

Projet de recherche sur les stratégies de capacitation de la fonction de pilotage de système de santé

Rapport final de recherche préparé dans le cadre du programme « *AIDS
IMPULSE* » financé par la Direction Générale de Coopération au
Développement (DGCD) du Royaume de Belgique

par

D. Molisho, U. Menase, J. Wangata, J.B. Kahindo & F. Bomboko

Fometro, RDC

Décembre 2002

Table des matières

INTRODUCTION	3
CONTEXTE DE L'ÉTUDE	3
CONTEXTE DU PAYS : « LE CAS DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO »	7
PROBLÉMATIQUE	12
MÉTHODOLOGIE	15
INTERVIEW DES STEWARDS	16
BINÔME D'INTERVIEWERS	17
ENREGISTREMENT (O/N)	17
CHOIX DES STRATÉGIES	17
ANALYSE DES DONNÉES.....	17
LIMITES DE L'ÉTUDE	18
SOURCES POSSIBLES D'ERREURS	19
RÉSULTATS	21
DIMENSION STEWARDSHIP.....	21
DIMENSION STEWARDS	32
DISCUSSION	44
LISTE DES ANNEXES	48
ANNEXE 1 : LISTE DES MINISTRES DE LA SANTÉ DE LA RDC DEPUIS 1960.....	49
ANNEXE 2 : LISTE DES DIRECTIONS CENTRALES ET PROGRAMMES SPÉCIALISÉS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ	51
ANNEXE 3 : LISTE (PARTIELLE) DES DOCUMENTS RÉUNIS PAR LE GROUPE DE RECHERCHE	53
ANNEXE 4 : GRILLE DE COLLECTE DES DONNÉES.....	54
ANNEXE 5 : CRITÈRES DE SÉLECTION DES TÉMOINS	55
ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE TÉMOINS	56
ANNEXE 7 : LISTE DES PERSONNES CITÉES COMME STEWARD	62
ANNEXE 8 : GUIDE D'INTERVIEW STEWARD	63
ANNEXE 9 : SYNTHÈSE SUR LES PERSONNES INTERVIEWÉES	69
ANNEXE 10 : SYNTHÈSE DE RÉALISATION DES INTERVIEW	70

Introduction

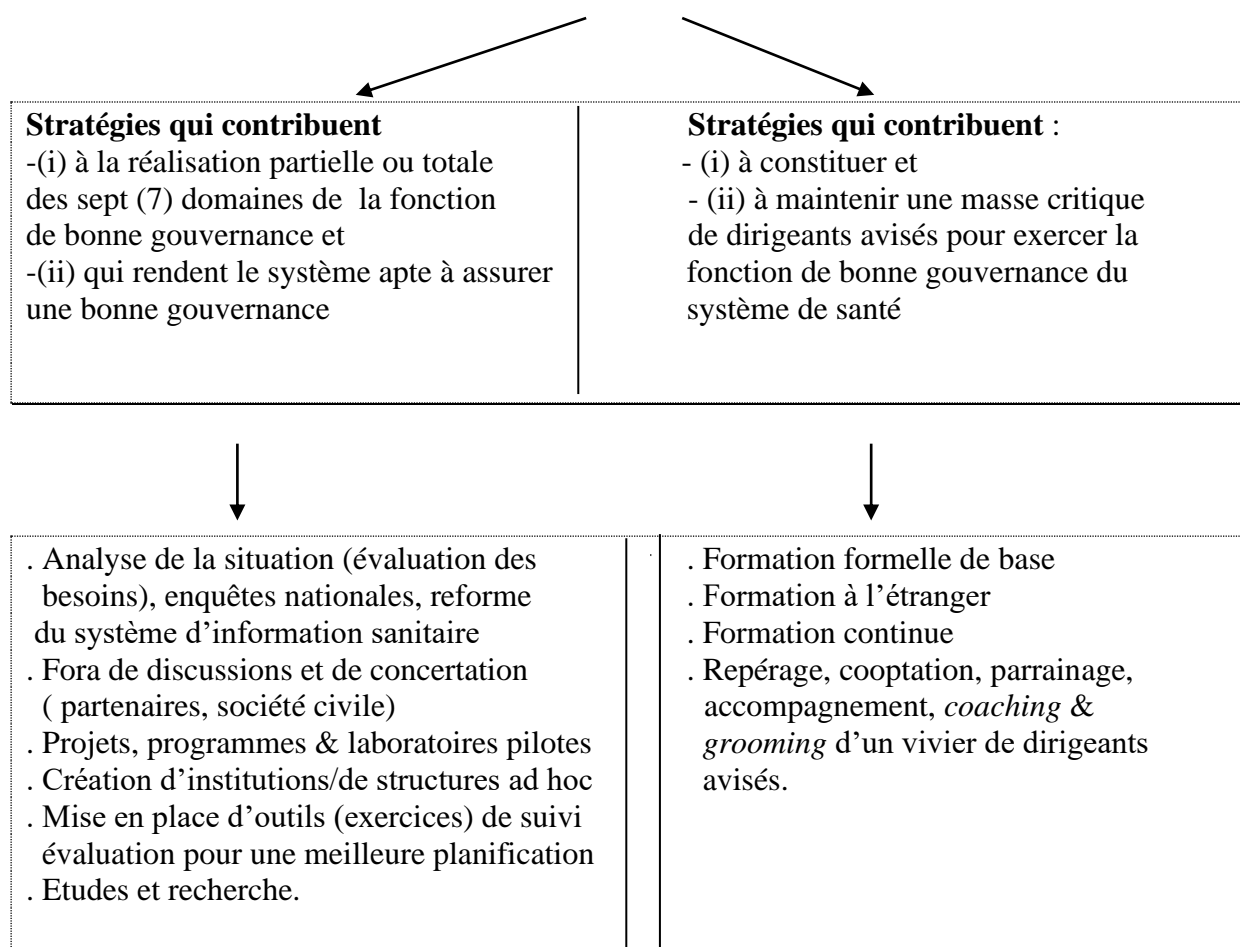
Contexte de l'étude

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme «Aids *Impulse Funds* » (Fonds d'impulsion en matière de SIDA), financé par le Secrétariat d'Etat belge à la Coopération Internationale, un projet appelé «*Human Resources in Developing Health Systems* » a été mis en œuvre par l'Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold d'Antwerpen, IMTA. Cette étude s'est focalisée sur les stratégies de renforcement des capacités (*capacity building*) de la fonction de pilotage (*stewardship*) des systèmes de santé.

Du 2 au 5 avril 2002, un atelier international réunissant autour de l'IMTA l'ensemble des chercheurs des sept équipes du Sud s'est tenu à Rabat au Maroc. Lors de cette réunion, il a été procédé à la mise en commun des résultats provisoires sur l'inventaire des principales stratégies utilisées pour assumer au mieux la fonction de *stewardship*. Il a été en outre mené une réflexion critique sur cette fonction ainsi que sur des questions de recherche pour une analyse approfondie de quelques stratégies supposées porteuses.

La figure ci-dessous présente le consensus auquel est parvenu l'atelier de Rabat. Cette manière de présenter a été jugée pertinente pour établir avec toute la clarté nécessaire, les approches méthodologiques qui conviennent pour documenter les différentes stratégies ainsi répertoriées. Ainsi il y a clairement deux classes de stratégies. La première est celle des stratégies qui contribue à former et à conserver une masse critique de dirigeants avisés. La deuxième renferme toutes les stratégies qui fournissent des apports à tout ou partie des sept domaines du *stewardship* et rendent le système apte à exercer au mieux la fonction de pilotage.

BONNE GOUVERNANCE



À l'issue de cette réunion, la RDC a été retenue parmi les pays qui devaient participer à la deuxième phase de l'étude.

LES PRINCIPES DE BASE DU "STEWARDSHIP"

Dans le cadre de la réflexion sur les performances des systèmes de santé, l'OMS a dans son rapport sur la santé 2000, 'pour un système de santé performant', fait la synthèse de la question en mettant en relief le rapport entre les fonctions et les objectifs des systèmes de santé.

De quatre fonctions reprises dans ce rapport à savoir : - la production des ressources ; - le financement ; - la prestation des services et le stewardship ou l'administration générale, le stewardship est celle qui oriente, coordonne et donne la direction aux trois autres pour permettre au système de santé d'atteindre ses objectifs : - répondre aux attentes de la population ; - répartir équitablement la contribution financière et améliorer l'état de santé de la population.

Le stewardship apparaît ainsi comme la fonction la plus importante dans ce sens qu'elle englobe la supervision de toutes les autres fonctions et exerce des effets directs ou indirects sur tous les résultats¹ du système de santé.

Pour analyser cette fonction dominante des systèmes de santé, Travis et al l'ont découpée artificiellement en 6 domaines². Pour ces auteurs, les six domaines devraient conceptuellement couvrir la fonction de stewardship et ne pas se chevaucher. Cependant, dans le cadre de cette étude, un septième domaine en rapport avec la protection des consommateurs a été ajouté lors de la rencontre préparatoire de Rabat.

Les domaines sont décrits en terme de capacité :

1. La capacité de générer de l'information pertinente pour la prise de décision
 - Evolution de l'état de santé
 - Performances
 - Contexte politique, économique, institutionnel, acteurs
 - Opportunités politiques
 - Options techniques (basées sur des évidences) ;
2. La capacité de formuler une direction stratégique aux politiques sanitaires et/ou établir des priorités – cadre stratégique
 - *Définition des objectifs du système, y compris des poids budgétaires*
 - *Définitions des rôles de chaque acteur*
 - *Définition de l'architecture du système*
 - *Définition des stratégies de changement*
3. La capacité de disposer les outils nécessaires à l'implantation : pouvoir, incitatifs et sanctions ;
 - *Mécanisme de contrôle - Obtenir le pouvoir qui va de pair avec les responsabilités (p.ex. Contrôle flux d'argent, contrôle personnel...)*
 - *Mécanisme de sanction et d'incitation - Avoir de quoi réglementer, sanctionner, fournir des incitatifs, ...*
4. La capacité de construire des relations (alliances et partenariats) ;
 - *Communication sur thèmes importants*
 - *Collaboration/partenariat avec les acteurs importants, au moment opportun et sur le thème pertinent*

¹ OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2000 : 'pour un système de santé performant'

² P. Travis et al, Towards better stewardship : concepts and critical issues. Evidence and information for policy, WHO 2002.

5. La capacité d'assurer la congruence entre les objectifs des politiques et la structure organisationnelle et ou adapter les structures aux objectifs et orientation politique
 - Réduire/éliminer les «obstacles structurels »
 - Réduire/éliminer les obstacles organisationnels, de culture d'organisation à l'application de la politique
 - Minimiser les chevauchements, les fragmentations et duplications
 - Refléter intégration et séparation
 - Mettre en place des lignes de communication
 - Réduire les conflits
6. La capacité d'assurer la «redevabilité ».
 - Faire en sorte à ce que les acteurs soient redevables au steward
 - Faire en sorte à ce que le système soit redevable au public
 - Avoir les instruments bureaucratiques, techniques, financiers, presse, «watchdog », etc. pour assurer la transparence
7. La capacité d'assurer la protection de consommateurs.
 - Minimiser les effets de l'asymétrie des connaissances et des conflits d'intérêt
 - Mécanisme de recours (association de défense de consommateurs....)
 - Ethique professionnelle

Contexte du pays : « Le cas de la République Démocratique du Congo »

La RDC est située en Afrique centrale de part et d'autre de l'Equateur entre le 4^{ème} degré de latitude Nord et le 2^{ème} degré de latitude Sud. Etendue sur 2.345.000 Km² et couverte en grande partie par la forêt, la RDC est traversée par le fleuve Congo, qui draine un nombre important d'affluents sur sa longueur estimée à 4.700 Km. Le pays connaît plusieurs types de climat : tropical humide, équatorial, de montagne (tempéré). Sa population est estimée à 50.948.000 habitants soit, une densité de 22 habitants/km², avec un taux d'accroissement de 3,3% et un indice synthétique de fécondité de 7,1³.

