinées à assurer la bonne cohérence des interventions avec les stratégies et politiques élaborées au niveau central ; ou que ce soit encore au niveau ministériel.

contextes qui ont nourri le concept de « continuum urgence –réhabilitation –développement »²³.

Nous ne reviendrons pas ici sur le bien-fondé de l'action humanitaire d'urgence, y compris dans son pouvoir de témoignage en faveur des inégalités dont sont victimes de nombreux peuples de la planète²⁴. De nombreux rapports et articles scientifiques y font allusion. Les limites de ce type d'intervention ont également été analysées, y compris par les acteurs eux-mêmes (voir par exemple Ruffin²⁵, Brauman²⁶, Hours²⁷). D'une manière générale, l'organisation des services et des soins de santé est un processus très différent de celui qui consiste, pour un médecin, à diagnostiquer une maladie et prescrire le traitement adéquat. Le raisonnement clinique (une cause, un problème, une solution) est insuffisant. Ce n'est pas parce que les moyens techniques pour résoudre un problème de santé (vaccins, médicaments, etc.) existent qu'il devient facile de résoudre ce problème. Sur le terrain, les responsables des programmes de santé ont, en réalité, à faire des choix stratégiques dans l'incertitude et à prendre des « décisions complexes ».

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

Les approches humanitaires d'urgence et de développement sont souvent présentées comme opposées entre autres pour des raisons de « clientélisme » qui poussent les organisations humanitaires d'urgence à entrer en compétition avec les organismes inscrits dans le développe-

ment à long terme voire avec les structures sanitaires établies dont l'efficacité est réputée insuffisante en regard des exigences liées aux interventions urgentes²⁸. D'une part, les choix méthodologiques d'intervention sont différents, d'autre part les sources de financement étant différentes, les intérêts dans l'action au niveau local et dans la gestion des ressources disponibles au niveau des sièges des organisations peuvent conduire à une réelle concurrence, y compris interne²⁹.

Lorsque la crise survient, la capacité potentielle existant du côté des services de santé locaux, la réponse peut être immédiate même si objectivement insuffisante³⁰. La complémentarité avec les organisations médico-sanitaires d'urgence est alors évidente. Cette complémentarité ne peut réellement exister que si ces dernières respectent les politiques nationales mises en place et envisagent leurs interventions en concertation avec les services de santé locaux au niveau de l'équité de l'aide apportée, du recrutement du personnel, du développement de stratégies de prise en charge des victimes, de l'intégration des activités dans celles existant déjà, etc. Ceci, évidemment, ne peut mettre en péril l'efficacité incontestable de la plupart des organisations médico-sanitaires d'urgence dans l'organisation des services et des soins pour les populations victimes. La complémentarité ne peut également exister que si les services de santé locaux renforcent leur sensibilité et leurs capacités intrinsèques face à l'urgence et sortent d'une certaine apathie freinant les initiatives opportunes en faveur des victimes et favorisant la substitution par les organisations médico-sanitaires d'urgence sous prétexte justifié d'efficacité. En post-crise, le retrait rapide des organisations médico-sanitaires d'urgence et l'absence de coordination dans la poursuite des financements extérieurs sont deux facteurs de ralentissement des performances.

Le choix d'organiser le système de santé autour de la notion de district sanitaire et le découpage effectif en districts permet de disposer

²⁸ Goyens, P., Porignon, D., Mugisho Soron'Gane, E., Tonglet, R., Hennart, P., Vis, H.L., « Humanitarian aid and health services in Eastern Kivu, Zaire : collaboration or competition », *Journal of Refugee Studies*, vol. 9 (3), 1996, p. 268-80 ; Foster, G.M., « Bureaucratic aspects of international health programs », in Hahn, R.A. (ed.), *Anthropology in public health. Bridging the differences in culture and society*. Oxford, Oxford University Press, 1999.

²⁹ Voir, par exemple, Slim, H., Penrose, A., « UN reform in a changing world : responding to complex emergencies », in Macrae, J., Zwi, A. (eds.), *War and hunger. Rethinking international responses to complex emergencies*, Londres, Zed Books, 1994.

