

## SOUTIEN DU NIVEAU INTERMÉDIAIRE AU DISTRICT SANITAIRE URBAIN À KINSHASA (1995-2005), RD CONGO

Jean-Bosco Kahindo Mbeva *et al.*

**S.F.S.P.** | *Santé Publique*

2012/HS - Vol. 24  
pages 9 à 22

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-HS-page-9.htm>

Pour citer cet article :

Mbeva Jean-Bosco Kahindo *et al.*, « Soutien du niveau intermédiaire au district sanitaire urbain à Kinshasa (1995-2005), RD Congo », *Santé Publique*, 2012/HS Vol. 24, p. 9-22.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Soutien du niveau intermédiaire au district sanitaire urbain à Kinshasa (1995-2005), RD Congo

*Supporting the intermediate level of health care  
in urban health areas in Kinshasa (1995-2005), DR Congo*

Jean-Bosco Kahindo Mbeva <sup>(1)</sup>, Carole Schirvel <sup>(1)</sup>, Hermès Karemere <sup>(2)</sup>,  
Denis Porignon <sup>(3)</sup>

**Résumé :** Dans un contexte de décentralisation des systèmes de santé, l'objectif de cette étude était d'analyser le soutien du niveau intermédiaire (provincial) du système sanitaire au district de santé en milieu urbain en RD Congo. La méthode est une étude de cas exploratoire dans la ville de Kinshasa, analyse par triangulation des données documentaires, d'entretiens et des données sanitaires de routine de 1995 à 2005. Cette étude a mis en évidence une évolution des fonctions de contrôle du respect des normes vers des fonctions de coordination de l'action sanitaire et de soutien au développement des districts sanitaires. Cette émergence d'une logique plus managériale que bureaucratique s'est accompagnée d'une amélioration des performances des districts de santé en termes de couverture sanitaire et d'utilisation des services. Ces résultats mettent en exergue l'importance du niveau intermédiaire dans le système de santé. Ils plaident en faveur d'une logique managériale dans le soutien au district de santé, qui est confronté à la complexité du milieu urbain et à l'intégration de programmes verticaux et d'interventions de nombreux partenaires.

**Mots-clés :** Niveau intermédiaire - district sanitaire - logique managériale - RDC.

**Summary:** As a result of the decentralization of health systems, some countries have introduced intermediate (provincial) levels in their public health system. This paper presents the results of a case study conducted in Kinshasa on health system decentralization. The study identified a shift from a focus on regulation compliance assessment to an emphasis on health system coordination and health district support. It also highlighted the emergence of a managerial (as opposed to a bureaucratic) approach to health district support. The performance of health districts in terms of health care coverage and health service use were also found to have improved. The results highlight the importance of intermediate levels in the health care system and the value of a more organic and managerial rationality in supporting health districts faced with the complexity of urban environments and the integration of specialized multi-partner programs and interventions.

**Keywords:** Intermediate level - health district - managerial rationality - DRC.

(1) Centre scientifique et médical de l'Université Libre de Bruxelles pour ses activités de Coopération - Route de Lennik, 808 - CP 595 - 1070 Bruxelles - Belgique.

(2) IRC Bukavu, province du Sud Kivu - Bukavu - RD Congo.

(3) École de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles - Route de Lennik, 808 - CP 595 - 1070 Bruxelles - Belgique.

## Introduction

Depuis Alma Ata, de nombreux pays ont mis en place des systèmes de santé décentralisés et basés sur les soins de santé primaires [1]. Une des préoccupations soulignées en 1978 dans un rapport OMS/FISE fut d'identifier le niveau intermédiaire (province, district), proche des communautés et plus réceptif de leurs problèmes, jouer un rôle de pivot pour un développement sanitaire mieux coordonné [2]. Dans cette perspective, des pays africains ont, en 1985 lors de la 35<sup>e</sup> session du comité régional de l'OMS à Lusaka, adopté l'organisation du système sanitaire à trois échelons (central, intermédiaire et périphérique), dont le district de santé constitue la cheville ouvrière [3]. Néanmoins, le district de santé fut confronté à la complexité des processus d'implantation et à la disponibilité limitée des compétences, phénomènes décrits depuis 1994 [4]. Cette disponibilité limitée s'est accentuée ces dernières années avec les migrations des personnels de santé des pays en développement [5]. Au niveau des districts de santé, les compétences techniques et le degré d'autonomie des équipes de gestion des districts de santé ont été mis à mal par le surcroît de partenaires extérieurs et de programmes verticaux, et par la place prépondérante prise par ces derniers dans le choix des priorités en termes de santé publique. Les difficultés de mise en œuvre du district sont par ailleurs accentuées par la complexité du contexte urbain [6]. Tous ces éléments semblent plaider en faveur du soutien du niveau intermédiaire (provincial) du système sanitaire donné au district de santé. Dans une perspective d'accélération de l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement, les préoccupations visant le renforcement des systèmes de santé [7] et leur réforme [7, 8] semblent indiquer un rôle potentiellement pertinent du niveau intermédiaire. Néanmoins, peu d'études s'y sont consacrées en région africaine. En dépit d'un certain consensus sur le rôle de ce niveau intermédiaire [9], il paraît pertinent de questionner la manière dont il s'acquitte effectivement des missions qui lui sont dévolues, confronté aux contextes particuliers des pays africains.

