



Listes de contenus disponibles sur: HYPERLINK
"https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=ijssass&btnG=" Scholar

INTÉGRATION INTERNE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA POLICE NATIONALE CONGOLAISE : ENJEUX POUR LA PERFORMANCE DE SON SYSTÈME DE SANTÉ DANS LA PROVINCE DU NORD-KIVU

Journal homepage: ijssass.com/index.php/ijssass

INTÉGRATION INTERNE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA POLICE NATIONALE CONGOLAISE : ENJEUX POUR LA PERFORMANCE DE SON SYSTÈME DE SANTÉ DANS LA PROVINCE DU NORD-KIVU[★]

Woolf Kapiteni¹⁻², Chuy Kalombola³, Faustin Chenge¹, Éric Mafuta⁴, Bienfait Mwarabu¹, Philippe Mulenga¹, Oscar Luboya¹ et Albert Mwembo Tambwe¹

1. Université de Lubumbashi, RD Congo
2. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kirotshe, RD Congo
3. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, RD Congo
4. Université de Kinshasa, RD Congo

Received 29 September 2023; Accepted 15 February 2024
Available online 18 March 2024

ARTICLE INFO

Keywords:

Internal integration
health service
Congolese national police
at stake
performance
health system
North Kivu

ABSTRACT

Several African countries are confronted with the challenge of health system fragmentation creating gaps with uncoordinated activities destabilizing its functioning, performance or sustainability. This study aims to analyze the internal integration of the PNC health service system in the province of North Kivu and to propose solutions for its strengthening.

Methodology: This is a qualitative study with an exploratory aim, which surveyed the health managers of the national police and the district commanders in the province of North Kivu by reasoned choice over a period from 1 to 30 September 2022. Data were collected through document review and semi-structured interview.

Results: Our results show that the health service of the Congolese national police is fragmented in its health system, with part of its sector managed by the district commander and the other part by the provincial health service department, resulting in a very heavy administration, disarticulation and overlapping in the organization and functioning of the health service, sometimes creating a feeling of frustration and making its health system fragile.

Conclusion: The cohesion of the national police health services with a unit of orientation under a mode of aggregation, interconnection and management is a factor that can improve and strengthen the health system of the Congolese national police.

1. INTRODUCTION

L'organisation du système de santé joue un rôle capital dans le développement du secteur de la santé (1). Il est constitué d'un leadership fort et bonne gouvernance ; des ressources (l'infrastructure et les fournitures, les ressources humaines et les finances) et des informations sanitaires ; des prestations de services ; et les activités communautaires. Le système de santé est situé dans un contexte précis, valeurs et principes en vue d'atteindre les résultats en lien son but essentiel qu' est de promouvoir, de restaurer ou d'entretenir la santé tout en utilisant les ressources disponibles (2,3).

Les piliers du système s'articulent entre eux, s'influencent mutuellement, ont une relation d'interdépendance, interagissent ensemble et s'interconnectent, d'une manière dynamiques (4,5).

Dans les pays sous-développés, notamment en Afrique, le système de santé est confronté aux problèmes émergents et persistants déstabilisant son fonctionnement, sa performance ou sa durabilité (6) ; l'un des principaux défis restent fragmentés, créant des lacunes avec les activités non coordonnées (7,8) ; rendant difficile leur renforcement du système de santé (9).

La fragmentation du système de santé se produit lorsqu'il existe de nombreux systèmes de santé ou de services de santé différents, qui opèrent sur une même entité sans coordination, et dont chacune possède son propre programme de prestation de soins de santé (10,11).

L'intégration étant un processus d'une cohésion des éléments d'appartenance divers dans un système, délimité par une unité d'orientation, sous le mode

d'agrégation, d'interaction, de management et de gouvernance collaboratif (12).

Un service de santé intégré a un pouvoir plus fort dans la mise en œuvre du programme et d'améliorer la disponibilité des services, la qualité des soins, ainsi que l'utilisation de service de soins pour la population (13,14).

Les autorités sanitaires ont une influence importante sur le succès des actions partenaires, et joue un rôle majeur dans la coordination et de sa mise en œuvre sur le terrain(9) .

L'intégration des services de santé est une condition indispensable pour atteindre la Couverture Santé Universelle et de renforcer les systèmes de santé (15,16).

La République Démocratique du Congo n'est pas épargnée et plus spécifiquement en ce qui concerne celui du système de santé de la Police Nationale Congolaise (PNC). Le système de santé de la PNC est un sous-système du système de santé de la RDC, il se trouve à cheval de deux ministères : le ministère de l'Intérieur et le ministère de la Santé. Ce service se retrouve abandonné alors qu'ils ont des attributions liées à la santé de la population (17).

Au niveau provincial du Nord-Kivu, le service de santé de la PNC est appelé « détachement de service de santé » alors qu'au niveau territorial, il est appelé « sous-détachement de service de santé ».

Le détachement de service de santé est coordonné par le biais des Commissaires provinciaux adjoints en charge de l'appui et gestion sous l'autorité du Commissaire provincial et s'assure de la bonne exécution des tâches, et veille à la bonne utilisation des moyens dont ceux-ci disposent (18).