Situation socio-politique

Le génocide rwandais de 1994, a déstabilisé la région de Grands Lacs et plus particulièrement la République Démocratique du Congo. Cette déstabilisation s'est principalement caractérisée par une recrudescence des conflits dans la région. La RDC connaît depuis 1996 deux guerres particulièrement meurtrières dont la deuxième qui continue jusqu'à nos jours a déjà coûté la vie selon IRC⁴ à plus de 2,5 millions des civiles. Ce chiffre représente le nombre de personnes mortes en plus du taux de mortalité qui serait normalement celui de cette population. Ces morts sont davantage dues à un manque de nourriture, d'eau potable, des médicaments et d'abris qu'aux combats eux-mêmes. Le nombre des personnes déplacées à l'intérieur du pays est estimé à plus de 2.000.000⁵.

Le IRC a démontré dans la même étude, que dans certains districts environ 75% d'enfants étaient morts ou allaient mourir avant leur second anniversaire. Les cinq dernières années de guerre ont pratiquement détruit ce qui restaient des infrastructures en RDC – services de santé, justice, enseignement, routes. Les fonctionnaires, y compris le personnel médical sont insuffisamment et irrégulièrement payés et sont démoralisés. Le chômage est très répandu, la corruption est devenue une nécessité pour la plupart des gens afin d'assurer leur survie et ceci malgré les énormes richesses minières du pays⁶.

³ République Démocratique du Congo, ministère de plan : Enquête nationale sur la situation des enfants et des femmes MICS2/2001, volume II, rapport d'analyse.

⁴ Internationale rescue Committee, Mortality in Eastern Democratic republic of Congo, 2001 (WWW.theIRC.org/mortality.cfm)

⁵ UN OCHA Great Lakes Regional Office, Affected populations in the Great Lakes Region, September 2001.

⁶ Rapport juin 2002 de Human Right Watch, République Démocratique du Congo, "la guerre dans la Guerre : violence sexuelle contre les femmes et les fille dans l'Est du Congo.

Le pays est de fait divisé et mis sous la gestion des 3 différentes administrations – gouvernementale et rebelles, rendant du coup difficile la mise en place d'une politique nationale.

Situation sanitaire

Repères historiques

Quelques repères historiques sont nécessaires pour comprendre le système de santé de la République démocratique du Congo (RDC), qui est passé de la médecine hospitalo-centrée des années 1960 à laquelle était associée les équipes mobiles et les dispensaires ruraux à un système de petites unités décentralisées au fonctionnement desquelles la population est associée.

Les années 1970 et début des années 1980

Les années 70 sont caractérisées par les expériences en médecine communautaire, respectivement à Bwamanda (province de l'Equateur), à Kisantu (province du Bas-Congo), à Kasongo (ancienne province du Kivu) et Vanga (province de Bandundu). Ces expériences vont être déterminantes et vont influencer d'une manière caractéristique la politique de santé de la RDC.

C'est en effet de ces expériences que sont nées les premières unités décentralisées associant la population à leur fonctionnement, les Zones de Santé. Ces premières Zones de Santé ont contribué chacune de façon spécifique à la mise en œuvre de la stratégie nationale en matière de santé. Bwamanda intègre la ZS avec les autres secteurs de développement, Kasongo apporte la charpente conceptuelle sur l'organisation et le fonctionnement, Kisantu développe la participation communautaire et Vanga met un accent sur les agents communautaires et sert en 1982 de point de départ au projet Santé en milieu Rural. La proximité de Kisantu à Kinshasa, permettra de démontrer aux autorités de la capitale le bien fondé de la médecine communautaire. Le projet Kisantu a cependant eu du mal à intégrer l'hôpital dans le système. Le nombre des Zones de santé fonctionnelles sera porté de 8 en 1981 à 87 en 1984⁷. Jusqu'en 1984, l'Etat n'apportera pas directement aux Zones de Santé l'appui matériel et financier ainsi que l'encadrement technique indispensables à leur épanouissement.

⁷ SANRU III : a long – lasting solution to humanitarian needs in DR Congo, april 2001

1984 - 1985

Quoique plusieurs réflexions soient menées, alimentées de surcroît par des expériences de terrain, il n'existe pas à proprement parler jusqu'en 1984 de document spécifiquement consacré à la politique sanitaire. La RDC achèvera effectivement en 1984 de définir sa politique et sa stratégie dans le domaine de la santé, concrétisant ainsi son adhésion à la charte de développement sanitaire en Afrique. Ce processus commencé en 1975, à l'initiative du Commissaire d'Etat à la Santé Publique de l'époque, avec l'organisation de la première conférence nationale sur la médecine communautaire, attendra le Plan d'Action sanitaire 1982 – 86 et parallèlement le Programme de Réhabilitation Economique de 1983 – 86 pour voir apparaître les préoccupations des autorités politiques vers les soins de santé primaires et voir consacrer la zone de santé (ZS) comme unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre de la nouvelle politique axée sur la stratégie des soins de santé primaires.

En 1985 sera achevée la délimitation du pays en 306 Zones de Santé dont les limites n'épouseront pas les délimitations des zones administratives. Cette année sera aussi celle de la restructuration du FONAMES (Fonds National Médico-Sanitaire) lui donnant la mission de coordonner au nom du ministère de la santé, l'aide des partenaires aux Zones de Santé. Malheureusement, le FONAMES ne jouera jamais ce rôle, laissant ainsi continuer le manque de coordination efficace de l'aide des partenaires aux Zones de Santé.

Les années 1987 – 1991

Période qui pourrait être qualifiée de celle du fléchissement de l'enthousiasme des partenaires pour l'extension de la couverture en Zones de Santé fonctionnelles. Quelques éléments pour essayer de comprendre le phénomène :

- le projet de formation des cadres des Zones de santé (PNUD-OMS) mis en œuvre par le FONAMES qui met l'accent sur le médecin chef de Zone de santé comme représentant du ministère de la santé et non comme membre de l'équipe de la Zone de santé ;
- décisions du ministère de la santé de permuter les médecins chefs de Zones de Santé problématiques (qui ont mal géré) vers des Zones de Santé fonctionnelles ;
- décisions unilatérales du ministère de la santé de transférer les médecins chefs de Zones de santé formés en santé publique (MPH) des Zones de Santé fonctionnelles vers les fonctions administratives au niveau intermédiaire et national ;

- rupture de la coopération belge avec la suspension de l'appui technique et matériel à une quarantaine des Zones de Santé et troubles socio-politiques de 1991 avec le retrait de toutes les coopérations internationales (retrait de l'USAID etc.).

De 220 Zones de Santé estimées fonctionnelles en 1987, il en restera 179 à la fin de l'année 1990.

1992 – 2001 :

Période des aides humanitaires avec environ 100 Zones de Santé fonctionnelles en 2000 dont 60 sont gérées ou co-gérées par les organisations non gouvernementales.

En effet en 1998 on estimait à 30 % seulement le nombre de zones de santé (ZS) fonctionnelles sur un total de 306 que comptait le pays⁸. Avec l'effet de la guerre cette situation s'est aggravée avec environ 100 ZS qui ont subi une destruction ou endommagement des infrastructures. Dans un contexte de la destruction du tissu socio-économique, caractérisée entre autre par l'inaccessibilité aux soins de santé de qualité (environ 74% de la population) et la recrudescence des maladies. Actuellement l'espérance de la vie à la naissance d'un congolais est de 50.5 ans, la natalité est de 48^{°/°°} et la mortalité globale de 16.8^{°/°°}. La situation sanitaire de l'enfant est caractérisée par une mortalité de 207^{°/°°} chez les enfants de moins de 5 ans et une mortalité infantile de 127^{°/°°}. Seulement 30 % d'enfants sont pesés régulièrement dans l'ensemble de la RDC parmi lesquels moins de 25 % sont vaccinés contre la tuberculose et la rougeole. Selon les estimations du ministère de la santé, on observe 34 % de cas d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans. Le taux de la malnutrition global chez les enfants se situe autour de 10 à 11,5 %⁹.

La situation sanitaire des femmes en âge de procréer (15-44 ans) se résume par un taux de mortalité maternelle autour de 1837 pour 100.000 naissances quoique que 67 % des soins prénatals sont assurés et que 47 % d'accouchements assistés par un personnel médical. Le taux de prévalence du VIH en RDC est de 5,07%. A l'Est, ce taux est en augmentation. Il est de 16 % chez les femmes enceintes, de 20% chez les donneurs de sang et de plus de 30% chez les professionnels du sexe et les militaires. Dans les territoires « occupés » 27% des femmes sont atteintes. En 2002, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA s'élève à 3 millions

⁸ A ce jour un nouveau découpage devant aboutir à 500 ZS pour l'ensemble du pays est entrain de se réaliser sous la coordination de la Direction de soins de santé primaires du Ministère de la santé.

⁹ Ministère de la Santé RDC, Etats des lieux du secteur de la santé, mars 1999

et 1 million d'entre elles sont au stade de SIDA-maladie dont 10% nécessitent des antirétroviraux.

La RDC se retrouve parmi les 22 pays les plus touchés par la tuberculose avec une incidence qui est passée de 69-120 pour 100.000 habitants en 2000 et un total de 33.442 nouveaux cas a été noté en 99'¹⁰.

Organisation du système

Après ce survol historique sur le système de santé de la RDC, que peut-on retenir de son organisation actuelle ?

Depuis son accession à l'indépendance en 1960, le pays a connu 37 Ministres de la Santé (dont 16 médecins soit 43%) et 14 secrétaires Généraux (dont 8 médecins soit 57%), et un nombre considérable de Directeurs de Cabinets, Directeurs de projets, Directeurs de programmes (annexe 1). En 2002, le Ministère de la santé comprend 7 directions centrales et 45 programmes spécialisés (annexe 2), et est dirigé par deux médecins, en qualité respectivement de Ministre et de secrétaire général.

Le système de santé de la RDC est structuré par niveau et comprend respectivement :

Au niveau central :

- le cabinet du Ministre de la santé ;
- le secrétariat général appuyé par 7 directions (services généraux, hôpitaux, pharmacie – médicaments et laboratoires, épidémiologie et grandes endémies, soins de santé primaires, enseignement des sciences de la santé et direction d'études et planification) et des programmes spécialisés. C'est le niveau normatif et d'orientation stratégique.

Il convient de noter l'existence des chevauchements de responsabilité entre les directions et les programmes spécialisés qui sont créés au fil des années, une centralisation du rôle de contrôle que l'étendue du pays et les faibles ressources disponibles rendent irréalisable.

Au niveau intermédiaire : au niveau des 11 provinces

Les inspections provinciales de la santé et les inspections de district de santé (regroupement des zones de santé) sont structurées de la même manière que le niveau central (inspection

¹⁰ Ministère de la santé, Rapport PNLS

provinciale de la santé composée de 6 bureaux) et non par fonctions et de ce fait agissent moins comme niveau d'appui véritable aux Zones de Santé.