La RD Congo a opté pour les Soins de santé primaires en 1980. Son système sanitaire comprend (1) un niveau central, (2) un niveau intermédiaire pour chacune des 11 provinces et (3) un niveau opérationnel constitué des districts de santé. En 1985, elle a choisi de structurer et de renforcer en personnel le niveau intermédiaire de son système sanitaire [10]. Néanmoins, certains acteurs de soutien aux districts de santé se sont aperçus des limites de leurs appuis du fait que le niveau intermédiaire ne jouait pas « son rôle de planification, coordination, formation, supervision et inspection » [11]. Dans ce contexte, également marqué par de nombreux troubles sociopolitiques au cours des décennies 90 et 2000, le système de santé de la RD Congo a été classé en 2000 parmi les moins performants au niveau mondial [13].

En 2005, la ville-province de Kinshasa, capitale de la RD Congo, a compté une population estimée à 5 633 771 habitants, dont 90 % vit en milieu urbain. Son organisation sanitaire a comporté une inspection de la santé au niveau provincial et 35 districts de santé au niveau opérationnel. L'offre globale de soins a compté 2 124 établissements sanitaires, dont 91 hôpitaux. Parmi ces établissements, 13,7 % sanitaires ont accepté de participer à la mise en œuvre des soins de santé primaires [14].

Face à la précarité accrue au sein des populations depuis les pillages de 1991 et 1993 [15], des partenaires d'appui au secteur santé se sont intéressés principalement aux structures de soins, aux districts de santé et à certaines maladies cibles des programmes verticaux. Deux appuis substantiels ont néanmoins concerné le niveau intermédiaire. Un premier projet a débuté en 1982 (Projet Santé Pour Tous Kinshasa), financé par la Coopération Belge jusqu'à 1989, ensuite par l'Union Européenne jusqu'à 1999. Ce projet a visé la mise en place d'un système de santé urbain axé sur le développement social des populations [16]. Ce projet a comporté une équipe compétente dans le domaine de l'organisation du système de soins. Tout au long de ce projet, le niveau intermédiaire a été dépendant des ressources de l'État. Trois ans après sa dissolution, un deuxième projet a été financé successivement par l'Union Européenne et la Banque Mondiale et de 2001 à 2005. Le « paquet de soutien » a comporté : (1) l'amélioration du cadre et de l'outil de travail (bureaux, matériel roulant, matériel de bureau), (2) le soutien financier au fonctionnement de la structure, (3) le paiement des primes au personnel ciblé, (4) le recrutement d'un personnel sur base des compétences, (5) la construction progressive d'une équipe autour du médecin inspecteur provincial<sup>(4)</sup>, et enfin (6) une assistance technique au processus de dynamisation des fonctions ciblées. Le financement annuel a été de 350.000 USD, soit 0,06 USD/habitants/an [17].

L'objectif général de cette étude était d'analyser la dynamique de soutien du niveau intermédiaire au district de santé dans la ville-province de Kinshasa en RD Congo. Les objectifs spécifiques étaient d'analyser (1) les fonctions et la structure organisationnelle du niveau intermédiaire et (2) d'analyser les performances des districts sanitaires de 1995 à 2005. Nous avons formulé l'hypothèse que la flexibilité du niveau intermédiaire répondrait mieux aux exigences de soutien du district de santé en contexte urbain complexe.

## Méthodes

### Type d'étude

La méthode générale utilisée a relevé d'une étude de cas à visée exploratoire. L'étude de cas est une stratégie pertinente de recherche, quand la question est formulée en termes de « comment » ou de « pourquoi » [12]. Dans cette étude, la question étant de savoir comment le niveau intermédiaire a soutenu le district de santé dans un contexte urbain, l'étude de cas semblait toute indiquée.

### Collecte et analyse des données

Les données analysées ont été collectées par (1) revue documentaire, (2) entretiens et (3) analyse des données sanitaires de routine. Les sources des données documentaires sont : les rapports d'activités et d'évaluations

---

(4) Le médecin inspecteur provincial est le premier responsable de l'Inspection Provinciale de la Santé en République Démocratique du Congo.

(1995 à 2005) ainsi que les rapports des supervisions et des réunions de l'équipe provinciale (2001 à 2005). Les entretiens semi-dirigés ont été organisés en juin 2009 auprès des informateurs clefs (N = 22). Les critères (non exclusifs) de leur choix sont : avoir presté au niveau intermédiaire (N = 13) ou collaboré avec (N = 9) pendant au moins trois ans, comme partenaires (N = 9), cadre du district sanitaire (N = 7) ou cadre du niveau central ou du gouvernorat provincial (N = 7) entre 1995 et 2005. Les entretiens, réalisés sur base d'un guide d'interview pré testé, ont porté sur leurs perceptions (1) du rôle joué par le niveau intermédiaire, (2) de sa structure organisationnelle et (3) de son effet sur les performances du district de santé de 1995 à 2005. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits puis analysés. Le consentement des informateurs et l'anonymat ont été requis. Les sources des données de routine sont les rapports de compilation annuelle des données pour la période allant de 1995 à 2000 et la base des données de routine des districts sanitaires de Kinshasa pour la période allant de 2001 à 2005. Les indicateurs analysés pour la période allant de 1995 à 2005 sont : l'utilisation des services du curatif et de la consultation prénatale, la couverture obstétricale, les réunions des organes de gestion des districts de santé. Pour la période allant de 2001 à 2005, les performances de 17 districts sanitaires appuyés par les partenaires extérieurs ont été comparées à celles de 18 districts sanitaires non appuyés. Les données documentaires et d'entretiens ont été traitées par analyse inductive. Les traits organisationnels ont été identifiés, en utilisant l'approche d'analyse organisationnelle de Mintzberg [18]. Une triangulation des données de trois sources a été réalisée.