Le détachement service de santé est administrativement géré par les escadrons administratifs qui sont les organes de commandement du commissariat provincial. Cet organe administratif au niveau de ville et territoire est appelé « état-major service ». En ville comme au territoire, ces états-majors sont indépendants les uns des autres. L'état-major est opérationnellement sous le commandement du commandant territorial et techniquement, et est géré par le chef de sous département de service de santé de l'entité. Alors qu'au niveau de la ville de Goma, du point de vue opérationnel, il est sous le commandement du chef de département de service de santé.

Les Commissaires supérieurs gèrent le département et assistés d'un adjoint de la même catégorie et de grade égal ou inférieur. Ce département a la mission d'assurer la bonne exécution des activités et est chargé : de coordonner et de superviser les activités, identifier et de centraliser les besoins en équipements spécifiques et en formation du personnel ; L'implantation des Centres médico-chirurgicaux s'effectue en fonction des besoins par arrêté du Ministre ayant les affaires intérieures dans ses attributions, sur proposition du Commissaire général de la Police Nationale Congolaise (18).

L'on note également l'école de formation de la police qui comporte en son sein un centre de santé qui n'est pas sous la coordination de l'appui et gestion ni du chef de département de service de santé ni de l'escadron administratif. Il dépend directement de la direction de l'école du niveau national (19).

Au regard d'une telle administration, une question a retenu notre attention : Comment se présente et peut être améliorée l'intégration interne des services de santé de la Police Nationale Congolaise pour le

renforcement de son système de santé dans la Province du Nord-Kivu ?

L'objectif de cette étude consiste à analyser le niveau d'intégration interne du système de service de santé de la PNC dans la Province du Nord-Kivu

2. MÉTHODES

Types d'étude :

Notre étude est qualitative à visée exploratoire et s'étend sur une période de 1 mois, allant du 1er au 30 septembre 2022.

Milieu d'étude

Notre d'étude s'est effectuée au Nord-Kivu, une province située à l'Est de la République démocratique du Congo. Cette Province compte 6 territoires administratifs (Beni, Lubero, Masisi, Rutshuru, Nyiragongo, Walikale) et 3 villes (Beni, Butembo et Goma). Sur le plan de l'organisation sanitaire, elle est subdivisée en 34 zones de santé opérationnelles, totalisant 594 aires de santé avec des centres de santé (CS), 33 hôpitaux généraux de référence, 106 centres hospitaliers et centres médicaux, 98 centres de santé de référence, 263 postes de santé et dispensaires, un hôpital provincial de référence, une centrale régionale de distribution, trois centres de transfusion sanguine, un centre provincial de transfusion sanguine et un laboratoire provincial. Sa population est estimée à 9096153 habitant (20) ; neuf zones de santé hébergent les formations sanitaires de la police nationale congolaise dont la zone de santé de Karisimbi, Rutshuru, Lubero, Butembo, Beni, Oicha, Walikale, Katoyi et Kirotshu (21).

La PNC est subdivisée en 4 commissariats urbains, 8 commissariats territoriaux, 62 (17 urbain, 45 territoriale) commissariat lice et 344 (17 urbains, 45 territoriaux) sous commissariat (22).

Unité d'analyse

Notre unité d'analyse repose sur le système de service

de santé de la PNC au sein du commandement et de l'école de formation de la PNC dans la Province du Nord Kivu en République Démocratique du Congo.

Population d'étude

Notre population d'étude est constituée des cadres du commandement territorial et des cadres sanitaires de la PNC.

Modèle conceptuel

Dans notre étude nous avons utilisé le modèle d'analyse de Contandriopoulos et al. (2001), qui stipule que l'intégration consiste à organiser une cohérence durable dans le temps entre un système de valeurs, une gouverne et un système clinique de façon à créer un espace dans lequel des acteurs (des organisations) interdépendants trouvent du sens et un avantage à coordonner leurs pratiques dans un contexte particulier.

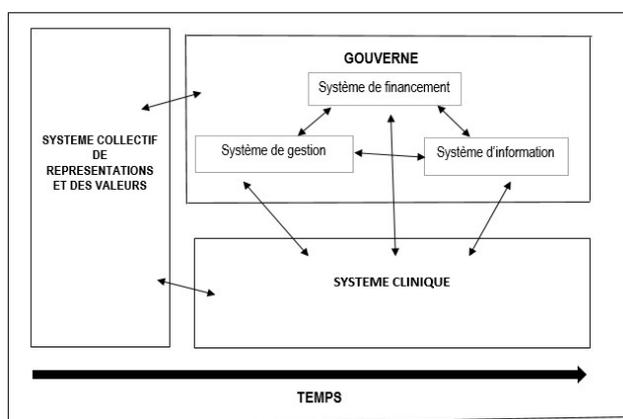


Figure 1. Modèle d'analyse de l'intégration des services de santé

Source : Contandriopoulos et al, 2001

Le système de représentations et de valeurs est défini par l'ensemble des croyances, des valeurs, des schémas interprétatifs qui permettent aux acteurs de communiquer entre eux et par le fait même, de coordonner leurs actions et de coopérer. C'est lui qui fournit les éléments leur permettant de s'entendre sur