Au niveau périphérique :

Le pays est subdivisé en 306 Zones de Santé. La Zone de santé définie comme l'unité de planification et de mise en œuvre de la politique sanitaire est organisée en 2 échelons obligatoires que sont les centres de santé et l'hôpital général de référence. Un nouveau découpage est en cours, ramenant les limites des Zones de Santé aux limites administratives. Ce nouveau découpage portera certainement le nombre de Zones de Santé à environ 500.

Problématique

Aucune étude n'a à ce jour documenté en RDC les stratégies qui, les 30 dernières années auraient permis une administration générale efficace et efficiente du système de santé.

Dans le cadre de cette étude, nous nous proposons de contribuer à la clarification du concept de stewardship pour améliorer sa définition et mesurer à quel point il s'exerce efficacement dans les différents contextes.

Partant d'un travail préliminaire réalisé et dont les conclusions ont été présentées à la réunion de Rabat, quatre types des stratégies ont été sélectionné sur base de la connaissance du système de santé par le chercheur principal. Ils se présentent de la manière suivante :

1. Les fora des discussions :

- le colloque de Kimwenza de 1975
Colloque organisé à l'initiative du Ministre de la santé, la réunion regroupait les principaux intervenants/partenaires dans le but de partager les expériences et dégager des orientations sur une stratégie nationale des soins de santé. ;
- les revues annuelles des zones de santé de 1982 à 1991
une compilation annuelle des données sanitaires de chaque ZS grâce au financement de l'USAID dans le but d'une évaluation sanitaire et d'une émulation des cadres des zones de santé ;
- le séminaire de Mbanza-Ngungu de 1987
(Réunion des partenaires de la santé (églises, ONG, coopérations bi-multi,...) avec les cadres du ministère de la santé dans le but de mettre au point une stratégie nationale de partenariat (une charte) de collaboration intra-sectorielle

- les états généraux de la santé de 1999

(Forum national qui a regroupé tous les partenaires sanitaires nationaux et internationaux dans le but de reformer le système sanitaire et qui a permis l'adoption de 4 documents importants qui devraient faire partie des produits de la réforme sanitaire :La politique sectorielle, le projet de loi-cadre de la santé, le projet de cadre organique du Ministère de la santé, le plan directeur 2000-2009.) ;

2. Les projets qui ont servi de laboratoire :

- Bwamanda

(Projet de développement mis en place par les missionnaires avec l'appui de la coopération belge dans le but de prendre en charge de façon intégrée et multisectoriel de la population dans une échelle déterminée et ce projet a permis également le développement d'une expérience sur la mutuelle de santé) ;

- Kasongo

(Projet de recherche développé sur le terrain par l'Unité de Recherche en Santé Publique « URESP » en collaboration avec le Gouvernement congolais et financé par la coopération belge dans le but de développer des outils pour la promotion de la santé) ;

- Kisantu

(Zone de santé prise en charge par la coopération belge dans le cadre de la promotion des soins communautaires) ;

- Vanga

(zone de santé pilote développée dans le cadre du projet santé rurale « SANRU » financée par l'USAID dans le but d'une couverture de la population en mettant un accent sur les agents de santé communautaire ;

3. La création des institutions :

- Fonames en 1986

Fonds National médico-sanitaire est une structure mise en place dans le but de mobiliser les ressources financières nécessaires au développement des SSP et coordonner les services de santé dans le cadre de l'appui à la gestion des ZS ;

- **Ecole de Santé Publique en 1986**

Etablissement d'enseignement créé et financé au départ par la coopération américaine puis belge dans le but de former en santé publique les gestionnaires de ZS ;

- **Bureau d'Etudes et de Planification**

(La transformation du bureau d'étude et de planification s'est développée grâce au financement de la coopération belge pour devenir un bureau autonome rattaché au cabinet du Ministre afin de venir en appui au ministère de la santé dans la planification nationale, la coordination des interventions dans le secteur de la santé et la mise en place et l'encadrement de la réforme du système de santé.) ;

4. Les grandes enquêtes :

- **Etat des lieux du secteur de santé en 1998**

(Enquête nationale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire c.-à-d. auprès de 25 unités centrales, 11 inspections médicales provinciales, 289 ZS et 8.613 ménages sur la situation sanitaire du pays).

PARTANT DE CES STRATÉGIES, LA PRÉSENTE ÉTUDE SE PROPOSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES :

1. Quelle est la contribution des stratégies étudiées au renforcement des domaines définis de la fonction stewardship, aux autres domaines ou aux fonctions de la système dans son ensemble ;
2. Qu'est-ce qui a contribué (intervention, stratégie, politique, opportunité, réseau, ...) de façon formelle ou informelle, implicite ou explicite, à constituer et à maintenir des stewards?

Méthodologie

L'approche utilisée dans cette étude pour la collecte et analyse des données est une approche qualitative.

1. POUR LA DIMENSION «STEWARDSHIP/GOUVERNANCE »

Pour cette dimension, la méthode de revue documentaire a été utilisée afin de décrire chaque stratégie considérée, et aussi de formuler en quoi cette stratégie est supposée renforcer l'exercice de la fonction de stewardship par rapport aux sept domaines et améliorer les capacités en matière de stewardship.

Un inventaire des documents ayant trait aux stratégies à documenter a été fait. La source était constituée à la fois des membres du groupe de travail et par les personnes interrogées (témoins et stewards). Par la suite, le groupe a procédé à une recherche active de ces documents auprès des institutions concernées, au centre de documentation du ministère de la santé ainsi qu'auprès d'autres sources non officielles. Une fois les documents réunis (liste en annexe 3), la collecte des données a été faite sur base d'une grille harmonisée par l'équipe de recherche (annexe 4).

Cette revue documentaire a été croisée par des interviews individuelles des décideurs ou commanditaires identifiés, des témoins et des stewards. Il faut cependant noter que dans le cas du colloque de Kimwenza, l'interview des informateurs clés a été la seule source d'information disponible.

2. POUR LA DIMENSION «STEWARD»

Pour cette dimension, le groupe de recherche a préconisé l'approche interview en profondeur des *stewards* (actuels ou passés) identifiés par les témoins pour comprendre comment ils sont devenus stewards et afin d'identifier les «*moments* », les «*actions* » ou «*relations* » eu égard à leur parcours professionnel.

Partant d'une liste de 160 témoins potentiels, 32 témoins ont été retenus conformément aux critères de sélection en annexe (annexe 5). Seuls 18 témoins ont été effectivement interviewés dans le but d'identifier les stewards. Le questionnaire administré aux témoins (annexe 6), demandait de citer nommément les stewards et de décrire domaine par domaine les actions réalisées par les stewards ainsi identifiés.

Seules les personnes du niveau central, accessibles et ayant été citées au moins trois fois par les témoins, ont été retenues comme stewards à interroger. 9 stewards ont été ainsi retenus parmi lesquels 7 ont pu être interviewés tenant compte de leur disponibilité (annexe 7).

Interview des stewards

Une fois la liste des stewards à interviewer établie, nous avons préparé un guide d'interviews (annexe 8).

Notre guide d'interviews a été personnalisé¹¹ réorienté en fonction du résultat du pré-test qui a indiqué que :

1. L'interview dure en moyenne deux heures de temps.
2. Il est important de citer les actions menées par le steward qui ont été reprises par les témoins afin de faciliter le déroulement de l'interview.
3. Il est important de clarifier le concept de «vision politique» pour permettre une meilleure compréhension.
4. L'interviewé hésitait à citer les noms des personnes en voie de devenir des «*stewards*» actuellement dans le pays.
5. Il y a une répétition de certaines questions, à ce titre deux questions ont été éliminées.
6. Plusieurs questions devaient être reformulées.
7. L'ordre de certaines questions a aussi été changé.

Les interviews ont été réalisées chaque fois par un binôme des membres du groupe, un en qualité de meneur de l'interview et l'autre en qualité de secrétaire. Dans la mesure du possible les interviews ont été enregistrées comme le montre le tableau ci-dessous.

¹¹ Note bibliographique des cadres zairois

Tableau 1 réalisation des interviews des stewards

	Binôme d'interviewers	Enregistrement (O/N)
Steward 1	UM&FB	OUI
Steward 2	JW&FB	OUI
Steward 3	UM&NB	NON
Steward 4	DM&JB	OUI
Steward 5	UM&FB	OUI
Steward 6	UM&DM	OUI
Steward 7	JW&FB	OUI

Choix des stratégies

Le choix des stratégies à documenter a été fait partant de quatre types des stratégies identifiés dans la phase préliminaire de l'étude comme mentionné dans l'introduction et qui ont été suggérées pour leur validation, aux stewards lors de l'interview

Analyse des données

L'analyse des données a été faite de façon manuelle en utilisant le 'Framework method'¹². Les documents de base pour l'analyse sont constitués des transcrits des interviews (seuls les interviews de stewards qui ont été enregistrés sur bande magnétique ont été transcrits), des notes prises lors des interviews et des documents existant sur les stratégies à documenter.

Pour la dimension «stewardship/gouvernance »

L'analyse des résultats de la dimension stewardship de l'étude a été basée principalement sur une triangulation des informations fournies par différentes sources (documents écrits, interviews). Cette analyse nous a permis de déterminer :

- Les domaines non-couverts par chacune des stratégies ;
- Les domaines pour lesquels les stratégies ont été particulièrement utiles ;
- De quelle manière les interventions ont favorisé ou renforcé la fonction de stewardship ;
- Si les effets/résultats sont attribuables d'une façon directe aux stratégies;
- Les conditions qui ont été favorables à la mise en œuvre des stratégies ;

¹² Jane Ritchie and Liz Spencer : Qualitative data analysis for applied policy research, Applied policy research, chapter 9 : 173-194

- Si les interventions supposées porteuses sont des stratégies qui peuvent être dupliquées ;
- S'il y a contradiction entre *l'impression* de l'efficacité d'une stratégie et l'absence totale d'efficacité dans les sept domaines.

Pour la dimension «steward»

L'analyse a reposé essentiellement sur les transcrits d'interview des stewards (5 transcrits) et les notes prises lors des interviews aussi bien des témoins que des témoins dans le but de faire ressortir des éléments en rapport avec les thèmes ci-dessous :

- Réalisations du steward,
- Compétences et connaissance aussi bien vues de l'extérieur (témoins interrogés) que de l'intérieur (le steward lui-même),
- Pouvoir, position et alliances,
- Attitude, motivation, leadership,
- Respect des citoyens, des pairs etc,
- Barrières dans la carrière,
- Facteurs contextuels (contraintes, opportunités),
- Contributions de l'éducation de la formation de base,
- Contribution de grooming, réseaux,
- Contribution des stratégies analysées,
- Contribution d'expériences spécifiques autres que les stratégies analysées.

Dans le but d'objectiver les déclarations des stewards, une triangulation a été faite avec les données de la revue documentaire.

Limites de l'étude

manque d'archives sur les stratégies mises en œuvre

Les troubles socio-politiques qu'a connu le pays depuis les premiers pillages de 1991 ont détruit une grande partie des archives documentaires du Congo, ce qui a rendu difficile le fait de réunir toute la documentation existante sur les stratégies à l'étude. Il faut en outre signaler le fait d'une faible culture dans l'archivage systématique des documents.

Les limites de la technique par témoins pour la sélection des stewards

L'utilisation d'informateurs pour identifier les sujets faisant objet de l'étude peut entraîner un biais de sélection qui peut avoir pour résultat une sur-représentation de certaines personnes et une sous-représentation systématiquement de quelques autres. Ces «biais» sont inhérents à cette méthode qui, en quelque sorte, confie aux témoins le choix des stewards à citer.