## Résultats

### D'une logique bureaucratique à une logique managériale dans l'exercice des fonctions

Une évolution des types de fonctions exercées par le niveau intermédiaire du système sanitaire a été notée de 1995 à 2005 (tableau I).

Jusqu'à 2000, le niveau intermédiaire a exercé plus des fonctions de contrôle du respect des normes et de la législation sanitaires. Ces prestations ont été exécutées sous la responsabilité d'un médecin inspecteur provincial. Un ancien Médecin inspecteur notait que sa responsabilité première était de

**Tableau I : Fonctions exercées par le niveau intermédiaire du système sanitaire de Kinshasa de 1995 à 2005**

<i>De 1995 à 2000</i>	<i>De 2001 à 2005</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Affectation et contrôle du personnel de santé</li> <li>- Inspection et contrôle des structures de soins et des établissements de fourniture des médicaments</li> <li>- Contrôle de l'hygiène</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planification et Coordination de l'action sanitaire</li> <li>- Gestion de l'information sanitaire</li> <li>- Gestion du personnel de santé</li> <li>- Négociation et allocation des financements aux districts de santé</li> <li>- Supervision et formation du personnel de santé</li> <li>- Inspection et contrôle des structures de soins, des établissements de fourniture des médicaments et de l'hygiène</li> </ul>

« conseiller le gouverneur de la province et répondre aux préoccupations du niveau central du Ministère de la santé ». Ses proches collaborateurs ont été plus des cadres administratifs ainsi que des infirmiers. Ils sont perçus par un ancien médecin inspecteur provincial comme « ayant accédé aux postes du niveau intermédiaire, plus pour avoir franchi des échelons de l'administration publique que pour leurs capacités intrinsèques à assumer les fonctions du niveau intermédiaire ». Les visites de contrôle et d'inspection ont été régulièrement effectuées par les cadres. Un cadre ayant œuvré au niveau intermédiaire pendant cette période faisait observer que ces visites « ont été souvent rémunérées par les structures visitées et peu de décisions cohérentes ont été prises par rapport aux problèmes identifiés sur le terrain ». En revanche, l'appui sociotechnique des équipes des districts sanitaires et la concertation avec les partenaires ont été assurés par l'équipe du projet « Santé Pour Tous » jusqu'à sa dissolution en 1999.

À partir de l'année 2001, avec l'avènement du nouveau projet, l'équipe du niveau intermédiaire a davantage repris la responsabilité des actions de coordination de l'action sanitaire et d'encadrement des districts sanitaires (tableau II).

**Tableau II : Fonctionnement des structures de concertation et supervisions des districts sanitaires dans la ville province de Kinshasa, RDC, de 2000 à 2005**

Indicateurs	Années					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Moyenne mensuelle de réunions de l'équipe cadre provinciale	0,0	0,8	3,8	3,7	4,1	3,5
Nombre de réunions du comité technique provincial	0,0	6,0	12,0	12,0	11,0	11,0
Nombre de réunions des commissions thématiques	0,0	0,0	13,0	25,0	53,0	60,0
Moyenne annuelle de supervisions par district sanitaire	ND	1,7	3,3	3,0	8,0	12,0

Un système d'information sanitaire a été mis en place. Les informations produites ont alimenté les supervisions, les travaux des commissions thématiques, la revue annuelle des soins de santé primaires et la concertation avec les partenaires. La revue annuelle a servi de cadre d'évaluation de l'action sanitaire et de cadre de consensus sur les priorités et les stratégies d'action, entre les gestionnaires des districts sanitaires, l'équipe du niveau intermédiaire et les partenaires du secteur. Des stratégies comme celles visant l'amélioration de la qualité des soins, l'intégration des activités des programmes verticaux, l'accessibilité des services, notamment l'adaptation des tarifs des soins à la capacité contributive des populations, ont été souvent discutées et des options consensuelles levées.

En interne, l'équipe du niveau intermédiaire a quasi systématisé l'organisation d'une réunion hebdomadaire d'échange d'informations, d'évaluation et de programmation des activités. Les supervisions ont été plus fréquentes et ressenties plus utiles par les cadres des districts sanitaires. Un médecin chef de district déclarait : « [...] avec l'accompagnement de l'équipe de l'inspection provinciale de la Santé, nous avons résolu de nombreux

*problèmes d'organisation et amélioré la qualité des prestations [...]».* Plus de pro-activité dans la négociation des financements dirigés vers le secteur santé a été notée. Ainsi, en 2002, des financements de la Coopération canadienne et de la Banque mondiale ont été négociés respectivement pour financer 3 et 10 districts de santé et pour appuyer la mise en place d'une centrale régionale de distribution des médicaments essentiels de qualité. Globalement, les relations entre l'équipe du niveau intermédiaire, les acteurs partenaires et les cadres des districts sanitaires se sont améliorées par une information de meilleure qualité et des processus plus consensuels visant l'amélioration des prestations des districts sanitaires. Ces nouveaux éléments ont mis en évidence l'émergence d'une dimension managériale dans les prestations du niveau intermédiaire.