³⁰ Porignon, D., Mugisho Soron'Gane, E., Elongo Lokombe, T., Katulanya Isu, D., Hennart, P., Van Lerberghe, W., « How robust are health district systems ? Coping with crisis and disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo », *Tropical medicine & international health*, vol. 3, 1998, p. 559-565.

²³ Macrae, J., Jaspars, S., Duffield, M., Bradbury, M., Johnson, D., « Conflict, the continuum and chronic emergencies : a critical analysis of the scope for linking relief, rehabilitation and development planning in Sudan », *Disasters*, vol. 21(3), 1997, p. 223-243.

²⁴ Médecins sans frontières, *Populations en danger*, Paris, Hachette, 1992.

²⁵ Ruffin, J.C., *Le piège humanitaire*, Paris, Lattès, 1986.

²⁶ Brauman, R., *Humanitaire, le dilemme*, Paris, Textuels, 1996.

²⁷ Hours, B., *L'idéologie humanitaire ou le spectacle de l'altérité perdue*, Paris, L'Harmattan, 1998.

d'un outil autorisant à la fois (1) une répartition des aides extérieures ou domestiques, (2) un suivi des interventions et des performances des services organisés au bénéfice des populations, (3) la mise en place d'un système d'information sanitaire permettant le suivi des performances des districts et, surtout (4) dans plusieurs pays de la région des Grands Lacs africains, de devancer une politique de décentralisation. Le découpage a également grandement facilité les calculs d'efficacité et les calculs de coûts réels de fonctionnement du système de santé.

C. Les défis liés aux ressources

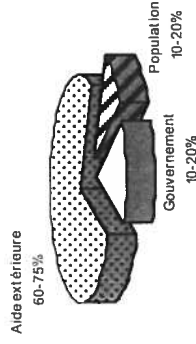
1. Ressources financières

Le financement et la gestion financière posent un problème à au moins deux niveaux. La problématique au niveau macroéconomique relève de la mobilisation des ressources pour assurer le financement du secteur de la santé. Elle fait appel à la fois aux conditions économiques dans lesquelles le pays évolue (recettes, balance des paiements, dette, allocations budgétaires aux différents secteurs de la société, gestion de l'aide budgétaire, etc.). Cette problématique est en général largement sous le contrôle du ministère des Finances et du gouvernement dans son ensemble, qui attribuent au ministère de la Santé un budget pour la réalisation des activités. Mais le financement dépend également (1) de la participation de la population au coût des soins et (2) de l'aide extérieure. La participation de la population dépend effectivement beaucoup des conditions socioéconomiques dans lesquelles elle vit et l'aide extérieure dépend à la fois du niveau critique dans lequel se trouvent les pays (conditionnant entre autres la mobilisation de fonds d'urgence qui peuvent être colossaux³¹) et des relations que ces derniers entretiennent avec la communauté internationale. Le second groupe de problèmes se situe au niveau microéconomique. Il concerne plus particulièrement à la fois la manière dont il convient d'assurer une bonne accessibilité financière aux soins de santé pour le plus grand nombre possible de victimes (victimes directes ou indirectes) et la manière dont les ressources financières doivent être gérées pour le plus grand bien commun dans les établissements de soins des autres entités sanitaires.

Au Rwanda, par exemple, les sources de financement étaient de trois origines, deux domestiques (gouvernement et participation financière de la population) et un externe (aide de la communauté internationale).

³¹ Selon le rapport d'Eriksson (1996) sur la réponse internationale suite à la guerre et au génocide au Rwanda, on estime à 1,4 milliard de dollars américains la contribution de la communauté internationale entre juillet et décembre 1994.