Les limites liés à la complexité de notre problématique

La complexité du concept de stewardship avec ses sept domaines, se prêtait difficilement à la technique de recherche exploratoire qui normalement nécessite un minimum d'intrusion et de structure dans le questionnement des enquêtés. Or il s'avère que le fait de se référer constamment aux sept domaines de pilotage a alourdi l'entretien nécessitant parfois une assez forte orientation de l'entretien.

Sources possibles d'erreurs

Effet de conjoncture

La guerre qui sévit actuellement au Congo avec la destruction des infrastructures sanitaires a introduit une multitudes des facteurs confondants qui permettront difficilement d'évaluer l'efficacité et l'efficience des stratégies retenues et des stewards identifiés en termes d'indicateurs. Par ailleurs très peu d'évaluations des stratégies ont été menées.

Effet de mémoire

Les personnalités actuelles évoluant au niveau Central du Ministère et dont les médias font régulièrement écho de leurs actions auront tendance à être plus souvent perçues comme stewards que les autres, ainsi que celles qui ont été en fonction lors d'un passé plus récent. Il a été aussi noté le fait que certains stewards avaient du mal à se souvenir des détails sur certaines interventions.

Effet de sélection

Les témoins auront tendance à identifier comme stewards que les personnes avec lesquelles ils ont travaillé et/ou évolués, négligeant peut-être ainsi d'autres personnalités qui ont assuré un pilotage efficace du système ;

Effet de répétition

Les témoins qui ont déjà été interviewés lors de l'identification des stewards et qui se sont retrouvés parmi les stewards à interroger ont été préalablement sensibilisés à la problématique et ont fourni par conséquent lors de l'interview des réponses plus fouillées que les autres.

Résultats

Dimension Stewardship

Stratégies documentées

Les quatre types de stratégies retenues dans la phase préliminaire de l'étude ont été soumis à l'appréciation des 7 stewards interviewés dans le but de recueillir leur opinion sur la contribution éventuelle de chacune d'entre elles au renforcement du stewardship en RDC au cours de trente dernières années. Les arguments suivants ont été fournis :

Fora de discussion :

- Colloque de Kimwenza :

Ce colloque a été un pas important (*"... c'était pour la première fois, après l'indépendance qu'on puisse s'appesantir sur les problèmes de santé"*) dans la mise en œuvre d'une nouvelle politique sanitaire orientée vers la communauté. Au-delà du fait que ce colloque a donné l'occasion aux acteurs de terrain de partager leurs expériences, il a conduit à la mise en place du conseil de santé et de bien-être communautaire.

- Etats généraux de la santé :

Le forum en soi est une étape importante, mais ressort plus comme une affaire de l'Etat qu'un forum de l'Etat et ses partenaires. L'approfondissement lors de la préparation n'a pas été suffisante : *" Les quatre documents présentés aux états généraux ont été élaborés en même temps, si non avant même qu'on ait la situation précise des états des lieux. Tout a été présenté comme si les documents résultaient des états des lieux mais en réalité dans le temps ça n'a pas été ça. Et ça c'est déplorable"*.

- Séminaire de Mbanza-Ngungu de 1987

Ce forum a été une occasion pour harmoniser les rapports entre le pouvoir public et les partenaires et d'en définir les lignes maîtresses de collaboration. Il en est sorti de manière consensuelle la charte de Mbanza-Ngungu sur le partenariat.

- Revues annuelles des Zones de Santé

Ces revues sont considérées comme un cadre de partage des expériences qui peuvent profiter aussi bien aux plus faibles qu'aux plus forts.

Projets comme laboratoire

Les opinions de l'ensemble des stewards interviewés convergent vers le fait que ces projets ont constitué de véritables laboratoires. Des avis semblent cependant divergents sur leur reproductibilité, en particulier pour le projet Kasongo. *... "Kasongo trop théorique, on y a mis trop de moyens à titre expérimental..."*, *"...c'était fait de façon un peu trop perfectionniste"*.

Création des institutions

- Fonames

Comme structure de soutien aux soins de santé primaires par la mise en commun des fonds aussi bien extérieurs que intérieurs. Cette stratégie n'a malheureusement pas été mise en œuvre comme conçue pour des raisons de conflit de leadership (futurs dirigeants de la nouvelle structure, ministère de la santé vis-à-vis de la nouvelle structure). *"...la mise en commun des fonds pouvait être le point de départ du nègre, de son système de santé, renforcer le Fonames c'est affaiblir la dépendance¹³"*.

- DEP

Les stewards interviewés sont unanimes sur la pertinence de la mise en place d'un bureau d'étude comme instrument de rationalisation du système de santé. Les opinions semblent diverger sur la place de cette structure : structure administrative du ministère donc dépendant de l'administration centrale ou structure jouissant d'une autonomie suffisante.

- ESP

Les stewards interviewés reconnaissent la pertinence de cette stratégie dans la production des ressources nécessaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire. Un des stewards reste cependant réservé quant à l'efficacité de l'approche utilisée pour la formation.

L'organisation de grandes enquêtes

- Etats des lieux du secteur de la santé de 1998

¹³ transcrit steward 5

Les états des lieux ont permis de réunir une information valable qui malheureusement n'a pas été suffisamment bien exploitée.

Description des stratégies

Deux stratégies à savoir : - le colloque de Kimwenza ; - la création de la direction d'étude et planification (DEP), ont fait l'objet d'une description approfondie et suivant les aspects ci-dessous :

1. Origine, genèse
2. Missions, objectifs
3. Mise en œuvre
4. Outputs à court, moyen terme et à long terme
5. outputs en terme de renforcement du stewardship
6. impact sur l'évolution du système de santé
7. opportunités et contraintes

Les différents éléments présentés sont une synthèse des données provenant à la fois des transcrits des interviews des stewards, des notes prises lors des interviews des témoins et des résultats de la revue documentaire.

Forum de discussion

- *Le colloque de Kimwenza de 1975¹⁴*

Ce colloque, organisé en 1975 pendant une semaine, avait été initié par le Ministre de la santé de l'époque. Il a réuni une centaine de personnes, principalement les personnalités des réseaux catholique et protestant qui géraient à l'époque les principales structures de santé du pays, quelques personnalités des organismes internationaux tel que l'OMS et de façon marginale, quelques administratifs du Ministère de la Santé. Cette rencontre a accouché de la toute première formulation en RDC d'une "politique sanitaire" orientée vers une approche communautaire.

¹⁴ source : interviews d'informateur clé (commanditaire de la stratégie) et des témoins

Origine, genèse

L'origine et la genèse du colloque sont intimement liées au parcours professionnel de son commanditaire, Ministre de la santé de l'époque qui après ses études d'assistant médical a travaillé en province où il s'est rapidement aperçu de la nécessité d'une médecine tournée vers la communauté.

Lorsqu'il a été nommé ministre de la santé en 1975, il a très vite réalisé que les ressources de l'Etat ne lui permettraient pas de mener une politique sanitaire efficace et qu'il fallait nécessairement s'appuyer sur les réseaux catholique et protestant qui étaient les principaux opérateurs du système de santé à une époque caractérisée par la méfiance des partenaires du fait de l'étatisation des biens des privées (zaïrianisation) en 1973.

"...lorsque je suis parvenu avec un certain nombre de difficultés à obtenir la confiance de deux réseaux importants de notre système de distribution des soins, je pensais qu'il était important de définir un certain nombre de grandes lignes, comment je vois les choses. Avec les autres, faire deux choses : - formaliser un certain nombre d'idées que j'avais et ensuite, - les faire partager déjà à un groupe plus élargi des responsables..."¹⁵.

Missions, objectifs du colloque

- Partager avec les principaux opérateurs du système de santé leurs expériences.
- Expliquer aux opérateurs de santé la nécessité d'une approche communautaire.
- Formaliser les options et les principes d'une politique sanitaire plus efficace en tenant compte des réalités du terrain.

¹⁵ interview d'informateur clé (commanditaire de la stratégie)

Mise en œuvre

- La première tâche a été d'identifier les opérateurs de santé à l'époque «*qui pouvaient faire tâche d'huile*». Près de 120 personnes ont ainsi été identifiées et invitées à participer au Colloque. *La majorité des participants étaient des directeurs d'hôpitaux, des sœurs, des missionnaires avec quelques personnalités de l'OMS mais très peu d'administratif responsable du Ministère de la santé.*
- Le colloque a duré une semaine (du 18 au 26 octobre 1975) et s'est tenu à Kimwenza.
Kimwenza est situé en banlieue de Kinshasa, mais suffisamment éloigné de la capitale pour créer un environnement propice à la réflexion.
- La rencontre s'est organisée autour des exposés et des discussions de groupe.

Outputs à court, moyen termes et à long terme

- L'acceptation du principe que l'approche de soins de santé communautaire comme politique sanitaire nécessite une approche multisectorielle dirigée vers la communauté.
- L'engagement des réseaux à mettre en œuvre ce «principe» sur le terrain ;
- L'engagement des réseaux de tenir des colloques similaires dans les provinces afin de promouvoir l'approche communautaire ;
- Le début du processus de décentralisation du système de santé en utilisant l'approche partant «*de la base au sommet*» ;
- La mise en place de premiers centres de bien-être communautaire (CEBEC) ;
- La mise en place du Conseil National de Santé et de Bien-être Communautaire.

Outputs en termes de stewardship (les domaines)

- **La capacité de générer de l'information pertinente pour la prise de décision**
Le colloque a permis aux opérateurs de santé de partager leurs expériences et de mettre à la disposition du ministre de la santé une masse importante d'informations.
- **La capacité de formuler une direction stratégique aux politiques sanitaires et/ou établir des priorités – cadre stratégique**
Le colloque a ébauché une stratégie des soins de santé à base communautaire, perçue par plusieurs témoins interviewés comme le précurseur de la stratégie des soins de santé primaires en RDC.
- **La capacité de construire des relations (alliances et partenariats) ;**
Le colloque a été une opportunité pour les différents opérateurs de terrain de se connaître et d'établir des liens mais aussi d'harmoniser leurs interventions.
- **La capacité d'assurer la congruence entre les objectifs des politiques et la structure organisationnelle et ou adapter les structures aux objectifs et orientation politique**
La mise en place des comités de santé et de bien-être communautaire et des centres de bien-être communautaire.
- **La capacité d'assurer la redevabilité**
Le colloque a permis de réduire les obstacles organisationnels et de mettre en place des lignes de communication entre le ministère et les opérateurs de terrain et ainsi réduire le risque de conflit qu'un changement aussi radical que celui-là aurait pu avoir dans le système de santé.
- **La capacité d'assurer la protection des consommateurs**
Par l'insertion de la communauté dans la prise des décisions au sein des centres de bien-être communautaire (CEBEC). Le CEBEC a permis de créer un cadre pour la défense des droits des consommateurs.

Impacts sur l'évolution du système de santé

Conceptuellement le séminaire de Kimwenza a eu un impact considérable sur l'évolution du système de santé, même si cet impact ne peut pas se mesurer en terme d'indicateurs de santé. Aujourd'hui, en 2002, le concept de soins de soins de santé communautaire et l'approche multisectorielle sont encore des principes de base de la politique sanitaire du pays.

1) *Opportunités*

- crédit de confiance vis-à-vis des partenaires ;
- sympathie et confiance dont jouissait le ministre de la santé auprès du président de la République
- les moyens financiers dont disposaient les partenaires.