### **Reconfiguration d'une bureaucratie à une structure hybride mécaniste-adhocratique**

Jusqu'en 2000, la structure officielle du niveau intermédiaire a comporté des bureaux décomposés en cellules. Les bureaux étaient la représentation des directions centrales. Aux 7 bureaux, ont été assignées des responsabilités (1) d'administration et de gestion des ressources, (2) de législation des hôpitaux, (3) de législation du médicament et du secteur pharmaceutique, (4) de la lutte contre la maladie, (5) d'organisation et développement des soins de santé primaires, (6) de coordination de la formation du personnel infirmier de niveau secondaire et (7) d'hygiène publique. Les activités ont été réalisées par le personnel des bureaux, sous la supervision directe de chaque chef de bureau. Le centre opérationnel a été bipolaire : un premier pôle plus bureaucratique dont la mission était le contrôle, réalisé exclusivement par l'inspection provinciale de la santé, et un deuxième pôle d'appui au développement des districts sanitaires, mais dont les prestations ont été assurées par l'équipe externe du projet d'appui. La responsabilité globale revenait au médecin inspecteur provincial, qui a constitué le « sommet stratégique ». Son secrétariat, piloté par deux administrateurs gestionnaires, assurait la liaison entre lui et les différents bureaux, de même que, de manière ponctuelle, la liaison avec le directeur du Projet « Santé Pour Tous ». Les deux administrateurs, sur délégation implicite du médecin inspecteur, ont joué le rôle de « technostructure » pour des prestations liées au contrôle. Le support logistique, assuré également par le secrétariat du médecin inspecteur, a été amenuisé, compte tenu de la modicité des ressources. Les « propriétaires » de l'organisation comprenaient un pôle gouverneur de la province et un pôle Secrétariat Général à la Santé au niveau central du ministère. L'idéologie dominante a relevé « *du respect du chef et de l'observance stricte des règles et des procédures administratives* ». Les principaux acteurs gravitant autour de cette organisation ont été diversifiés : les cadres des districts de santé et les directeurs des grandes structures hospitalières, les associations confessionnelles et les personnes privées organisatrices de l'offre de soin privée, la principale organisation syndicale existante, l'ordre des médecins, l'ordre des pharmaciens, l'association des infirmiers du Congo, les organisations de soutien au développement des districts de santé, les différents parlements, le gouvernement national. Parmi ces acteurs, la proximité a été plus forte avec les gestionnaires des structures soumises au

contrôle de l'inspection provinciale de la santé et qui ont, en partie, compensé son déficit de financement direct par l'État. En interne et en cohérence avec l'idéologie dominante (*respect du chef et observance stricte des règles et des procédures administratives*), le mécanisme de coordination a relevé de la supervision directe et de la standardisation des procédés de travail. Le pouvoir a été plus concentré au niveau du sommet. La structure globale du niveau intermédiaire a été ainsi essentiellement bureaucratique, occupée à exercer la principale fonction de contrôle.

À partir de 2001, plusieurs changements ont été observés au niveau intermédiaire. En interne, le pôle managérial du centre opérationnel a été renforcé, la ligne hiérarchique réduite de 2 à 1 échelon et le support logistique a été renforcé. Le noyau de l'équipe cadre provinciale a partagé plusieurs responsabilités : technostructure, chaîne hiérarchique et base opérationnelle. Des dynamiques de partage d'informations, de renforcement mutuel des compétences et une responsabilisation variable selon les problèmes à résoudre, ont prévalu. En externe, la cartographie de proximité des acteurs vis-à-vis du niveau intermédiaire a été modifiée : un plus grand rapprochement avec les équipes de gestion des districts de santé a été noté, notamment au travers des visites de supervision ainsi qu'avec les partenaires techniques et financiers d'appui au secteur santé. Les partenaires confessionnels, ayant collaboré initialement à l'implémentation sur le terrain du projet « Santé Pour Tous », ont continué à développer une offre de soins jugée crédible et à soutenir les districts de santé. Ces évolutions sont en faveur d'une configuration organisationnelle plus organique, de type hybride, avec une composante mécaniste résiduelle et une composante adhocratique émergente, sous forme de regroupements temporaires des cadres, en fonction des projets à mener, quelles que soient leurs affectations administratives.

### **Les performances observées au niveau des districts de santé**

En ce qui concerne le leadership, des processus d'implication des acteurs dans le sens des objectifs de développement des districts sanitaires ont été enregistrés auprès de la moitié des districts de santé de la province. Des réunions des conseils d'administration (de 4 % en 2001 à 100 % en 2005) et des conseils de gestion des districts de santé (de 38 % en 2001 à 86 % en 2005) ont été plus régulières. Toutefois, ce processus a peu impliqué les gestionnaires des grands hôpitaux publics. Le nombre de structures ayant intégré les soins de santé primaires est passé de 131 centres de santé en 1995 à 292 centres de santé en 2005, augmentant ainsi la couverture sanitaire des populations. Le ratio en termes d'habitants par centre de santé intégré est passé de 34 351 à 19 312 entre 1995 et 2005. La proportion des formations sanitaires lucratives dans l'offre de soins intégrée est passée de 7 % en 1995 à 25 % en 2005. Celle des formations sanitaires confessionnelles a été réduite de 59 % en 1995 à 33 % en 2005. Cette offre de soins dite intégrée n'a représenté que 17 % (N = 2,124) de l'offre globale de soins en 2005, le reste étant peu régulé. L'utilisation des services pour les soins curatifs et les accouchements s'est améliorée (figure 1).