Figure 2 : Sources de financement au Rwanda 1999 (%)



À titre d'exemple, il convient de s'interroger sur l'adéquation entre politique de santé et mobilisation ou allocation des ressources financières. Au Rwanda, à la fin des années 1990, l'analyse de la situation a permis de dégager plusieurs éléments qui sont en faveur d'une cohérence entre politique en matière de santé et allocation budgétaire :

- Tout d'abord, le choix de contribuer de manière significative mais non exclusive au paiement du personnel. La part du budget consacrée aux salaires a été augmentée et maintenue au maximum autorisé par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, mais un effort particulier a été fait également pour rationaliser cet aspect en diminuant le nombre de personnels non diplômés au profit de professionnels qualifiés. La motivation des agents a entre autres été assurée par le paiement de primes diverses (logement, transport, etc.) permettant de satisfaire les exigences des institutions de Bretton Woods en matière de charge salariale de l'État. Cet aspect traduit le souci du ministère de la Santé d'assurer une certaine viabilité du système de santé en termes de motivation du personnel tout en garantissant un minimum de financement propre pour le fonctionnement du système de santé.
- Ensuite, les ressources du budget ordinaire ont été clairement, dans un premier temps du moins, orientées vers le niveau périphérique où sont prestés la majorité des soins pour la population. Ceci traduit bien les préoccupations du ministère de la Santé et rejoint les lignes directrices de la politique nationale en matière de santé. Il faut toutefois noter que les contributions des bailleurs de fonds soutiennent largement les hôpitaux de référence et le fonctionnement des services au niveau central. On peut y voir une contribution *de facto* des partenaires extérieurs à l'appui du ministère de la Santé dans la réalisation de ses objectifs sociaux en permettant à ce dernier de concentrer ses ressources sur les ser-

vices de santé profitant au plus grand nombre. Les données du Rwanda ne sont par ailleurs pas très différentes de celles rapportées par Bossert et Beauvais pour le Ghana³².

- Dans le budget ordinaire, il y avait un souci constant du ministère de la Santé de ne pas dépendre complètement de l'aide extérieure pour financer certains aspects dont la responsabilité lui incombe. C'est ainsi par exemple qu'en 1999, suite à une épidémie de malaria difficilement jugulée dans la partie Nord du pays, une ligne budgétaire fut négociée avec le ministère des Finances et de la Planification économique et ajoutée au budget ordinaire³³. Il s'agit ici clairement d'une volonté d'assurer au système de santé dans sa globalité une certaine viabilité financière, notamment à travers la limitation de la dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure.
- Il en est de même pour le financement des structures de référence, comme l'hôpital général de Kigali. En effet, ce dernier, après avoir reçu un soutien important de la communauté internationale en 1995, a vu son financement considérablement réduit en 1996. Les responsables ont choisi d'augmenter progressivement la dotation pour cette institution qui joue un rôle essentiel dans la prise en charge de cas référés de tout le pays mais également comme hôpital de première référence pour la ville de Kigali. Le danger est ici de verser dans le sur-financement des structures hospitalières communes à nombre de pays en développement³⁴.

Il est clair que, pendant la période initiale, dans l'immédiat après-guerre et compte tenu de la destruction massive du système, les coûts marginaux ont été relativement faibles. Il est tout aussi évident qu'ils auront tendance à augmenter dans la phase de consolidation de cette reconstruction. Néanmoins, il faut souligner la capacité d'organisation et de coordination du ministère de la Santé attribuable en grande partie à la définition d'une politique de santé claire ayant permis d'orienter les

³² Bossert, T.J., Beauvais, J.C., « Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and Philippines : a comparative analysis of decision space », *Health policy and planning*, vol. 17 (1), 2002, p. 14-31.

³³ Porignon, D., Biruta, V., Rudakubana, C., Karengera, T., Kamoso, P., Catapano, M., Tembon, A., « Usefulness of epidemiological and organizational data for assessment of health policy in post-crisis conditions in Rwanda », *International epidemiology association*, 15th Scientific meeting « Epidemiology for sustainable health », Florence, 31 août-4 septembre 1999 ; Porignon, D., Wodon, A., Karengera, T., Musango, L., Catapano, M., Hennart, P., « Health information and health reform in Rwanda : evidence for performance analysis and decision making », 4th International Conference on the scientific basis of health services, Sydney, 22-25 septembre 2001. Newbrander, W., Barnum, H., Kutzin, J., *Hospital economics and financing in developing countries*. WHO/SHS/NHP/92.2, Genève, 1992.

aides extérieures massives vers la structuration d'un système de santé cohérent, relativement équitable, accessible et de qualité.