2) *Les contraintes*

- La durée courte de son mandat comme ministre de la Santé et le manque de continuité de l'action au sein du gouvernement
"...quand j'ai quitté le gouvernement, la personne qui m'a suivi comme ministre de la santé, c'était un médecin, alors c'était le jour et la nuit comme approche entre lui et moi. Lui est revenu tout a fait un ministre traditionnel. Il a mis tous mes projets dans le tiroir. Heureusement que les réseaux ont maintenu la flamme avec les quelques médecins inspecteurs".
- Le manque de « *Pouvoir* » effectif du Ministre
L'accès aux ressources financières dépendait plutôt de la magnanimité du Président de la République , ce qui ne permettait pas au Ministère de la Santé de mener la politique de ses moyens ;
des interférences incessantes d'autres acteurs sur l'action du ministère de la santé.
- La *zaïrianisation* ou l'étatisation des biens privés appartenant aux étrangers dans les années 70s et la méfiance qui s'en est suivie.
- La résistance de certains acteurs
Les acteurs du secteur pharmaceutique et certains médecins (particulièrement les plus âgés) n'acceptaient pas l'approche de soins de santé communautaire particulièrement la tentative de coordination d'une approche intégrée ;

Création des institutions

- *Direction d'études et de planification*

La Direction d'Etudes et Planification est une direction organique spécialisée, constituée en un corps d'experts. La DEP comprend en son sein trois cellules chargées respectivement de : - études et analyses sectorielles ; - planification stratégique et statistiques ; - analyse et évaluation des projets.

Origine et genèse

Le Bureau d'Etude et Planification, BEPen sigle, a été créé par l'ordonnance n° 82/027 et réorganisé par l'arrêté départemental n° BUR/CE/SP/007/90 comme structure d'appui à la planification et rattachée au secrétariat général.

Le BEP sera restructuré et réorganisé suivant l'arrêté ministériel n°1250/CAB/MIN/SANTE/018/99 en une unité spécialisée rattachée au cabinet du ministre de la santé et jouissant d'une autonomie de gestion. Le BEP deviendra la DEP ou Direction d'Etudes et Planification, à la faveur de l'arrêté du ministre de la fonction publique du 5 septembre 2001 portant uniformisation et harmonisation des structures d'études et planification des ministères

Missions, objectifs¹⁶

La DEP joue le rôle d'interface entre le ministère de la santé et le ministère de plan et reconstruction. A ce titre, la DEP a pour missions de : - élaborer les diagnostics macro-économiques et sectoriels ; - définir les politiques, les objectifs et les stratégies macro-économiques et sectoriels ; - programmer et budgétiser les projets et programmes macro-économiques et sectoriels.

La DEP sert de structure d'appui à la planification du secteur de santé, à la coordination des interventions des partenaires de la santé et à la mise en place et l'encadrement de la réforme du système de santé.

¹⁶ arrêté N° CAB.MIN/FP/RM/Kit/039/2001 du 5 septembre 2001 portant uniformisation et harmonisation des structures d'études et de planification.

Les objectifs du BEP¹⁷

- La gestion des informations relatives au secteur de la santé notamment la mise en place et l'exploitation du système national d'informations (SNIS), la constitution d'une banque de données, y compris celles de la surveillance épidémiologique ; La constitution d'un centre de documentation ; et l'établissement de la carte sanitaire ;
- La coordination du processus d'élaboration des plans du Ministère ;
- La préparation des programmes des dépenses d'investissements et des dépenses de fonctionnement des programmes et services du ministère de la santé ;
- La préparation des documents de plaidoyer pour la mobilisation des ressources internes et externes ;
- La coordination des interventions des partenaires dans le secteur de la santé, notamment la définition du cadre de collaboration ; l'orientation des interventions de l'action des partenaires selon les besoins de la population cible ; le suivi et l'évaluation des interventions.
- L'organisation des comités consultatifs, scientifiques et d'éthique pour l'examen et l'approbation des protocoles de recherche dans le domaine de la santé.
- La promotion, la coordination et l'organisation des études spécifiques ;
- La mise en place et l'encadrement des mécanismes de la réforme du secteur de la santé ;
- La coordination de l'élaboration des normes et standards nationaux ;
- L'évaluation des programmes et projets du secteur de la santé.

Outputs à court, moyen terme et à long terme

- *La DEP a mis en place un centre de documentation ouvert aux opérateurs du secteur de la Santé. Par ailleurs, elle a mis en place une banque des données sur les interventions des partenaires au niveau du secteur santé.*
- *La DEP assure le suivi de la mise en œuvre du plan directeur 2000 – 2009 et à ce titre, coordonne l'élaboration par les différentes directions du ministère, ainsi que les niveaux intermédiaires des plans périodiques de développement sanitaires.*
- *La DEP organise mensuellement des réunions de coordination des partenaires.*
- *La DEP est mise à contribution pour l'élaboration des normes et directives de fonctionnement des zones de santé.*

¹⁷ Arrêté ministériel N°1250/CAB/MIN/SANTE/018/99 du 24/11/1999 portant restructuration du Bureau d'Etudes et Planification.

Outputs en termes de stewardship (les domaines)

- Construire des relations et cordonner le partenariat dans le secteur de la santé ;
- Assurer la congruence entre objectifs des politiques et les structures organisationnelles ;
- Générer l'information pertinente pour la prise de décision par la mise en place du système national d'information, SNIS, la constitution d'une banque de données, la surveillance épidémiologique, le centre de documentation, l'établissement de la carte sanitaire ;
- La capacité de formuler une direction stratégique à la politique sanitaire du pays et d'établir des priorités par la mise en place et l'encadrement des mécanismes de la réforme du secteur de la santé ;
- La capacité de disposer des outils nécessaires à l'implantation par la coordination et l'établissement des normes et standards nationaux ;
- La protection des consommateurs par l'organisation des comités consultatifs, scientifiques et éthiques pour l'examen et l'approbation des protocoles de recherche dans le domaine de la santé ;
- La capacité d'assurer la redevabilité par la tenue des réunions régulières de concertation des partenaires et les différentes évaluations des activités.

Impacts sur l'évolution du système de santé

Il est trop tôt pour pouvoir évaluer l'impact de la DEP sur l'évolution du système de santé étant donné que la réforme sanitaire est en cours. Néanmoins, il y a lieu de noter :

1° La DEP est parvenue à maintenir la cohérence de la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale par la coordination des interventions des partenaires de la santé et l'appui institutionnel aux autres directions et programmes du ministère de la santé¹⁸.

2° La DEP garanti la mise en œuvre du plan directeur 2000-2009.

¹⁸ RDC Ministère de la Santé. Direction d'Etudes et Planification. Rapport Annuel 2001, Kinshasa, Janvier 2002.

Opportunités et contraintes

1) Opportunités

- La disponibilité d'un bailleur de fonds assurant l'appui institutionnel (financier et technique) de cette stratégie (Appui de la Coopération Belge/ DGCD)
- La reprise des apports financiers extérieurs (Coopérations bilatérales et multilatérales)
- La volonté politique au sommet du ministère de la santé et du reste du gouvernement de lui faire jouer un rôle clé au niveau central.
- La confiance que les partenaires de la santé ont vis à vis de la DEP.

2) Contraintes

- Dégradation de la situation socio-économique
- Instabilité socio-politique
- Divergence des vues entre le ministre de la santé et le secrétaire général sur la place de la DEP (structure autonome d'experts ou direction administrative ?) ;
- Forte dépendance vis-à-vis du financement extérieur pour son fonctionnement

Dimension stewards

Témoins et stewards retenus

Partant des critères retenus par le groupe de travail, 18 témoins dont 12 du ministère de la santé et 6 hors du ministère de la santé ont été interviewés. Le tableau ci-dessous reprend la liste des témoins interviewés ainsi que leurs fonctions.

Tableau 2 : liste des témoins interviewés, leur fonction et leur appartenance par rapport au ministère de la santé

Témoins	Appartenance	Fonction des témoins
Témoin 1	Ministère de la santé	Conseiller Direction d'Etude et Planification
Témoin 2	Ministère de la santé	Directeur programme lèpre
Témoin 3	Ministère de la santé	Ancien ministre, professeur faculté de médecine
Témoin 4	Ministère de la santé	Ancien ministre, prof. Ecole santé publique et fac. Méd.
Témoin 5	Ministère de la Santé	Directeur central épidémiologie et grandes endémies
Témoin 6	Ministère de la Santé	Fonctionnaire Banque Mondiale
Témoin 7	Ministère de la Santé	Secrétaire Général retraité
Témoin 8	Ministère de la Santé	Fonctionnaire Organisation Mondiale de la Santé
Témoin 9	Ministère de la Santé	Directeur programme santé de la reproduction
Témoin 10	Ministère de la Santé	Médecin inspecteur provincial
Témoin 11	Hors Ministère de la Santé	Représentant Fondation Damien en RDC
Témoin 12	Hors Ministère de la Santé	Représentant Memisa Belgique en RDC
Témoin 13	Hors Ministère de la Santé	Directeur du Bureau des Œuvres Médicales catholiques
Témoin 14	Hors Ministère de la Santé	Directeur du projet SANRU III
Témoin 15	Hors Ministère de la Santé	Coordinateur technique du projet SANRU III
Témoin 16	Hors Ministère de la Santé	Directeur de l'Ecole de Santé Publique
Témoin 17	Ministère de la Santé	Secrétaire Général au Ministère de la santé
Témoin 18	Ministère de la Santé	Directeur chargé de la pharmacie

8 stewards les plus fréquemment cités par les témoins ont été retenus pour l'interview. Un interview, celui du ministre actuel, n'a pas été réalisé compte tenu de l'agenda particulièrement chargé du steward. Le tableau ci-dessous reprend la liste des stewards retenus ainsi que leur position actuelle.

Tableau 3 : Liste des stewards, leur score, leur position et la réalisation de l'interview

Stewards	Fréquence	Position actuelle	Réalisation de l'interview
Steward 0	12	ministre en fonction	Non
Steward 1	11	ministre honoraire	Oui
Steward 2	10	ministre honoraire	Oui
Steward 3	8	ministre honoraire	Oui
Steward 4	4	secrétaire général retraité	Oui
Steward 5	4	secrétaire général en fonction	Oui
Steward 6	3	ministre honoraire	Oui
Steward 7	3	ancien project manager Sanru	Oui

Cheminement et parcours des stewards

Partant de la bibliographie disponible et des transcrits des interviews de stewards, le cheminement ainsi que le parcours d'un chacun en terme de formation et des étapes majeures de sa carrière ont été résumés dans le tableau ci –après :

Tableau 4 : Le cheminement et parcours des stewards interrogés ¹⁹

Steward	Formation	Etapes dans la carrière
Steward 1	diplôme d'assistant médical, docteur en médecine et spécialiste en pédiatrie	début de la carrière comme assistant médical dans un poste à l'intérieur du pays, professeur de pédiatrie, chef de staff médical, président du comité provincial de l'ordre des médecins, président de la commission socio-culturelle de l'assemblée provinciale, médecin traitant d'un des enfants du président de la république.
Steward 2	diplôme d'assistant médical, docteur en médecine, diplôme en santé communautaire.	formateur à l'école d'assistants médicaux et superviseur des dispensaires ruraux, chargé de laboratoire à la faculté de médecine, commissaire général adjoint à la santé, Directeur général du FOREAMI, Médecin Inspecteur provincial, Directeur général de l'ONRD

¹⁹ Source : interviews des stewards; Note bibliographique des cadres zairois

Steward 3	assistant médical, docteur en médecine et formation en planification et économie de la santé.	début de carrière comme assistant dans un poste à l'intérieur du pays, Directeur Technique de FONAMES, Directeur chef de service de l'administration centrale chargé d'abord des sciences de la santé puis de l'épidémiologie et de la médecine préventive, Chef de Cabinet adjoint du Premier Ministre chargé des problèmes socio-culturels
Steward 4	infirmier diplômé, diplômé de l'école nationale d'administration, licence en droit.	Infirmier chef de laboratoire d'un hôpital de territoire, Répétiteur dans un Institut d'Enseignement médical, gestionnaire d'un hôpital de territoire, administrateur gestionnaire d'un hôpital provincial, Chef de division unique au Secrétariat Général à la santé, Directeur à l'Administration de santé publique.
Steward 5	docteur en médecine, maîtrise en santé publique, certificat en management et analyses financières.	début de la carrière comme interne en pédiatrie dans un hôpital général, médecin directeur d'un hôpital de territoire, médecin de district, médecin inspecteur provincial, directeur de programme spécialisé du ministère de la santé, conseiller médical de ministre de la santé.
Steward 6	licence en droit, diplôme en administration publique, certificat en droit et économie des pays d'Afrique et Madagascar.	début de la carrière comme fonctionnaire dans l'administration publique, carrière dans la diplomatie, membre du gouvernement.
Steward 7	maîtrise en santé publique, doctorat en santé publique.	début de carrière comme gestionnaire de terrain de projet d'implantation de médecine communautaire, carrière international comme gestionnaire des projets, gestionnaire de projet national de développement sanitaire.