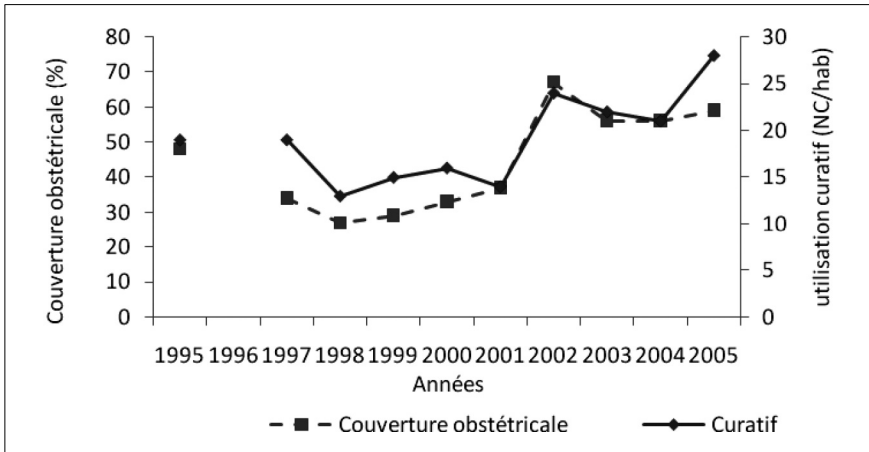


Figure 1 : Évolution de l'utilisation des services curatifs et préventifs dans la province de Kinshasa (de 1995 à 2005).

Une amélioration semblable a été observée pour l'utilisation des services de la vaccination et de la consultation prénatale (figure 2).

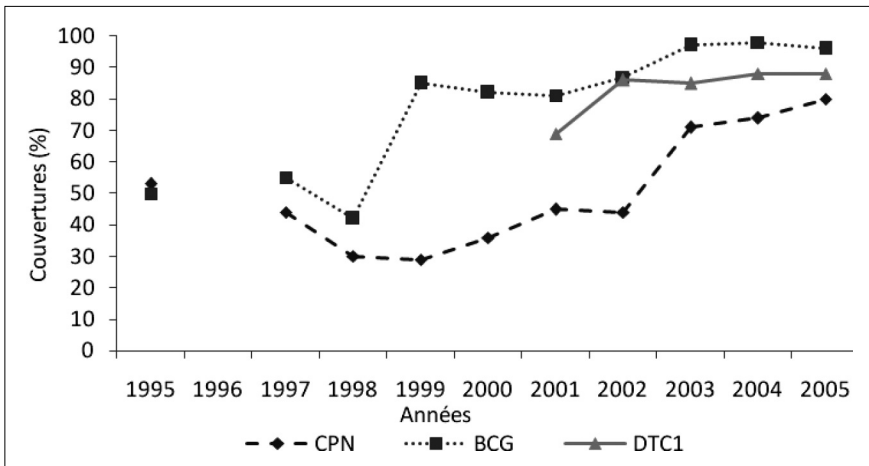


Figure 2 : Évolution de l'utilisation des services de la consultation prénatale (CPN) et de la couverture vaccinale contre la tuberculose (BCG) et la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) des enfants âgés de 0 à 11 mois dans la province de Kinshasa, RDC, de 1995 à 2005.

La couverture vaccinale qui avoisinait les 50 % pendant les années 1995 a connu une augmentation lente mais progressive au cours de la décennie. Le taux d'achèvement au point de vue de la vaccination DTC, dont les données sont disponibles depuis l'année 2001, s'est également maintenu à plus de 80 % (figure 3).

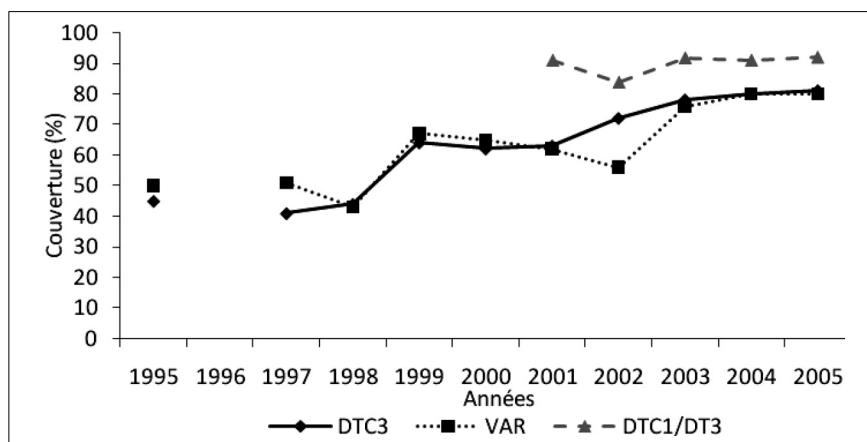


Figure 3 : Évolution de la couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) et contre la rougeole (VAR) des enfants âgés de 0 à 11 mois dans la province de Kinshasa, RDC, de 1995 à 2005.

En revanche, il n'a pas été objectivé d'amélioration significative en termes de qualité des soins.