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

2. Ressources humaines

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

- La carence des ressources humaines est manifeste. Dans cette région du monde, l'on dénombre à peine 2 médecins et moins de 15 professionnels de santé pour 100 000 habitants. Comparés à la situation dans les pays occidentaux où l'on ne compte pas moins d'un médecin pour 400 à 500 habitants (soit 250 médecins pour 100 000 habitants) ou aux données concernant l'Afrique subsaharienne (15 médecins pour 100 000 habitants), ces chiffres donnent une idée de l'ampleur des écarts entre les besoins et l'offre réellement disponible. Considérant l'inégale répartition de ces professionnels principalement concentrés en milieux urbains, il convient de poser combien l'insécurité sanitaire peut être importante dans certains endroits. La relation entre le nombre de professionnels de santé et la mortalité infantile ainsi que la relation entre la densité de professionnels de santé et les performances en termes d'activités sont bien établies au niveau international³⁵. Il importe donc de dégager les moyens nécessaires afin de promouvoir la mise à disposition et la motivation nécessaires pour une meilleure répartition des ressources humaines.
- Parmi les éléments essentiels destinés à renforcer la capacité humaine potentielle dans les pays des Grands Lacs africains, la for-

³⁵ Chen, L., Evans, T., Anand, S., Boufford, J.I., Brown, H., Chowdhury, M. *et al.*, « Human resources for health : overcoming the crisis », *The Lancet*, vol. 364, 2004, p. 1984-1990.

mation fait figure de pilier majeur. Le rôle des institutions universitaires est donc primordial. Cette formation doit comprendre bien entendu les sciences de bases utiles aux métiers de la santé, mais doit également couvrir les dispositions relatives à la préparation aux urgences (*emergency preparedness*) ou à la gestion des catastrophes, en ce compris l'éthique des conflits, la documentation des faits ou la prise en charge des victimes.

- Le développement des compétences à travers la formation de base ou la formation continuée doit s'accompagner d'une motivation qui la plupart du temps pose d'énormes problèmes pour des pays aux ressources très limitées et opérant des choix allocatifs plus orientés vers la sécurité que vers les secteurs sociaux. Le rôle de la communauté internationale, pourtant porteur de questionnements fondamentaux en la matière, n'en apparaît pas moins essentiel dans ce domaine.
- Le soutien apporté par des organisations extérieures, non gouvernementales, universitaires, caritatives, religieuses, etc. est également très important par la confiance qu'elles peuvent susciter et l'implication dans la compréhension et l'appréhension des conflits.
- Le recrutement par les agences internationales bilatérales des professionnels les plus expérimentés, conséquence quasi inéluctable (1) de la compétition entre ces agences et les structures étatiques ayant besoin des mêmes profils professionnels hautement qualifiés et (2) de la faiblesse des salaires proposés par l'État aggrave la carence en ressources humaines aux différents échelons des pyramides sanitaires nationales.

3. Les défis du management

Au sens large, nous entendrons le management comme un processus de planification, d'organisation, de direction et de contrôle concernant toutes les activités d'utilisation des ressources menées en vue de réaliser des objectifs dont le rendement est optimal³⁶. La gestion des services de santé ne s'éloigne pas d'une telle définition, et constitue, surtout dans les pays en développement, une des principales difficultés à la mise en œuvre des politiques sanitaires et à leur transformation en services utiles, performants et équitables au bénéfice de l'ensemble de la population. Il n'est pas de services sanitaires qui puissent prêter des soins de qualité sans une gestion régulière des médicaments, sans une comptabi-

³⁶ Schermerhorn, J.R., Chappell, D.S., *Principes de management*, Paris-Saint-Laurent (Québec), Éditions village mondial et Éditions du nouveau pédagogique Inc., 2002.

lité minimale des ressources financières ou sans un approvisionnement en vaccins permettant une protection efficace des populations cibles.