Le questionnaire administré aux stewards a permis de faire ressortir les éléments / faits marquants de leurs vies, notamment de leurs parcours professionnels respectifs, éléments qui pourraient expliquer comment et / ou pourquoi ils devenus "stewards" : Il s'en est globalement dégagé que les "stewards" se sont inspirés de certains modèles qui ont façonné leur personnalités au cours de leur jeunesse et que certaines opportunités se sont offerts à eux pour leur permettre de s'exprimer et d'émerger. Cette émergence a été catalysée par des aptitudes personnelles, des compétences professionnelles et / ou les réseaux formels ou informels d'appartenance du stewards (Tableau 8 et 9).

Tableau 5 : Synthèse des éléments cheminement des stewards et caractéristiques personnelles

Steward	Éléments du cheminement qui peuvent expliquer les traits de personnalité ayant contribué à un meilleur pilotage	Éléments du cheminement qui peuvent expliquer pourquoi le steward a émergé comme « stewards »
Steward 1	-Dans la jeunesse, j'ai eu des amis qui venaient de partout dans toute la République - Au cours de mes études, j'ai créé une troupe de scout, dirigeant de l'équipe de football, je me suis impliqué dans la direction d'un	- Il avait des patients qui faisaient partie du réseau familial du Président de la République - Il avait des amis qui faisaient partie du réseau familial du

	<p>journal de l'Ecole.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Son père est un professionnel de santé, 1^{er} Secrétaire Général du Ministère de la Santé. 	Président de la République
Steward 2	<ul style="list-style-type: none"> - Un de ses professeurs de qui il apprend d'être à l'écoute des autres et d'être concis 	<ul style="list-style-type: none"> - Le réseau des anciens de Kisantu qui lui ont fait rencontrer le président Mobutu ce qui lui valut sa nomination comme ministre - Sa réputation professionnelle lui a ouvert beaucoup de portes
Steward 3		<ul style="list-style-type: none"> - Sa découverte (par l'homme politique) lors de sa participation à une grande rencontre. - l'appui principal des hommes politiques tel que 1^{er} Ministre
Steward 4		
Steward 5		<ul style="list-style-type: none"> - Avoir été conseiller de Plusieurs ministres de la santé ; - Avoir été nommé Médecin directeur du projet de coopération
Steward 6		<ul style="list-style-type: none"> - Capacité de créer des relations - Etre au bon endroit et au bon moment
Steward 7		<p>Etre engagé par l'USAID comme Project manager pour gérer un projet de dix millions de dollars (SANRU I et Sanru II).</p>

Réalisations

Couverture des domaines du stewardship par les différents stewards interviewés

Le niveau de couverture de différents domaines du stewardship a été dégagé de l'interview des témoins et des stewards (Tableau 6).

Tableau 6. Couverture de différents domaines du stewardship par les différents stewards.

Steward	Actions menées par le steward ²⁰	Domaines couverts
Steward 1	-Mise au point de la charte de Mbanza Ngungu sur le partenariat	D4
	-Création de la Direction des Soins de Santé primaires -Initiation du projet de statut juridique des zones de santé -Intégration des activités des programmes spécialisés dans les structures de santé de base	D5
	-Formation des ressources humaines locales; -La création de l'Ecole de santé pour le renforcement de la compétence technique et une ouverture santé publique. -Suivi et visites de proximité des zones de santé	D3
	-Création un réseau d'informations qui permettait au cabinet de rentrer en contact avec tout le pays, par radiophonie. -Mise en place d'un projet chargé de dynamiser le système d'information sanitaire (ETRI)	D1
	-Mise en place des Comité de santé au niveau de la population	D7
Steward 2	-Le séminaire Kimwenza qui a permis de formaliser politique sanitaire basée une approche communautaire	D1, D2, D3, D4, D5, D6
	-Création de l'Institut National de Recherche Biologique en sigle, INRB en 1976 lors de la 1 ^{ère} épidémie d'Ebola en Equateur en collaboration avec l'Institut Pasteur. - Création du CEPLANUT, centre d'Etudes de Planification Nutritionnel. Il pensait créer un institut de recherche opérationnelle sur la malnutrition.	D5
	Incitation des jeunes médecins à œuvrer en milieu rural	D3

²⁰ Source : Données d'interview des témoins et stewards

	-Tenue de plusieurs ateliers de recyclage et information des professionnels de santé.	D1, D3, D6, D7
Steward 3	-Mise en place d'un système local d' Information sanitaire (SLIS) à Kinshasa, avec l'élaboration des canevas de récolte des données sanitaire.	D1
	-Elaboration du premier plan quinquennal	D2
	-Amorce du découpage du Zaïre à l'époque en zones de santé. -Mise en place du cadre organique des zones de santé	D5
	-Appui à 175 zones de santé grâce à des fonds de la coopération Belge	D4
Steward 4	-Elaboration du cadre organique du Ministère de la santé (ordonnance n°82/027 du 19/03/1982) -Elaboration du fonctionnogramme pour les hôpitaux.	D5
	-Chaque matin le secrétariat général fournissant au Ministre la situation sanitaire du pays (réseau ONGS, les antennes du PEV, les missionnaires etc...) -Institutionnalisation des réunions trimestrielles des cadres provinciaux	D1
	-Obtention de la fonction publique de la reconnaissance du statut particulier des professionnels de santé	D3
Steward 5	-Re organisation de l'Administration du Ministère de la Santé	D3, D6
	-Elaboration de plusieurs notes circulaires et directives	D3, D6
	-Négociation de divers projets avec les partenaires en faveur du secteur santé	D4
Steward 6	-Poursuite du processus de mise en place des zones de santé	D5
	-Mise en place du Fonames comme structure d'appui à la mise en place et développement des zones de santé	D5
	-Plaidoyer qui a permis l'implication effective de plusieurs partenaires dans le secteur de la santé	D4
Steward 7	-Gestion d'un vaste projet d'appui à la mise en place et au développement des zones de santé (Projets Sanru I et Sanru II)	D1, D3, D4, D6, D7
	-Formalisation des revues annuelles des zones de santé	D1, D3, D4, D6, D7

En prenant en compte les témoignages de témoins croisés aux transcrits des interviews de stewards et la revue documentaire des stratégies mises en place, les réalisations importantes en terme du renforcement de la fonction du stewardship de chacun des stewards ont été

ressorties. De plus, les contraintes ainsi que les opportunités dans la réalisation de cette fonction ont été évoquées. Les tableaux 7 et 8 ci-après illustrent ces commentaires :

Tableau 7 : Les actions ayant permis aux stewards de mieux exercer la fonction du stewardship²¹

Steward	Actions	Fondement des actions / Citations
Steward 1	<ul style="list-style-type: none"> o Mise sur pied de la charte de Mbanza-Ngungu pour harmoniser les relations avec les partenaires²² 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>présences fréquentes sur terrain pour se rendre compte de la manière dont les choses sont organisées ;</i> - <i>relations faciles avec les hautes autorités du pays ;</i> - <i>très autoritaire</i> <p>" ...Il faut s'engager à remplir au mieux ses fonctions, ...j'ai eu à effectuer beaucoup de visites de terrain.....j'ai toujours tenu à ce que mon devoir soit bien fait, ... être respectueux et faire confiance aux autres"</p>
Steward 2	<ul style="list-style-type: none"> o Organisation du colloque de Kimwenza sur la médecine communautaire au Zaïre²³ ; o mise en place de premiers CEBEC pour matérialiser les idées contenues dans le 'Manifeste de Santé et Bien-Etre du peuple Zaïrois' 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Homme apparemment écouté et caractérisé par sa rigueur et sa discipline</i> <p>" Le <u>contact humain</u>, c'est énorme... mais il faut le faire avec une certaine autorité, qu'on reconnaisse en vous <u>une certaine autorité</u> même technique "</p>
Steward 3	<ul style="list-style-type: none"> o Implantation de la politique des soins de santé primaires dans le cadre du plan quinquennal 1982-1986^{24, 25} ; o Motivation des médecins affectés à l'intérieur du pays 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Totalement acquis à la stratégie des soins de santé primaires</i> - <i>Contact humain, capacité d'écoute écoute</i> - <i>Visite de terrain</i>

²¹ Interview des stewards, interview des témoins, revue documentaire

²² République du Zaïre, Département de la santé Publique et Affaires sociales. Charte de Mbanza ngungu. Une stratégie de collaboration intra sectorielle entre les partenaires du secteur de la santé au Zaïre. 1987.

²³ République du Zaïre. Santé et communauté. Actes du colloque médical du Kivu – Bukavu 4 – 10 décembre 1976.

²⁴ République du Zaïre. Ministère de la Santé Publique et Banque Africaine de Développement . Projet de Renforcement institutionnel du secteur Santé. Plan d'action sanitaire, Kinshasa, 1991.

²⁵ La Revue Nouvelle. Pile et face . Bilan de la coopération belgo-zaïroise, Bruxelles, 1989.

Steward 4	<ul style="list-style-type: none"> o Elaboration du cadre organique du Ministère de la santé ; o Recensement des ressources humaines et projection des besoins de 1984 à 2000 ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Très bonne maîtrise de l'administration - Véritable mémoire du ministère de la santé <p>"...il fallait d'abord gagner la confiance par le travail ...il fallait considérer la santé comme une entreprise et une entreprise ne doit pas vivre dans la routine "</p>
Steward 5	<ul style="list-style-type: none"> o Harmonisation des rapports entre le cabinet ministériel et l'administration ; o Amélioration de communication entre acteurs par la tenue des réunions régulières ; 	<p>"...La négociation moi je l'ai apprise à l'école..."</p> <p>Très bonne maîtrise de l'administration</p>
Steward 6	<ul style="list-style-type: none"> o Accélération de l'implantation des soins de santé primaires en milieu rural ; o Finalisation du découpage du pays en zones de santé ; o Passage du système local d'information au système national d'information ; o Mise en place du FONAMES comme instrument de soutien aux soins de santé primaires o 	<p>Responsabilisation des opérateurs à différents niveaux ;</p> <p>"...Je suis diplomate de carrière..."</p> <p>"...Se mettre à l'écoute des autres..."</p>
Steward 7	<ul style="list-style-type: none"> o Mise en place de la première banque de données pour les zones de santé. o Renforcement de l'extension des soins de santé primaires en milieu rural avec le projet SANRU^{26,27} 	<p>travail en équipe</p>

²⁶ Sanru / USA. Sanru : Lessons learned (1981 – 1991).