Néanmoins, il a été noté une amélioration des indicateurs de gestion, de supervision et d'utilisation des services tant au niveau des districts de santé appuyés qu'au niveau de ceux non appuyés pour les 5 dernières années (tableau III).

Tableau III : Performances comparatives des districts sanitaires appuyés et non appuyés dans la province sanitaire de Kinshasa, RDC, pour les années 2001 et 2005<sup>a</sup>

Indicateurs	Districts appuyés (N = 17)		Districts non appuyés (N = 18)	
	Année 2001	Année 2005	Année 2001	Année 2005
Réunions Comité Gestion du DS <sup>b</sup> (%)	18,1	94,1	38	80,4
Proportion de supervisions des centres de santé (%)	ND	83,1	ND	76,4
Utilisation des services du curatif (NC/hab/an)	0,12	0,26	0,11	0,16
Couverture obstétricale (%)	42,9	66,4	38,7	55,8
Couverture en CPN (%)	50,8	68,9	46,2	54,4
Couverture en DT3 (%)	72,8	82,8	58,7	67,8
Couverture en VAR (%)	67,0	79,8	58,6	68,5
Proportion de réunions de Comité de santé (%)	ND	79,5	ND	73,1

<sup>a</sup> Les données présentées ne prennent pas en compte les cas hors district de santé.

<sup>b</sup> DS : District de santé.

Ces résultats ont été obtenus avec un financement extérieur dans la ville-province de Kinshasa de l'ordre 13.385.922 dollars US, soit près de 0,6 dollar par habitant par an pour la période allant de 1995 jusque l'année 2000

(financements de l'Union Européenne). Entre l'année 2001 et l'année 2005, le financement extérieur<sup>(5)</sup> était de l'ordre de 12 849 294 dollars soit 0,5 dollar par habitant par an. Aucun changement substantiel n'a été observé dans le financement du secteur santé par l'État et la population. La population a continué à collaborer à la gestion des structures sanitaires au travers des conseils d'administration, des comités de gestion des districts de santé ainsi que des comités de santé.

## Discussion

Cette étude met en évidence une dynamique de changement marquée par l'émergence d'une logique plus managériale et d'une configuration plus organique au niveau intermédiaire de la province de Kinshasa dont les facteurs seront discutés plus loin. Parallèlement, une amélioration des performances des districts de santé a été notée. Ces résultats semblent conforter l'hypothèse de départ qui soulignait l'intérêt de la flexibilité du niveau intermédiaire pour impulser les performances du district de santé en contexte urbain complexe.

### Facteurs et sens donné à la reconfiguration et à la logique managériale au niveau intermédiaire du système sanitaire

Les changements observés semblent avoir été induits par la focalisation sur une nouvelle fonction de soutien au développement des districts de santé dans un contexte urbain. Comme décrit ailleurs [6], ce contexte est caractérisé par des défis particuliers liés à la prolifération de l'offre privée lucrative et à l'autonomie des structures hospitalières ainsi que la difficulté à développer une bonne participation communautaire face à la pauvreté urbaine et à la fragmentation sociale [19]. Ce contexte accroît la difficulté à appliquer le modèle du district de santé [6] et, par conséquent, la complexité d'exercer les fonctions de soutien au développement du district de santé. Les changements observés semblent aller dans le sens d'une organisation plus créative, qui conçoit une configuration qui correspond à ses besoins [18]. Toutefois, le changement d'approche de soutien de deux projets successifs et la modification du profil du personnel semblent avoir constitué deux facteurs facilitant les changements observés. Une dynamique complexe d'apprentissage et d'influence réciproque entre la structure et les nouvelles fonctions de soutien au développement des districts de santé semble sous-jacente à ces changements. En effet, les relations établies avec les équipes des districts de santé et les partenaires semblent avoir incité le niveau intermédiaire à améliorer ses compétences de pilotage du système sanitaire et son soutien aux équipes de district. Ces nouvelles compétences du niveau intermédiaire semblent avoir renforcé ce dernier dans le rôle d'interface crédible des parties prenantes du secteur santé au niveau provincial. Cette relation réciproque semble avoir renforcé la redevabilité verticale vers les équipes des districts de santé, alors qu'elle est généralement inopérante

(5) Il s'agit d'un solde du financement de l'Union européenne, des financements de la Banque mondiale, de la Coopération Canadienne, du Gouvernement de Navarre et du GAVI.

dans nombreux ministères de la Santé des pays à faibles revenus [20, 21]. La réactivité que requiert la réponse aux problèmes des districts de santé a obligé à renoncer progressivement à l'idéologie du respect strict des règles et des procédures et à assouplir la structure du niveau intermédiaire et en lui offrant plus d'autonomie. Ce besoin d'autonomie fut souhaité par certains auteurs qui proposaient une adhocratie divisionnaire au niveau régional des ministères de la Santé [8]. Les organisations adhocratiques, bien qu'intéressantes en contexte complexe, sont coûteuses et peu efficaces [18]. L'alliance stratégique du niveau intermédiaire avec les partenaires du secteur santé semble avoir contribué à protéger certaines bonnes initiatives prises par le niveau intermédiaire vis-à-vis d'un niveau central du ministère très proche du niveau intermédiaire dans la ville-province de Kinshasa. Par contre, la mobilisation des secteurs connexes au niveau provincial est restée limitée, alors qu'en milieu urbain, la santé des populations est avant tout une question multisectorielle [19]. Par ailleurs, la question des ressources humaines, dépendant en grande partie du niveau central du ministère, est demeurée peu résolue. Ces deux faits pourraient justifier en partie le faible niveau de qualité et d'intégration des structures hospitalières. En bref, ce nouveau mode d'organisation, bien que loin de couvrir les dix principes de la gouvernance en santé [22], a néanmoins posé le pas vers plus de vision stratégique, plus de participation et d'orientation consensuelle et plus d'intelligence et d'information au niveau provincial.