La question de la gestion se pose au niveau de l'environnement général (c'est-à-dire le contexte culturel, démographique, économique, juridique, politique et éducationnel dans lequel le système de santé évolue) et au niveau de l'environnement spécifique (c'est-à-dire les éléments et acteurs qui sont en interactions au sein du système de santé). Dans ce dernier, les aspects les plus préoccupants sont sans conteste la gestion quotidienne des établissements de soins, dont la faiblesse initiale ne fait qu'accroître rapidement la déstructuration en cas de conflits.

D'un point de vue général, le cas de l'évolution à la hausse des budgets du ministère de la Santé au Rwanda est un exemple des priorités décidées au niveau du gouvernement dans la gestion des problèmes auxquels ont dû faire face les autorités rwandaises au lendemain de la guerre et du génocide. Ainsi, l'évolution des budgets montre une augmentation de la contribution gouvernementale en termes absolus et relatifs. La part prévue pour la santé dans le budget du gouvernement qui était inférieure à 2,5 % en 1997 est passée à 4 % en 2002-2003. La même tendance a été observée dans d'autres contextes, notamment au Cambodge³⁷. Il est donc bien question ici d'un processus gestionnaire au cours duquel il s'agit de faire face au retrait rapide de l'aide extérieure qui s'est opéré dès l'an 2000.

Toujours au niveau général, il est intéressant de s'interroger sur le processus de décentralisation. Collins ou Bossert donnent une classification des différentes modalités de décentralisation³⁸. Les structures mises en place aux niveaux décentralisés doivent, pour que la décentralisation soit effective, s'accompagner d'une fonctionnalité accrue des systèmes d'information et des dispositions participatives. En République démocratique du Congo, cela s'est opéré de fait, suite à la « démission » de l'État survenue dès le début des années 1990. Au Rwanda, il s'est agi d'un mélange hybride entre déconcentration et autonomie de gestion (forme incomplète de dévolution). L'autonomie de gestion des institutions de soins au Rwanda date de 1992. L'allocation des fonds domestiques et celle des ressources humaines sont cependant restées très centralisées, du moins jusqu'en 2001 où un processus de décentralisa-

³⁷ Lanjouw, S., Macrae, J., Zwi, A., « Rehabilitating health services in Cambodia : the challenge of coordination in chronic political emergencies », *Health policy and planning*, vol. 14 (3), 1999, p. 229-42.

³⁸ Collins, C., *Management and organization of developing health systems*, Oxford, Oxford University Press, 1994, et Bossert, T., « Decentralisation », in K. Janovsky (ed.), *Health policy and systems development. An agenda for research*, WHO/SHS/NHP/96.1, WHO, Genève, 1996.

tion formalisé et touchant l'ensemble des secteurs de la société a été mis en place³⁹. Le recrutement de personnels de santé au niveau local était toutefois possible pour autant qu'ils soient pris en charge par les fonds générés localement.

Plus spécifiquement, l'analyse de l'iniquité, notamment allocatrice, est un élément essentiel car elle est potentiellement génératrice de frustrations qui peuvent entraver voire annihiler les efforts de reconstruction du processus de paix. Cette iniquité fut particulièrement ressentie lors de la crise des réfugiés rwandais au cours de laquelle les ressources étaient allouées de manière préférentielle aux réfugiés rwandais par rapport aux populations autochtones congolaises. C'était le cas pour les ressources financières, les ressources humaines mais également pour les intrants alimentaires⁴⁰. Dans les camps de réfugiés, les dépenses pour la santé étaient au minimum 5 à 10 fois plus importantes que les dépenses pour les populations autochtones ayant accueilli les réfugiés et vivant parfois en grande proximité avec eux⁴¹. Dans ce cadre engendrant instabilité, frustrations et réflexes de repli, la gestion quotidienne pose un problème majeur à relever.