une philosophie d'intervention, d'interagir dans un climat de confiance mutuelle et d'évaluer positivement de façon réciproque leur travail. Ces trois systèmes constituent l'espace à l'intérieur du quel efforts d'intégration vont se déployer et ce, selon cinq dimensions. L'intégration des soins consiste à coordonner de façon durable les pratiques cliniques autour des problèmes de santé de chaque personne souffrante. Elle vise à assurer la continuité et la globalité des soins, autrement dit, à s'assurer que les services fournis par les différents professionnels, dans différents lieux ou organisations, s'articulent dans le temps avec les besoins spécifiques de chaque personne souffrante compte tenu des connaissances disponibles. Selon la nature des problèmes et leur évolution, la coordination devra être plus ou moins développée. L'intégration des soins permet d'assurer une coordination collective pour répondre à des problèmes complexes et chroniques. L'intégration des soins est une des dimensions du processus général d'intégration et elle constitue aussi la finalité recherchée de ce processus. L'intégration des équipes cliniques (intégration médicale) a deux dimensions.

La première concerne la constitution d'équipes professionnelles multidisciplinaires (médecins, infirmiers, autres professionnels, intervenants communautaires ...). Ces équipes sont un prérequis aune offre de soins continue et globale qui, tout en étant stable dans le temps, s'adapte à l'évolution des problèmes.

La deuxième porte sur l'articulation de ces équipes à la structure du réseau, entre autres, en permettant l'intégration des médecins généralistes et spécialistes au réseau. La participation active des médecins aux équipes cliniques est une condition de réussite de l'intégration des services; cette participation active doit être adaptée à la nature des besoins. L'intégration des équipes cliniques comprend en plus de la constitution des équipes

multidisciplinaires, l'instrumentation (à des fins de coordination) de ces équipes, en particulier, la mise à disposition de l'équipe clinique, des informations nécessaires pour suivre et évaluer les prises en charge des patients et les résultats obtenus. L'intégration fonctionnelle vise à créer les conditions qui permettent et qui encouragent la constitution et le fonctionnement durable des équipes cliniques intégrées qui, elles-mêmes, sont nécessaires pour offrir des soins de qualité, continus et globaux.

L'intégration fonctionnelle vise à articuler de façon cohérente les systèmes de financement, d'information et les modalités de gestion du réseau. Autrement dit, elle vise à créer une gouverne commune, explicite, qui permette de prendre des décisions (répartition des tâches, des responsabilités et des recours) cohérentes avec les projets cliniques; à obtenir et distribuer les ressources financières (création d'incitations économiques nécessaires pour inciter les acteurs et les organisations du réseau à coordonner leurs pratiques); et finalement, à mettre sur pied et utiliser un système d'information reflétant la gamme des activités du réseau de façon à aider les décideurs dans leur choix et permettre au réseau de s'adapter à l'évolution du contexte et des besoins en encourageant les acteurs à adopter une attitude réflexive par rapport à leurs pratiques. L'intégration fonctionnelle n'implique pas nécessairement une intégration structurelle des acteurs et des organisations. Des organisations peuvent conserver de larges marges d'autonomie tout en étant soumises à des incitations fortes pour coopérer avec d'autres acteurs et organisations en vue d'assurer une prise en charge cohérente et d'assumer une responsabilité partagée envers les problèmes collectifs. L'intégration fonctionnelle peut s'apprécier en considérant le degré selon lequel les fonctions et les activités de support (gestion stratégique, leadership et gouverne, systèmes d'information, financement) sont coordonnées entre les acteurs et les unités

opérationnelles des organisations partenaires de manière à fonctionner comme un seul système. Les contrats, les alliances stratégiques entre organisations, les fusions d'établissements sont tous des mécanismes ou des initiatives qui visent à établir une gouverne facilitant la coopération.

L'intégration normative est celle qui vise à s'assurer qu'il y a cohérence entre le système collectif de représentations et de valeurs des acteurs et, simultanément, les modalités d'organisation du système intègre et le système clinique. L'intégration normative, en donnant aux acteurs un système commun de référence, leur permet de coopérer pour réaliser, de façon efficiente, le projet collectif dans lequel ils sont impliqués. Elle permet aussi de penser la gouverne en fonction des exigences de la coopération et également à sensibiliser les acteurs à l'interdépendance en évoquant l'importance d'une responsabilité collective dans la prise en charge des personnes souffrantes.

L'intégration systémique est nécessaire pour qu'un système intégré de soins puisse fonctionner de façon durable. Il faut pour cela que les principes organisateurs de l'ensemble du système de soins soient cohérents avec la dynamique du projet local. Un projet clinique qui répond à la complexité et à l'incertitude des problèmes ne peut résulter d'une simple entente entre professionnels ou entre organisations. Il doit s'appuyer sur un cadre organisationnel et normatif général (principes organisateurs du système de soins) propre à favoriser la coopération clinique. L'intégration systémique implique donc que la complexité et la teneur des enjeux prenant forme dans le système local de soins soient reflétées dans l'environnement plus large. L'intégration systémique renvoie à l'idée que l'on peut parler d'intégration dans le système de soins à plusieurs niveaux; pour qu'il y ait intégration à un niveau donné (une organisation, un territoire local, une région, une entité ...), il faut que

l'on ait, pour chaque dimension de l'intégration, une cohérence avec les autres niveaux.