### **Pérennité de la dynamique**

Le financement extérieur ayant en partie contribué à l'émergence de cette dynamique, on pourrait s'interroger sur sa pérennité après l'arrêt du financement. Cette interrogation est fondée d'autant que, sans un minimum de ressources, on ne pourrait espérer garder longtemps les compétences qui ont porté la dynamique. Néanmoins, l'intérêt de ces dynamiques en vue du soutien du district de santé, a été reconnu par la Stratégie de renforcement du système de santé en RDC (SRSS). Cette stratégie préconise en même temps la rationalisation du financement du secteur santé en général et en particulier celui du niveau intermédiaire du système sanitaire [23]. En effet, le système de santé, notamment au niveau intermédiaire et au niveau opérationnel, a un coût, qui doit certes être assumé mais en veillant à mettre en œuvre les approches les plus cohérentes.

### **Les effets observés sur le district de santé et leurs limites**

L'évolution globale des indicateurs de prise en charge de la population prouve qu'au minimum, la reconfiguration du niveau intermédiaire n'a pas entravé les performances des districts de santé en termes de gestion, de couverture sanitaire et d'utilisation des services. Dans un contexte où le financement extérieur et le niveau de vie des populations n'ont pas été modifiés de manière significative, ce changement de mode d'organisation semble constituer le principal facteur ayant influé sur ces indicateurs. Par ailleurs, les améliorations enregistrées tant pour les districts sanitaires appuyés que ceux non appuyés par les partenaires extérieurs, semblent indiquer une plus-value du niveau intermédiaire. Une étude menée en 2000

à Kinshasa a montré que la recherche de la qualité, des bons tarifs et des services polyvalents constituait le premier motif du recours des populations aux centres de santé intégrés [24]. L'impulsion apportée par le niveau intermédiaire sur les tarifs et la mise en place des services semblent avoir impulsé l'utilisation des services. Néanmoins, la qualité réelle des soins offerts devrait être nuancée pour plusieurs raisons : le secteur privé, non intégré dans le système de soins de santé, est très peu régulé. Par ailleurs, tant les structures publiques que privées sont demeurées globalement sous financées. L'on ne pouvait espérer des soins de qualité avec des structures sous financées et qui sont ainsi en proie à la démotivation du personnel, au sous équipement et à une fourniture irrégulière des médicaments de qualité.

### Limites méthodologiques

Les données de routine de cette étude pourraient comporter certains biais analysés par ailleurs [25] et susceptibles d'entamer la validité des résultats. Par ailleurs, les interviews ayant été réalisées en 2009, soit 4 ans de la fin de la période étudiée, le risque de biais de mémoire est important. Toutefois, ces deux types de biais ont été en partie atténués par l'analyse des données par les acteurs et par la triangulation des données de routine avec les résultats d'analyse documentaire. Notons également que les données pour l'année 1996 ont fait défaut en l'absence d'archives pour cette période. Enfin, les données des structures de référence étant lacunaires et difficilement exploitables, ont été exclues des analyses et aucune enquête d'impact en population n'a été organisée. Cette situation a été partiellement compensée par les données qualitatives.

### Conclusion

Il a été prescrit au niveau intermédiaire du système sanitaire des fonctions de planification, de gestion des ressources, de coordination de l'action sanitaire, de gestion du personnel et de soutien notamment logistique au district de santé dans une perspective de renforcement de la mise en œuvre du district de santé [26]. Ces fonctions l'ont été, en considérant que les politiques de santé et les normes sont élaborées au niveau central et que leur mise en œuvre est de la responsabilité du district de santé, avec le soutien du niveau intermédiaire. Cette étude montre que les fonctions attribuées au niveau intermédiaire n'ont pas été toutes exercées d'emblée dans la ville-province de Kinshasa. Par rapport à la période étudiée, des fonctions liées au contrôle ont été exercées plus au cours de la période allant de 1995 à 2000, tandis que celles visant un soutien plus important du district de santé ont été exercées plus au cours de la période allant de 2001 à 2005, au prix des modifications organisationnelles au niveau intermédiaire. Les améliorations des indicateurs de gestion, de couverture sanitaire, d'utilisation des services curatifs et préventifs au niveau des districts de santé au cours de cette même période, en dehors de tout autre facteur identifié, semblent liées au changement intervenu dans le soutien du district de santé par le niveau intermédiaire. Tous ces éléments semblent indiquer qu'en contexte urbain complexe, le niveau intermédiaire nécessite une reconfiguration plus flexible,

susceptible d'intégrer une logique plutôt managériale que bureaucratique et de mobiliser les nombreuses parties prenantes dans une dynamique d'intégration des activités des programmes spécialisés et d'amélioration des performances des districts de santé. Cette reconfiguration et ce changement de logique requièrent également des financements et un renforcement des compétences au niveau intermédiaire. Cette étude étant exploratoire, d'autres études plus approfondies sont requises à Kinshasa pour prendre en compte la dimension qualité des soins. Par ailleurs, des études dans d'autres milieux comparables permettraient d'approfondir l'analyse d'autres facettes de la relation d'impulsion des performances du district de santé par le niveau intermédiaire du système sanitaire.