D. Le défi éthique

Le défi éthique est également majeur car il conditionne en grande partie la crédibilité sociale des professionnels de santé. Ce point a été largement développé plus haut pour certains aspects et dans un récent article pour une vision plus large⁴². Ces éléments ne seront donc pas repris en détails ici. En résumé, il apparaît que les responsabilités des professionnels de santé peuvent déborder les strictes considérations médicales et s'étendre vers la documentation des faits afin qu'ils puissent être rapportés en termes de gravité des actes perpétrés ou de leurs conséquences, vers le témoignage, vers l'implication dans la

³⁹ Ministère de l'Administration locale et des Affaires sociales, *Politique nationale de décentralisation*, Kigali, 2000.

⁴⁰ Porignon, D., Katulanya Isu, D., Elongo Lokombe, T., Ntalemwa Nytha, J., Tonglet, R., Dramaix, M., Hennart, P., « The unseen face of humanitarian crisis in Eastern Democratic Republic of Congo : was nutritional relief properly targeted ? », *Journal of epidemiology and community health*, vol. 54, 2000, p. 6-9.

⁴¹ Porignon, D., Mugisho Soron'Gane, E., Elongo Lokombe, T., Katulanya Isu, D., Hennart, P., Van Lerberghe, W., « How robust are health district systems ? Coping with crisis and disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo », *Tropical medicine & international health*, vol. 3, 1998, p. 559-65.

⁴² Porignon, D., Mugisho, E., Hennart, P., « La santé publique, un volet essentiel pour l'élaboration d'un processus de paix. Stratégies et acteurs d'une discipline émergente », in P. Calame, B. Denis et É. Remacle (dir.), *L'art de la paix : approche transdisciplinaire*, Bruxelles, P.I.E.-Peter Lang, 2004.

formation des agents sanitaires ou dans le recyclage des ex-combattants au sein des professions sanitaires, vers la prise de position contre l'utilisation de certaines armes particulièrement et inutilement destructrices, etc. Leur expérience dans la négociation acquise au cours de la construction du processus de participation communautaire au sein des différents comités évoqués ci-dessus ainsi que leur « reconnaissance » et leur « neutralité » face aux victimes permet une implication dans le soutien et le respect des procédures de médiation, au cours desquelles les parties en présence doivent rechercher des solutions pacifiques à leurs différends ou conflits. Les professionnels de santé qui font partie des personnes, surtout au sein des communautés rurales, ayant le niveau de formation parmi les plus élevés peuvent parfois jouer le rôle de tierce partie relativement indépendante des antagonistes mais respectueuse des positions de chacun des opposants en présence⁴³.

Qu'il soit également rappelé que, pour ce faire, il importe que les professionnels de santé aient été préparés, si possible au cours de leur formation de base, à comprendre les enjeux de telles crises et à en démêler les origines réelles ainsi que les solutions appropriées.

III. Éléments de discussion additionnels

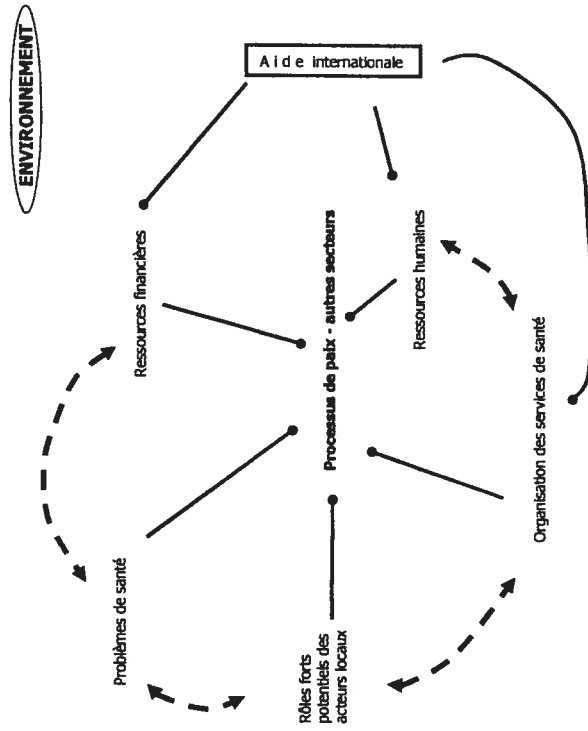
La mise en perspective systémique des différents éléments soulevés ci-dessus permet de rendre compte du fait que la modification (l'amélioration ou l'atténuation) de tel ou tel facteur peut avoir des conséquences importantes sur les autres et donc sur la finalité du système de santé qui reste l'amélioration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