²⁷ République du Zaïre. Ministère de la Santé Publique et Banque Africaine de Développement . Projet de Renforcement institutionnel du secteur Santé. Plan d'action sanitaire, Kinshasa, 1991.

Tableau 8 : Les contraintes et opportunités des stewards

Steward	Contraintes	Opportunités
Steward 1	<ul style="list-style-type: none"> -Réticence, voire refus des médecins d'aller en brousse), - Budget insuffisant dans sa répartition et aussi dans sa libération, heureusement il y a eu des partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> - soutien de la part des professionnels de santé à la suite d'une bonne collaboration avec eux - encouragements des collègues du gouvernement (finances, travaux publics, du 1^{er} Ministre).
Steward 2	<ul style="list-style-type: none"> - Durée du mandat -Résistance face au changement du personnel de l'Etat 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>" la sympathie du Président de la République "</i>. - <i>" J'ai eu une facilité de maintenir et avoir des relations avec les opérateurs de terrain "</i>
Steward 3	<ul style="list-style-type: none"> -Insuffisance du budget de l'Etat -Refus des médecins à aller prester en milieu rural 	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien du premier ministre
Steward 4	<ul style="list-style-type: none"> -La modicité des moyens de travail Le peu de souci du politicien congolais pour le secteur de santé -Regain du régionalisme dans le secteur santé - 	<ul style="list-style-type: none"> -L'appui des institutions internationales et des coopérations,
Steward 5		<ul style="list-style-type: none"> - L'appui important des partenaires extérieurs
Steward 6	<ul style="list-style-type: none"> -La durée du mandant comme ministre était trop courte. (un an ½) -Le désintéressement des médecins d'aller en brousse -Le budget de l'Etat Inférieur à 2% ensuite pas libéré de façon régulière d'où blocage. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pas d'opportunités particulières
Steward 7	<ul style="list-style-type: none"> -Le problème de salaire insuffisant du personnel - Statut légal du personnel de zone de santé 	<ul style="list-style-type: none"> -<i>Le rôle d'OXFAM en finançant les petits projets comme le centre de formation</i>

Caractéristiques personnelles et vision politique

Tableau 9: Les caractéristiques personnelles ²⁸des stewards

Steward	Caractéristiques personnelles des stewards
Steward 1	<ul style="list-style-type: none"> o Ecouter les autres o Faire confiance aux aptitudes des autres ; o Visites régulières sur le terrain ;
Steward 2	<ul style="list-style-type: none"> o L'écoute des autres, des collaborateurs.
Steward 4	<ul style="list-style-type: none"> o Il faut s'affirmer et mériter la considération o Une très bonne maîtrise de l'administration
Steward 3	
Steward 5	<ul style="list-style-type: none"> o le fait de travailler dans un projet de coopération o Ecouter les autres o Jouer le rôle de rassembleur o Facilité de communiquer
Steward 6	<ul style="list-style-type: none"> o Mon éducation chrétienne et ma loyauté : o Capacité d'administrer o Utilisation de structure existante du système o Faire confiance aux autres o Responsabilisation des opérateurs à différents niveaux o Aisance à parler aux autres
Steward 7	<ul style="list-style-type: none"> o <i>"J'ai cherché à incorporer la créativité dans les soins de santé primaires"</i>. o Vision globale de la santé et Ouverture d'esprit o Organisation des réunions régulières

Les différents stewards ont affirmé avoir mené des actions qui étaient nourries par une certaine vision de la politique sanitaire nationale. De manière générale, cette vision tourne autour de la stratégie des Soins de santé primaires, dont le résultat serait l'amélioration de l'état de santé pour le plus grand nombre de congolais. L'un des stewards va jusqu'à envisager une politique sanitaire qui n'exclut personne en terme d'amélioration de l'état de santé

²⁸ Interviews des 7 stewards

Tableau 9 : La vision de la politique sanitaire qui a nourrit les actions des stewards

Steward	Vision de la politique sanitaire
Steward 1	ma vision était de contribuer à la promotion de la santé des populations de la RDC
Steward 2	Les soins de santé communautaires afin de n'exclure personne
Steward 3	Soins de santé primaires
Steward 4	Soins de santé primaires
Steward 5	Les soins de Santé primaires
Steward 6	Stratégie de soins de santé primaire
Steward 7	Soins de santé primaires, forte décentralisées et Co-gestion avec les ONGs et les églises

Actions actuelles susceptibles de créer des stewards dans l'avenir

Les stewards interviewés ont donné leurs opinions sur les stratégies actuellement mises en œuvre et qui sont susceptibles de créer des stewards à l'avenir : les opinions sont les plus divers, allant de l'absence d'une stratégie durable du fait d'un environnement marqué par une crise socioéconomique, jusqu'à l'existence des multiples stratégies, telles que le fait d'œuvrer au cabinet du ministre de la santé, l'ESP, la DEP, la formation des congolais au travers des coopérations.

Tableau 10 : Identification des actions actuelles susceptibles de créer des stewards dans le futur.

Steward	Actions, interventions citées
Steward 1	<ul style="list-style-type: none"> o L'Ecole de santé o Le Cabinet du Ministère de la Santé ;avoir un poste au niveau du Ministère de la Santé à condition que les nommés comprennent et profite de leurs positions (une bonne école).
Steward 2	<ul style="list-style-type: none"> o L'Ecole de Santé pourrait potentiellement l'être si elle assumait mieux sa mission o La DEP si elle remplissait véritablement son rôle
Steward 4	<ul style="list-style-type: none"> o L'Ecole de santé publique : car le management y est enseigné o La formation reçue par certains congolais à travers les coopérations, qui permet d'ouvrir leur champ de vision. o La formation en cours d'emploi à l'extérieur du pays.
Steward 3	<ul style="list-style-type: none"> o ESP o Recyclage des médecins (à faire) éventuellement par l' ESP
Steward 5	<ul style="list-style-type: none"> o Des réunions annuelles avec le personnel du terrain : permettent d'identifier les personnes et de leur donner des opportunités susceptibles de les faire émerger
Steward 6	<ul style="list-style-type: none"> o Pas de stratégie durable, car l'environnement actuel de la RDC marqué par la lutte pour la survie au quotidien , ne le permet pas.
Steward 7	<ul style="list-style-type: none"> o L'école de santé publique ne crée pas des stewards, mais forme des stewards potentiels.

Discussion

Le *stewardship* ou l'administration générale est « *la fonction d'un gouvernement responsable du bien-être de sa population et soucieux du bien fondé et de la légitimité de ses activités aux yeux des citoyens* »²⁹. Mieux assumer cette fonction, nécessite notamment de la part du ministère de la santé, de la clairvoyance, du discernement et de l'influence pour contrôler et orienter l'exécution et l'évolution des mesures sanitaires entreprises sur le plan national au nom du gouvernement.

Quelles leçons peut-on tirer du cas de la République Démocratique du Congo partant aussi bien des éléments découlant de deux stratégies documentées que ceux découlant du cheminement et des actions des *stewards* interviewés?

Le *steward* se doit d'avoir, pour mieux influencer l'ensemble du système et des acteurs, une vision claire sur la politique qu'il est appelée à mettre en œuvre.

La RDC a adopté depuis 1982 les soins de santé primaires comme stratégie pour la mise en œuvre de sa politique sanitaire. Le trait caractéristique qui se dégage des interviews de tous les *stewards* est cette approche d'une médecine orientée vers la communauté ("aller vers la communauté au-delà de cloisonner la médecine dans les hôpitaux") qui cadre ainsi avec la politique sanitaire développée ces trente dernière année en RDC. Cette approche a été amorcée depuis le début des années 1970 par un des *stewards* interviewés et a été relayée vers les années 1980 par l'adoption par la RDC de la stratégie des soins de santé primaires

La vision claire sur la politique sanitaire suffit-elle pour assumer efficacement la fonction de *stewardship* ?

Il ressort des éléments recueillis un dénominateur commun chez tous les *stewards* identifiés, disposer d'une certaine expérience de gestion. Cette expérience s'est construite au cours des années, au travers d'une carrière. "on ne devient pas quelqu'un par hasard" déclarait encore un des *stewards* ou mieux cette autre déclaration "si on cherche à assumer efficacement ses attributions, c'est une bonne école". Pour certains d'entre eux, il a été fait mention de l'importance d'une formation de base comprenant des éléments de management.

Mais au-delà de cette compétence, mieux cette expérience de gestion, des traits de personnalité particuliers ont été retrouvés chez l'ensemble des *stewards*, des traits qui s'apparentent à une véritable capacité de : - faire confiance aux autres ; - susciter des autres de

²⁹ Saltman RB, Ferrousier-davis O. On the concept of *stewardship* in health policy. Bulletin of The World Health Organisation, 2000, P; 78, tel que cité dans le "Le rapport sur la Santé dans le Monde 2000", p.135.

l'enthousiasme ; - intégrer dans la réflexion des éléments de motivation, engagement au-delà des aspects techniques ; - détenir un certain charisme, une autorité.

L'examen du cheminement des stewards, rattache la source de ces traits de personnalité à la période de jeunesse marquée par certains modèles : mon éducation chrétienne, mon professeur, mon père etc.

L'examen du cheminement des stewards semble également indiquer que le fait d'avoir fait sa carrière à l'intérieur du pays (5 des sept stewards interrogés ont une expérience professionnelle à l'intérieur du pays) ; le fait d'avoir travaillé dans un cabinet ministériel (un des stewards l'a été mais un autre l'a mentionné comme une stratégie importante) préparent mieux à l'exercice de la fonction de stewardship.

Quoique notre guide d'entretien ait suggéré explicitement les sept domaines du stewardship, aucun des stewards interviewés n'a couvert les sept domaines à la fois. Les domaines les plus fréquemment couverts semblent être : - capacité de générer une information pertinente pour la prise des décisions ; - capacité de formuler une orientation stratégique ; - capacité de disposer des outils nécessaires en terme d'incitatifs et de sanction ; - capacité de construire des alliances.

Les trois autres domaines semblent très partiellement couverts.

Ce fait suggère-t-il une certaine hiérarchie dans les domaines du stewardship ?

Deux hypothèses à explorer :

- La durée de mandat ou de responsabilité pourrait influencer négativement sur la capacité pour un steward d'exercer efficacement son stewardship.
- Les difficultés inhérentes à la déliquescence d'autres fonctions dévolues au système de santé (le financement, la création des ressources, voire la fourniture des services), du fait notamment d'un engagement insuffisant de différents gouvernements, de l'environnement économique et socio-politique peu favorables.

L'un des stewards interviewés bien que n'ayant fait qu'un mandat d'une année et quelques mois a néanmoins mis au point une stratégie qui couvre 6 des 7 domaines du stewardship.

Un fait à relever est que les stratégies documentées dans le cadre de cette étude sont intimement liées aux actions développées par les stewards qui ont été identifiés. S'il s'avère que les stratégies identifiées sont effectivement porteuses, le lien étroit entre les stewards identifiés et ces stratégies pourrait suggérer tout au moins une certaine solidité dans la méthodologie d'identification et de collecte des données auprès des stewards.

Mais quelle aura été la part des stratégies dans le renforcement du stewardship ?