L'implantation d'un système de soins intégré est une entreprise longue, difficile et exigeante. Elle implique, simultanément et de façon récursive, que les pratiques des acteurs changent et que les relations entre les organisations se transforment. Ces processus de changement peuvent prendre naissance à n'importe quel niveau d'intégration. On peut commencer à agir aussi bien sur l'intégration des soins que sur l'intégration des équipes cliniques, l'intégration fonctionnelle, ou encore, l'intégration normative. Toutefois, pour que les changements apportent à l'un ou l'autre de ces niveaux et entraînent les acteurs dans de nouvelles relations stables et durables de coopération, il faut que l'intégration s'élargisse à tous les autres niveaux. Ainsi, par exemple, on constate dans plusieurs projets pilotes que la recherche d'une plus grande intégration des soins (point de départ du changement) va très rapidement demander un renforcement de l'intégration fonctionnelle (besoins de plus et de nouvelles informations, nécessite de répartir différemment l'argent, demande pour une plus grande cohérence dans les décisions...), une réorganisation des équipes cliniques et la construction d'une vision partagée de ce qui est adéquat de faire (développement d'une philosophie commune d'action). On réalise que tout discours sérieux sur l'intégration est en fait l'expression d'une volonté de transformation importante du système de soins. Pour qu'un système intégré de soins puisse fonctionner de façon durable, il faut que les principes organisateurs de l'ensemble du système de soins soient cohérents avec la dynamique du projet local (intégration systémique). Un projet clinique qui répond à la complexité et à l'incertitude des problèmes ne peut résulter d'une simple entente entre professionnels ou entre organisations. Il doit s'appuyer sur un cadre organisationnel et normatif propice au développement de la coopération clinique.

De même, il est difficile d'imaginer qu'un projet pilote puisse fonctionner très longtemps et aller au bout de son potentiel d'innovation, si le reste du système de soins n'entre pas, lui-même, dans un processus général de transformation. Le concept d'intégration systémique pose de sérieuses questions sur l'évaluabilité des projets pilotes et sur l'idée qu'il est possible de porter un jugement sur le potentiel de projets pilotes locaux lorsque des obstacles à leur implantation et à leur diffusion se situent à d'autres niveaux d'action, entre autres au niveau des principes organisateurs du système de soins. (23).

Ce modèle nous a servi à analyser l'intégration du système de santé de la PNC au sein du commandement dans la Province du Nord-Kivu.

Sélection des participants

La sélection des participants à cette recherche s'est faite par choix raisonné.

Acteurs impliqués dans la recherche

Profil		Nombre
Cadre de commandement	Commandant Commissariat	1
	Commissaire territorial	4
Cadre sanitaire	Chef de département de service de santé	1
	Chef de service santé	1
	Chef de sous détachement de service de santé	3

Collecte des données

Nos données étaient des opinions ou points de vue des cadres de commandements territorial et cadres sanitaires de la PNC.

Les sources de nos données étaient constituées des documents (décret-loi et ordonnance-loi, journal officiel, des articles...) et des réponses des personnes à interroger (structurées ou non structurées).

Dans notre étude, nous avons fait recours aux techniques suivantes : revue documentaire, interview semi-structurée. La technique documentaire nous a permis de faire la revue documentaire sur l'organisation et le fonctionnement de service de santé de la PNC Nord-Kivu et exploiter des données publiées sur la thématique de recherche. L'interview approfondie semi-structurée nous a servi de collecter les données sur les différents niveaux d'intégration.

Nos données étaient collectées par une grille d'extraction des données documentaires et par une guide d'entretien adressée aux des cadres de commandements territoriale et cadres sanitaires de la PNC.

La collecte des données documentaires était en présentiel et les entretiens sur téléphone avec enregistrement de l'appel téléphonique, tout en approfondissant là où il y a des aspects importants par rapport à la question de recherche. Ce qui nous a permis de collecter les données sur les éléments d'intégration interne du système des services de santé et les goulots d'étranglement en rapport avec l'intégration du système des services de santé. Pendant la période de collecte des données, la date et l'heure de l'entretien étaient décidées de commun accord avec l'interviewé.

Gestion et analyse des données

L'analyse de donnée est du type qualitatif, suivant le contenu par thématique qui a été fait manuellement. Notre outil d'analyse a été le téléphone avec son application magnétophone téléchargé dans Play store. Pour parvenir à l'analyse des données, nous avons procédé de la manière suivante : la Transcriptions qui a consisté en la mise à plat, transcription mot à mot des données ; suivie du Dépouillement qui a consisté en le classement des transcrits par types d'acteurs-sources ; suivi d'Écoute et lecture qui ont reposé sur l'audition et la ré-audition des audio des entretiens. À

cela s'ajoutent la lecture et la relecture des transcrits (documents et des entretiens) et, enfin, le Codage des données: catégories, sous-thèmes et thèmes suivant notre modèle d'analyse.