*Aucun conflit d'intérêt déclaré*

## REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient l'Union Européenne, la Coopération Belge, la Banque Mondiale, le Cemubac et les autres acteurs ayant soutenu le secteur santé dans la ville-province de Kinshasa ainsi que les autorités et cadres du ministère de la santé de la RDC, les prestataires et les autres acteurs ayant collaboré à cette étude.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Grodos D. Le district sanitaire urbain en Afrique Subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques. Bruxelles : Université Libre de Bruxelles 2000:427 p.
2. OMS/FISE (1978). Alma ata 1978. Les soins de santé primaires. Série « Santé Pour Tous », n° 1. Genève : OMS 1978:35 p.
3. Perrot J, Roodenbeke E. La contractualisation dans les systèmes de santé : pour une utilisation efficace et appropriée. Paris : Karthala 2005:571 p.
4. Blaise P. Culture qualité et organisation bureaucratique, le défi du changement dans les systèmes publics de santé. Une évaluation réaliste des projets qualité en Afrique. Bruxelles : Université Libre de Bruxelles 2004:205 p.
5. OMS. Rapport sur la santé dans le Monde 2006. Travailler ensemble pour la Santé. Genève : OMS 2006:215 p.
6. Grodos D, Tonglet R. Maîtriser un espace sanitaire cohérent et performant dans les villes d'Afrique subsaharienne : le district de santé à l'épreuve. Tropical Medicine and International Health 2002;7(11): 977-92.
7. OMS. Rapport sur la santé dans le monde. Les Soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais. Genève : OMS 2008:125 p.
8. Unger JP, Bredo F, Jean Macq, Boelaert M. Trough Mintzberg glasses: a fresh look at the organisation of ministries of health. Bulletin of the World Health Organization 2000;78(8):1005-14.
9. Vaughan JP. Leçons de l'expérience. In: Mills A, Vaughan JP, Smith LD, Tabibzadeh I (dir.). Décentralisation des systèmes de santé. Concepts, problèmes et expériences de quelques pays. Genève : OMS 1991:174 p.
10. Porignon D, Devos P, Hennart P. Problématique du secteur Santé au Zaïre. Bruxelles : Ministère Belge des Affaires étrangères, de la Coopération et du Commerce extérieur et de coopération au développement 1994:46 p.
11. République du Zaïre/Département de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Charte de Mbanza Ngungu. Kinshasa : Département de la santé Publique 1987:86 p.
12. Yin R K. Case study research. Design and methods. 3rd Ed. London, New Delhi: Sage Publications 2003:181 p.
13. OMS. Rapport sur la santé dans le Monde 2000. Pour un système de santé performant. OMS, Genève 2000 : 237 p.
14. Ministère de la Santé/Inspection Provinciale de la Santé de Kinshasa. Rapport annuel d'activités de l'année 2005. Kinshasa : Ministère de la Santé/Inspection Provinciale de la Santé de Kinshasa 2005:51 p.

15. Cordaid. Pauvreté urbaine à Kinshasa. La Haye : Cordaid 2004:167 p.
  16. Ministère de la Santé/Projet Santé Pour Tous-Kinshasa. Présentation du projet. Kinshasa : Ministère de la Santé/Projet Santé Pour Tous-Kinshasa 1987:10 p.
  17. Cemubac. Rapport annuel du projet d'appui au renforcement de l'Inspection provinciale de la Santé de Kinshasa. Kinshasa : Cemubac 2004:34 p.
  18. Mintzberg H. Le management : voyage au centre des organisations. 2<sup>e</sup> Éd. Paris : Édition d'organisation (2<sup>e</sup> tirage) ; 2006:773 p.
  19. Harpham T. Urban health in developing countries: What do we know and where do we go?, Health &Place 2009;15:107-16.
  20. Blaise P, Kegels G. "A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organizational models". International Journal of Health Planning and Management 2004;19:337-64.
  21. Meessen B, Van Damme W. Systèmes de santé des pays à faible revenu : vers une révision des configurations institutionnelles ? Mondes en Développement 2005;33(3):59-73.
  22. Siddiqi S, Masud TI, Nishtar S, Petters DH, Sabri B, Bile KM et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. Health Policy 2009;90:13-25.
  23. RDC/ Ministère de la santé. Stratégie de renforcement du système de santé en RDC (SRSS). RDC/Ministère de la Santé, Kinshasa 2006:49 p.
  24. Manzambi JK, Tellier V, Bertrand F, Albert A, Reginster JY, Van Balen H. Les déterminants du recours au centre de santé en milieu urbain africain : résultats d'une enquête ménage menée à Kinshasa, RD Congo. Tropical Medicine and International Health 2000;5(8):563-70.
  25. Mapatano MA, Piripiri L. Quelques erreurs courantes d'analyse d'un système d'information sanitaire (RD Congo). Santé publique 2005;17(4):551-8.
  26. OMS. La mise en œuvre : un véritable défi. Des systèmes de santé de district pour renforcer les soins de santé primaires. Genève, OMS 1988:74 p.
-