Ainsi, le rôle de la carence en personnel de santé est de plus en plus reconnu au niveau international comme ayant au moins autant d'importance que la limitation des ressources financières. Dans l'équilibre entre les facteurs (que sont aussi les défis présentés dans le présent travail), la part de l'humain est en vote de reconnaissance majeure car elle influence profondément les relations et équilibres décrits à la figure 3. En outre, cette vision systémique s'inscrit dans un environnement dont il a déjà été souvent question plus haut. L'influence de ce dernier est déterminante dans les faits. Sur le principe, la vision systémique est remplie de questions sur l'autonomie, l'autodétermination, la liberté des peuples. Ainsi, le rôle de la communauté internationale apparaît occuper une place importante dans le schéma. La raison en est que, dans les situations critiques, la santé des populations victimes est très largement dépendante de son intervention ; qu'elle se fasse en termes techniques,

⁴³ Maccio, C., *Penser le devenir de la personne. Construire un humanisme solidaire*, Lyon, Chronique sociale, 2004.

ou, et c'est surtout de cela dont il est question ici, en termes de ressources financières et humaines. Dans la région des Grands Lacs africains, il a été fait mention plus haut que les concepts et valeurs qui sous-tendent l'élaboration et la mise en œuvre de systèmes de santé ont été suffisamment élaborés et appropriés par les responsables de la politique sanitaire et par la population. Les États et les communautés sont cependant dans l'incapacité de faire face aux conséquences désastreuses en termes de fonctionnements quotidiens (médicaments, carburant, petit matériel médical, pansements, vaccins, etc.) des systèmes de santé ou en termes d'investissement en infrastructures ou en équipements. L'intervention de la communauté internationale est donc essentielle et inévitable. Plus les autorités locales auront eu à mettre en place un système de santé conceptuellement « puissant », mieux elles seront capables d'en défendre le bien fondé et la nécessaire intégration dans les interventions extérieures, y compris dans les situations les plus critiques, mieux elles pourront mobiliser et utiliser les ressources extérieures.

Figure 3 : Les défis sanitaires, vision systémique



La représentation ci-dessus est certes sujette à discussions et à interprétations. Elle correspond cependant à une réalité rencontrée dans le cadre des projets d'appui au système sanitaire dans l'Est de la Répu-

blique démocratique du Congo au cours des vingt dernières années. Ces projets ont été développés et mis en place avec les acteurs locaux avec le soutien du Cemubac⁴⁴.

La relève des défis mentionnés ci-dessus est à la fois source et résultat du renforcement du lien social qui doit s'établir entre les parties ou entre les acteurs, selon le point de vue considéré. Ainsi, la participation des personnes, la valorisation des individus par le groupe, la cohésion des équipes (notamment des équipes cadre dans les districts sanitaires), la pluralité de l'expression nécessitant la mise en place de liens et de moments de dialogue au sein d'un réseau local, national et éventuellement international (formés des acteurs évoqués ci-dessus) sont autant de points de renforcement du lien social qui peuvent être développés dans le cadre de la prise en compte des défis majeurs auquel le système et les acteurs sanitaires doivent faire face⁴⁵.

IV. Conclusions

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

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

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

⁴⁴ Centre scientifique et médical de l'Université libre de Bruxelles pour ses activités de coopération.

⁴⁵ Maccio, C., *Penser le devenir de l'humanité. Construire une démocratie participative*. Lyon, Chronique Sociale, 2004.