Aspects éthiques

L'étude a été soumise et approuvée par le Comité éthique de l'Université de Lubumbashi et l'autorité sanitaire de la PNC Nord-Kivu au niveau provincial. Les données ont été collectées dans l'anonymat et confidentialité et nous avons eu respect à la dignité et à la liberté individuelles des participants.

3. RESULTS

3.1. Perception des cadres sanitaire et de commandement de la PNC sur l'intégration interne de service de santé

Il se révèle qu'il n'existe pas une unité d'orientation, sous le mode d'agrégation, d'interaction, de management, d'interconnexion et de gouvernance collaboratif entre les différents services de santé au sein de la province du Nord-Kivu c'est à dire du niveau territorial et au niveau provinciale.

Les cadres sanitaires de la PNC ont dit ce qui suit :

- La santé de l'école ne dépend pas du DSS, nous n'avons pas de rapport à lui donner sur le plan administratif, pas de rapport de supériorité ou d'infériorité ; nous sommes Kinshasa à Goma (COD09).
- Le commandant, c'est lui le chef. On ne peut rien faire sans son aval. La police, c'est le commandement, bien que le chef DSS soit mon chef, mon chef hiérarchique direct c'est le commandant, le représentant du commissaire provincial (COD08).

Les cadres du commandement de la PNC ont dit :

- Mon chef DSS dépend de moi. Le chef DSS provincial n'a pas des ordres à donner au DSS de

chez moi. C'est moi le numéro un, je veille sur l'approvisionnement en médicaments et équipements médicaux, pour la viabilité de la structure de santé (COD02).

- Je suis le superviseur, je coordonne le service de santé, je dois avoir un œil regardant dans le CS pour son bon fonctionnement pour que les policiers et leurs dépendants puissent en bénéficier (COD01).
- Je suis le gestionnaire, je contrôle avec le comité de suivi (COD03).
- Suivi de l'utilisation de médicament et de musa (COD04).

Perception des cadres sanitaires et de commandement de la PNC sur les avantages de l'intégration et les désavantages de la désintégration interne de service de santé

- Les avantages de l'intégration interne de service de santé

Il se dégage que l'intégration améliore l'efficacité et l'efficacité de la fourniture de services et de programmes dans les réseaux organisationnels, ainsi que la résolution de problèmes de santé.

Les cadres du commandement de la PNC ont affirmé:

- Que le chef DSS puisse faire le suivi des FOSA dans la province afin que ça puisse fonctionner normalement (COD05).

Les cadres sanitaires de la PNC ont dit :

- Assurer la bonne exécution des activités de santé, coordonner et superviser les activités, identifier et centraliser les besoins en équipements spécifiques et en formation du personnel, participer dans la gestion et riposte des épidémies et catastrophes naturelles (COD10).

Les désavantages de la désintégration interne de service de santé

On note une fragmentation dans l'organisation et fonctionnement entre le détachement de service de santé et le sous-détachement de service de santé au niveau du système de santé de la Police Nationale Congolaise dans la Province du Nord-Kivu.

Les cadres sanitaires de la PNC ont indiqué que :

- Le chef DSS est le conseil santé du commissaire provincial au niveau provincial et moi le conseil santé du commandant au niveau du territoire. Nous tous nous avons de compte à rendre à nos chefs, je ne peux pas collaborer avec le chef DSS sans passer par mon commandant (**COD08**).
- Le chef DSS intervient seulement sur le plan administratif RH : démarche pour alignement du personnel de santé aux différentes primes et affectations de prestataire de soins (**COD06**).
- Je ne peux pas passer par mon commandant pour toute collaboration avec le chef DSS et il en est de même pour lui, aucune décision ne doit être prise sans son aval et / ou son implication (**COD08**).
- Le chef DSS n'a pas la mainmise sur la santé ici chez nous (**COD07**).

Les cadres du commandement de la PNC ont dit :

- Mon chef DSS dépend de moi. Le chef DSS provincial n'a pas des ordres à donner au DSS de chez moi, il doit se référer d'abord au commissaire provincial qui doit me donner des instructions à transmettre au chef DSS ici et si j'ai des éclaircissements à avoir, je peux l'appeler pour d'amples éclaircissements, et à mon tour, je transmets au chef DSS de chez moi (**COD02**).
- L'apport du chef DSS est sur le plan administratif : Gestion des infirmiers et du personnel soignant (affectations) (**COD03**) (**COD01**).
- Aucun apport du DSS sur le plan technique ni opérationnel : le médecin c'est un figurant (**COD01**).

- Aucune supervision de la part du DSS provincial à notre FOSA (COD05).

- Le rapport mensuel du CS n'est pas envoyé au chef DSS provincial, le rapport du CS est incorporé dans le rapport d'unité que nous envoyons au commissariat provincial (COD05) (COD003).

Pour des raisons de la soumission de l'ordre donné par la hiérarchie, parfois le cadre sanitaire brise la chaîne de commandement.

- Sur demande du chef DSS, je lui envoie le rapport, je court-circuite le commandement (COD07)

Perception des cadres sanitaire et des commandements de la PNC sur les forces et les faiblesses de l'intégration de service de santé de la PNC

- **Forces et faiblesses de l'intégration de service de santé de la PNC**

Dans nos interviews, les forces de l'intégration de service de santé de la PNC n'ont pas été révélées par les cadres sanitaires n'ont plus par les cadres de commandement.

- Faiblesses de l'intégration de service de santé de la PNC

On note une administration très lourde, les désarticulations et le chevauchement dans l'organisation et fonctionnement aux seins de détachement de service de santé créant parfois le sentiment de frustration.

Les cadres sanitaires de la PNC ont dit :

- On note un court-circuit dans notre système de santé, la gestion sanitaire au niveau provincial et de territoire (COD08).

- Le commandement a le plan l'opérationnalisation du CS et Goma prend un aspect de RH. Cette façon de faire ne facilite pas le travail (COD06).

- Ce chevauchement a un impact sur nos relations avec la zone de santé, car certaine urgence sanitaire n'est pas facilement comprise par le commandant. Quand un personnel de santé est là, il ne nous considère pas comme son partenaire et nous ne sommes pas pris en charge par la zone de santé (COD08).

- On essaie de satisfaire partout et parfois ; c'est le ministre de santé qui se trouve non satisfait et non impliqué, parfois on doit demander des autorisations au commandement qui parfois ne trouve pas prioritaire et cela impacte même la relation avec le Zone de santé et indirectement même la prise en charge de malade (COD06).

- Pour qu'un message venant du chef DSS soit bien accepté par le commandant, il faudra qu'il associe la générale qui est aussi occupés par des multiples tâches (COD08).

Pour faire face à certains chevauchements, certaines personnalités extérieures à la PNC sont impliquées dans l'affaire pour expliquer au commandant le bien-fondé de certaines actions.

- Le commandement parfois à certaines urgences urgentes, et parfois certaine urgence au niveau du centre de santé sont mises au second plan. Parfois, je suis obligé de faire intervenir le médecin chef de zone qui est son collaborateur direct pour lui montrer la nécessité et demander son aval (COD08).

Les cadres du commandement de la PNC ont dit :

- Pas de chevauchement. Nous sommes une structure bien organisée, cette manière de faire nous permet d'éviter la dualité, c'est-à-dire plusieurs ordres adonnés à une même personne (COD01).

Nous observons une discordance dans les propos de nos interviewés ; la grande partie des cadres sanitaires évoquent le chevauchement existant entre le DSS, S/DSS et le commandement alors qu'un

cadre sanitaire et le cadre du commandement ne sont pas d'accord avec cette manière d'apprécier l'administration.

Un cadre de commandement a présenté les propos suivants :

- Pas de chevauchement car chacun travaille dans son entité moi je travaille avec les apprenant et lui est dans le territoire et soigne le policier malade **(COD09)**.

Le sentiment de frustration est noté en grande partie chez les prestataires de soins et à faible intensité chez le commandant.

Un cadre de commandement s'est exprimé de la manière suivante :

Le CS dépend du Chef DSS, il fait son rapport et envoie au chef DSS et il ne me réserve aucune copie ni aucune information. Je ne comprends pas ce qui se passe **(COD04)**.

Un autre cadre de sanitaire a abondé dans le même sens que le précédent :

Parfois j'ai du mal à donner des suggestions pour l'amélioration du service d'autant plus que je ne suis pas considéré. Ce qui crée en moi un sentiment de frustration. Je me limite juste à soigner les malades, avec les moyens disponibles **(COD07)**.

Propositions de renforcement de l'amélioration de l'intégration interne de service de santé de la PNC

La cohésion de détachement et le sous-détachement de service de santé et la coordination des activités de santé dans la Province du Nord-Kivu constituent les facteurs pour l'amélioration et le renforcement du système de santé.

Les cadres sanitaires de la PNC ont, à ce sujet, dit ce qui suit :

- Que le niveau national lève le chevauchement existant entre le DSS, S/DSS et le commandement ; cela pourrait nous aider à distinguer les choses

(COD06).

- Faire du détachement de service de santé un corps de santé comme dans l'armée **(COD10)**.

- Que le service de santé dépende du chef DSS du point de vue technique, c'est-à-dire les aspects médicaux **(COD07)**.

Les cadres du commandement de la PNC ont dit :

- Ce n'est pas moi à demander la proposition, car vous êtes censé connaître vos tâches et travail avec le CS et/ou le commandement **(COD01)**.

- Que le chef DSS s'investisse davantage pour faire le suivi des CS disséminés dans la province afin que ça puisse fonctionner normalement, à part le suivi que je fais, personne d'autre ne le fait. N'eût-été moi, le CS ne serait pas là aujourd'hui, suite à mon effort personnel (création de musa, disponibilité de prestataire de soins civils, sensibilisation de policiers pour amener au CS les ayants-droits pour bénéficiaires de soins, achats de médicaments) **(COD05)**.

4. DISCUSSIONS

Les résultats de cette étude ont relevé que le système de santé de service de santé de la PNC dans la Province du Nord-Kivu n'a pas une unité d'orientation, sous le mode d'agrégation, d'interaction, de management, d'interconnexion et de gouvernance collaboratifs. Ce système reste ainsi fragmenté dans son organisation et son fonctionnement ; ce qui rend son administration de service de santé très lourde.

La fragmentation des services de santé est marquée notamment par l'existence simultanée des unités, des établissements non intégrés au sein d'un réseau de santé avec l'absence de coordination entre ces services dans un système (24); la fragmentation du

système de santé impacte négativement les professionnels de la santé, ainsi que la qualité des soins, l'accessibilité aux soins de santé et à la qualité de vie des patient (25,26).

Nos interviewés ont suggéré que la cohésion des services de santé de la PNC se déroule dans une unité organisationnelle et structurale avec le leadership du chef de département de service de santé pour une meilleure intégration interne en vue de l'amélioration du service de santé de la PNC et de renforce son système de santé.

L'intégration est un processus consistant en un établissement d'une interdépendance plus étroite entre les parties (27); marquée par une cohésion dans le système d'appartenance diverse à un même ensemble délimité par une unité d'orientation et de commandement (12), elle visent à bâtir un système de santé plus efficace pour un meilleur résultat pour la santé de la population en améliorant la disponibilité et l'accès à des prestations de services de soins de qualité pour les populations (28).

L'organisation des services de santé doit garantir la réalisation de procédés admissibles et sûrs dans la recherche du résultat désirer permettant d'engendrer, de maintenir et d'améliorer de manière continue la qualité dans la prestation des services de santé permettant de garantir la sécurité des patients (29).

Les problèmes rencontrés dans le système de santé de la PNC dans la Province du Nord-Kivu sont similaires à ceux rencontrés en RDC en particulier, et le monde général. Il s'agit entre autres :

- De nombreux pays en développement sont au milieu de multiples transitions sociales, économiques, démographiques, technologiques, institutionnelles, environnementales interconnectées et la gestion du développement du système de santé dans ces contextes de changement rapide et complexe et

supposent la création d'organisations et les arrangements institutionnels dans lesquels elles s'inscrivent comme un processus d'adaptation mutuelle entre les acteurs clés ; la mise en place d'institutions stables implique la création d'une compréhension partagée des règles d'engagement entre les parties prenantes (30).

- Problèmes de gouvernance et de pilotage du secteur de la santé (31).
- Collaboration intra et intersectorielle non optimale pour favoriser l'offre et la demande des services et soins de santé de qualité (32).
- Le système de santé caractérisé par une défaillance du système de soins de santé congolais se traduit par une désintégration et désarticulation de ses éléments (33).

Nos résultats suggèrent d'analyser l'intégration interne du système de service de santé de la PNC dans la Province du Nord-Kivu afin de proposer des pistes de solution pour son renforcement. La cohésion des services de santé de la PNC dans la Province du Nord-Kivu dans une unité d'orientation sous mode d'agrégation, d'interconnexion et de management est un facteur d'amélioration et de renforcement du système de santé de cette police.

La limite de cette étude repose sur le fait que ses résultats ne peuvent ne pas être généralisables, mais transférables dans un milieu similaire à celui du Nord-Kivu. La constitution par ordonnance-loi peut influencer l'organisation et la restructuration de service de santé. Il se remarque très peu de points de vue divergents parmi les participants, mais plutôt les informations recueillies sont complémentaires ou convergentes.

5. CONCLUSION

Les services de santé de la PNC dans la Province du Nord-Kivu sont caractérisés par une fragmentation et désarticulation. De ce qui précède, nous recommandons ce qui suit au Gouvernement central :

- D'unifier les services de santé de la PNC en un seul corps dans la Province du Nord-Kivu.
- De renforcer la collaboration avec le commandement et en accordant un rôle décisionnel au chef de département de service de santé en matière de santé.
- De réviser les pouvoirs et le fonctionnement des conseils d'administration des FOSA.
- D'améliorer le réseau de la santé en assurant un milieu de travail sain et de bonnes conditions de travail et de pratique.

Perspective de recherche

Nous n'avons pas abordé toute la thématique de l'intégration interne ; d'autres recherches pourraient prendre les divers aspects liés aux piliers du système de santé dans le commandement.

Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt à déclarer.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wang L, Wang Z, Ma Q, Fang G, Yang J. The development and reform of public health in China from 1949 to 2019. *Glob Health*. déc 2019;15(1):45.
2. Van Olmen J, Criel B, Van Damme W, Marchal B, Van Belle S, Van Dormael M, et al. Analyser les systèmes de santé pour les renforcer. *Politique sur les organes du Stud Health Serv*. 2010;27:2-98.

3. WHO. Everybody's Business: Strengthening health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action. 2007.
4. Frenk J. Dimensions de la réforme du système de santé. *Politique de santé*. 1944;27(1):19-34.
5. Don de Savigny and Taghreed Adam (Eds). *Systems thinking for health systems strengthening*. Alliance for Health Policy and Systems Research,WHO. 2009.
6. Roncarolo F, Boivin A, Denis JL, Hébert R, Lehoux P. What do we know about the needs and challenges of health systems? A scoping review of the international literature. *BMC Health Serv Res*. déc 2017;17(1):636.
7. Al-Awlaqi S. La fragmentation du système de santé du Yémen pendant le conflit : l'impact sur l'état sanitaire et nutritionnel d'une population vulnérable. *Politiques sanitaires internationales*. 2019 ; Disponible en ligne sur : <https://www.internationalhealthpolicies.org/blogs/yemens-health-system-fragmentation-during-the-conflict-the-impact-on-the-health-and-nutrition-status-of-a-population-vulnerable/> (consulté le 27/10/2022).
8. Morhason-Bello IO, Odedina F, Rebbeck TR, Harford J, Dangou JM, Denny L, et al. Challenges and opportunities in cancer control in Africa: a perspective from the African Organisation for Research and Training in Cancer. *Lancet Oncol*. avr 2013;14(4):e142-51.
9. Dureab F, Hussain T, Sheikh R, Al-Dheeb N, Al-Awlaqi S, Jahn A. Forms of Health System Fragmentation During Conflict: The Case of Yemen. *Front Public Health*. 12 juill 2021;9:659980.
10. Bukowski, A. How Fragmented Health Systems Hurt Patients—Global Cancer Institute.2016 ;Disponible en ligne sur :

<https://globalcancerinstitute.org/health-trends/fragmented-health-systems-hurt-patients/> (consulté le 27/10/2022).

11. Mladovsky P. Fragmentation by design: Universal health coverage policies as governmentality in Senegal. *Soc Sci Med.* sept 2020;260:113153.

12. Divay G, Slimani Y. Hybridation et intégration dans l'action collective locale : un cadre d'analyse: *Rev Int Sci Adm.* 14 sept 2018;Vol. 84(3):449-65.

13. Schang L, Thomson S, Czypionka T. Explaining differences in stakeholder take up of disease management programmes: A comparative analysis of policy implementation in Austria and Germany. *Health Policy.* 2016;120(3):281-92.

14. MEASURE Evaluation, USAID, GRAG. Intégration des services de santé au Sénégal Etude de Cas [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.measureevaluation.org/resources/publications/sr-15-122-fr/at_download/document

15. Lê G, Morgan R, Bestall J, Featherstone I, Veale T, Ensor T. Can service integration work for universal health coverage? Evidence from around the globe. *Health Policy.* avr 2016;120(4):406-19.

16. Malakoane B, Heunis JC, Chikobvu P, Kigozi NG, Kruger WH. Public health system challenges in the Free State, South Africa: a situation appraisal to inform health system strengthening. *BMC Health Serv Res.* déc 2020;20(1):58.

17. Ministère de la santé RDC. Plan national de développement sanitaire 2011-2015. 2010.

18. Organisation et fonctionnement de la police nationale congolaise. loi organique N° 11/013 aout, 2011.

19. Décret N°13/037 du 16 septembre 2013 déterminant l'organisation et le fonctionnement de la direction générale des écoles et formation de la

police nationale congolaise.

20. Division provincial de la santé nord Kivu/RDC. Bulletin du système d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique. 2019;premier semestre.

21. Kapiteni W, Mafuta É, Mwarabu B, Mulenga P, Luboya O, Tambwe AM. Availability of Health Services in the Health Facilities of the Congolese National Police in North Kivu Province. *Acta Sci Med Sci.* 1 avr 2022;130-40.

22. Commissariat Provincial de la PNC NK. Etude et planification :Rapport premier semestre. Nord-Kivu/ RDC; 2022.

23. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N., Rodriguez R. Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures.* 2001;8(2):38-52.

24. OMS. Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires : De l'ambition à l'action. 2020.

25. Tricco AC, Antony J, Ivers NM, Ashoor HM, Khan PA, Blondal E, et al. Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis. *Can Med Assoc J.* 21 oct 2014;186(15):E568-78.

26. Peterson K, Anderson J, Bourne D, Charns MP, Gorin SS, Hynes DM, et al. Health Care Coordination Theoretical Frameworks: a Systematic Scoping Review to Increase Their Understanding and Use in Practice. *J Gen Intern Med.* mai 2019;34(S1):90-8.

27. Alain rey.
<https://www.lerobert.com/dictionnaires/francais/histoire-de-la-langue/le-dictionnaire-historique-de-la-langue-francaise-coffret-compact-3-volumes-nouvelle-edition-augmentee-9782321014096.html>; consulté 1/11/2022.

28. Heyeres M, McCalman J, Tsey K, Kinchin I. The Complexity of Health Service Integration: A

Review of Reviews. *Front Public Health* [Internet]. 17 oct 2016 [cité 21 nov 2022];4. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2016.00223/full>

29. YL, Rodríguez Rojas, Camargo Rojas DA. Apport des systèmes de gestion de la qualité à la sécurité du patient: revue internationale." *soins* 12 (2012): 14. *Pratiques et Organisation des Soins*. 43(3):205-14.

30. Bloom G, Wolcott S. Building institutions for health and health systems in contexts of rapid change. *Soc Sci Med*. nov 2013;96:216-22.

31. MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE-RDC. PLAN NATIONAL DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle. 2016.

32. MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE-RDC. Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle. 2018.

33. Chenge Mukalenge F. De la nécessité d'adapter le modèle de district sanitaire au contexte urbain: exemple de la ville de Lubumbashi en RD Congo.

*INTÉGRATION INTERNE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA POLICE NATIONALE CONGOLAISE :
ENJEUX POUR LA PERFORMANCE DE SON SYSTEME DE SANTÉ DANS LA PROVINCE DU NORD-
KIVU