Les fora de discussion ont la particularité de permettre aux participants de «découvrir et de se faire découvrir», comme le précise un « steward ».Il s'agirait là d'une stratégie, une opportunité importante qui , bien menée, permet : - la genèse d'une information pertinente pour la prise de décision, le renforcement pour le ministère des partenariats et alliances, l'établissement des lignes de communication, améliorer la formulation d'une direction stratégique; - la découverte, voire la formation des stewards potentiels.

Le colloque de Kimwenza, dont la capacitation du stewardship en RDC a été mieux que d'autres fora de discussion, tel le cas des états généraux de la santé de 1999, reconnue par les stewards identifiés et les témoins, s'este caractérisé par : - le choix judicieux de ses participants : « des opérateurs qui pouvaient faire tâche d'huile » c'est-à-dire perpétuer l'idée auprès d'autres opérateurs du secteur de santé ; - la non prépondérance du ministère de la santé dans les échanges voulu par le commanditaire de la stratégie du fait du nombre important de résistants parmi les cadres du ministère et principalement les médecins d'un certain âge.

Ces deux particularités semblent avoir favorisé l'appropriation de l'approche développée au cours de ce colloque. Ceci a permis la tenue des colloques semblables en province, tel le cas du colloque de Bukavu. La mondialisation en 1977 du concept des soins de santé primaires, proche de l'approche communautaire, aura contribué à pérenniser l'idée.

La DEP , tient de par la mission qui lui est dévolue, une place centrale qui lui permettrait de couvrir la quasi totalité des sept domaines du stewardship. L'ouverture d'un centre de documentation, la mise en place d'une base des données sur les interventions des partenaires dans le secteur santé et l'organisation des réunions régulière avec les principaux partenaires de la santé de la RDC permet de manière substantielle la genèse de l'information qui permet une meilleure prise de décision par le ministère de la santé et dans une certaine mesure, la capacitation au point de vue de la construction des alliances et relations.

La couverture d'autres domaines par cette stratégie semble néanmoins limitée, quelque peu entravée par l'environnement global dans lequel évolue l'institution (une direction du ministère de la santé), et par conséquent le niveau limité d'autonomie technique dont bénéficie cette structure et par conséquent ses experts. Dans quelle mesure, une étude dont les conclusions et les recommandations vont en l'encontre de la vision du ministère pourraient elles être vulgarisées et aider au pilotage du système de santé de la RDC ? Cette situation pourrait, à la longue et s'il n'en était pas déjà le cas, démotiver les experts de la DEP. La

conséquence sera que d'un noyau d'experts, on passera rapidement à un groupe des fonctionnaires versés dans la routine. Une plus grande autonomie a été ainsi souhaitée par certains témoins et stewards mais aussi la nécessité de voir la DEP sous traiter certaines études spécifiques par des organisations plus compétentes. Eu égard à la mission confiée à la DEP par l'arrêté ministériel qui la crée, la DEP, semble néanmoins constituer un outil dont le potentiel de création des véritables stewards pour le système de santé de la RDC est élevé.

Liste des annexes

Annexe 1 : liste des ministres de la santé de la RDC depuis 1960

Annexe 2 : liste des directions centrales et programmes spécialisés du ministère de la santé

Annexe 3 : liste des documents réunis par le groupe de recherche

Annexe 4 : grille de collecte des données

Annexe 5 : Critères de sélection des témoins

Annexe 6 : Questionnaire témoins

Annexe 7 : liste des personnes citées comme stewards

Annexe 8 : guide d'interview steward

Annexe 9 : synthèse sur les personnes interviewées

Annexe 10 : synthèse sur la réalisation des interviews

Annexe 1 : liste des ministres de la santé de la RDC depuis 1960

01. 1960 : BOLIA Paul
02. 1961 : Dr TSHIBABWA (commissaire Général)
03. 1963 : MASANGU (Vice Premier chargé de la Santé)
04. 1965 : Dr MATAMBA
05. 1966 : KAMANGA Grégoire
06. 1966 : LUBAYA Guillaume André
- 07.1966 : TSHISHIMBI Martin
- 08.1966 : KASHALE Grégoire
- 09.1966 : MAHAMBA
- :10. 1968 : Dr TSHIAMU
- 11.1970 : Dr KALONDA LOMEMA Paul
- 12.1975 : Dr NGWETE KIKHELA Martin
13. 1977 : Dr SITA MAKANSI
14. 1978 : TSHIBANGU MUYEMBE KANZA
15. 1979 : Prof. TSHISUNGU LUBAMBU
16. 1980 : Dr KALUME LUSHUKU
17. 1981 : Dr KABA BANGELE
18. 1983 : MUZAGBA NGHUKA
19. 1982 : MAKOLO JIBIKILAYI
20. 1983 : Dr. TSHIBASU MUBIAYI
21. 1985 : MUSHOBEKWA KALIMBA wa KATANA
- 22 1986 : Dr NGANDU KABEYA
23. 1990 : PENDJE DEMODETHO YAKO
24. 1990 : BUSHABU KUETE BUDIKA
25. 1990 : LENGELO MUYANGANDU
26. 1991 : MBOSO NKODIA PWANGA
27. 1991 : BYRUNGU
28. 1992 : Dr LUFUMA LUANKANDI
29. 1992 : Honorine NABUNYI
30. 1992 : BOPENDA BO'NKUMU (Membre du Collège des Secrétaires Généraux)
31. 1993 : Dr MBOYO KOTAA SOMBE
32. 1995 : Dr MBUMB MUSONG

33. 1995 : Mme SOKI FWANI EYENGA
34. 1996 : KASONGO NUMBI
35. 1997 : MWAMBA YELUMBA
36. 1997 : Dr Jean Baptiste SONDI
37. 1999 : à ce jour : Prof MASHAKO MAMBA N.L.

Annexe 2 : liste des directions centrales et programmes spécialisés du ministère de la santé

1. DIRECTIONS CENTRALES

- | | |
|----------------------------|--|
| 01. Première Direction ou | : Direction des Services Généraux |
| 02. Deuxième Direction ou | : Direction des Etablissements Médico-sanitaires |
| 03. Troisième Direction ou | : Direction de la Pharmacie, Médecine
Traditionnelle et Médicaments |
| 04. Quatrième Direction ou | : Direction de Lutte contre la Maladie |
| 05. Cinquième Direction ou | : Direction de Développement des Soins de Santé
Publique |
| 06. Sixième Direction ou | : Direction de l'Enseignement des Sciences de la
Santé. |
| 07. Septième Direction ou | : Direction d'Etudes et Planification |

2. PROGRAMMES SPECIALISES

01. PROGRAMME NATIONAL DE PROMOTION DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE (PNPMT)
02. LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE DE KINSHASA (LAPHAKI)
03. PROGRAMME NATIONAL D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS (ONAM)
04. OFFICE VACCINOGENE DE LUBUMBASHI (O.V.L.)
05. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME
06. PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION ET DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES DE L'ENFANCE (PEV-LMTE) + volets (LMS, IRA, FHV, HEPATITES, MONKEY POX)
07. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA LEPRE (PNLL)
08. PROGRAMME NATIONAL DE LA LUTTE CONTRE LA TRYPANOSOMIASE (PNLT)
09. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE (PNLO)
10. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (PNT)
11. PROGRAMME NATIONAL DE LA NUTRITION (PRONALUT)
12. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA BILHARZIOSE, PESTE ET PARASITOSE INTESINALLES (PNLBPI)
13. PROGRAMME NATIONAL DES URGENCES ET CATASTROPHES (PNUC)
14. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LA DREPANOCYTOSE (PNLDR)
15. PROGRAMME NATIONAL DE LA SANTE BUCCODENTAIRE (PNSBD)
16. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE NOMA (PNLN)
17. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA (PNLS)
18. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE L'ULCERE DE BURULI (PNLUB)
19. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES (PNLMCNT)
20. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE DIABETE (PNLD)
21. PROGRAMME NATIONAL DE LA SANTE OCULAIRE (PNSO)
22. PROGRAMME NATIONAL CHARGE DE CONTROLE MEDICO-SANITAIRE AUX FRONTIERES (PNCCMSF)

23. PROGRAMME NATIONAL DE MOBILISATION SOCIALE POLYVALENTE (PNMSP)
24. PROGRAMME NATIONAL DE PROMOTION DES MUTUELLES DE SANTE (PNPMS)
25. CENTRE DE RECYCLAGE DES INFIRMIERS EN FORMATION EN OPHTHALMOLOGIE (OPERATEUR DES CATARACTES OCULAIRES) D'AFRIQUE CENTRALE (C.F.O.A.C.)
26. INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE BIO-MEDICAL (INRB)
27. CENTRE NATIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINE (CNTS)
28. LABORATOIRE ANTI PESTEUX DE BLUKWA (LAPB)
29. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIES (PNLCT)
30. PROGRAMME NATIONAL DE LA SANTE MENTALE (PNSM)
31. PROGRAMME NATIONAL DE SANTE DE LA REPRODUCTION (PNSR)
32. PROGRAMME NATIONAL DE LA SANTE SCOLAIRE (PNSS).
- 33.
- 34.

Annexe 3 : liste (partielle) des documents réunis par le groupe de recherche

1. Pile et face. Bilan de la coopération belgo-zaïroise
2. DEP : Rapport annuel 2001
3. Plan directeur de développement sanitaire de la RDC 2000-2009
4. Convention spécifique entre le Royaume de Belgique et la RDC
5. Exposé des motifs de la loi-cadre sur la santé
6. Cadre organique du ministère de la santé
7. Santé et communauté. Actes du colloque médical du Kivu
8. Revue des soins de santé primaires en RDC
9. SANRU : Lessons learned (1981-91)
10. Code de la santé au Zaïre, annoté et commenté
11. Synthèse/réflexion sur la situation des secteurs sociaux
12. Décret-loi cadre portant sur la santé publique
13. Evaluation des stratégies de la Santé Pour Tous d'ici l'an 2000. République du Zaïre
14. Dynamique de la relance des activités des soins de santé primaires en RDC
15. Plan d'action du département de la santé publique
16. Position de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers concernant l'avenir de la zone de santé de Kasongo
17. Arrêté ministériel n° 1250/CAB/MIN/SPF/017/97 portant modification sur mesure de perception des taxes
18. Ordonnance présidentielle n° 86/066 du 1^{er} février 1986 portant statut du Fonames

Annexe 4 : grille de collecte des données

	DEP
Origine/genèse	
Missions/objectifs	
Mise en œuvre/interventions	
Résultats	
Résultats en terme de renforcement des domaines de stewardship	
Impact sur l'évolution du système de santé	

Annexe 5 : Critères de sélection des témoins

Position Stratégique		Pondération
Inspection provinciale de la Santé		2
Projets et programmes nationaux		3
Direction centrale		4
Cabinet Ministre et secrétariat général		5
Durée dans la position		Pondération
De 0 à moins de 2 ans		0
De 2 ans à moins de 4 ans		1
De 4 ans à moins de 6 ans		2
De 6 ans à moins 8 ans		3
De 8 ans à moins de 10 ans		4
De 10 ans et plus		5
Durée dans la position		Pondération
De 0 à moins de 3 ans		0
De 3 ans à moins de 6 ans		1
De 6 ans à moins de 9 ans		2
De 9 ans à moins 12 ans		3
De 12 ans à moins de 15 ans		4
De 15 ans et plus		5
Accessibilité		Pondération
Décédé ou se trouvant hors du pays		0
Se trouvant à Kinshasa		5

En ce qui concerne les critères «*parcours institutionnel*» et «*nationalité*», ils ont été abandonnés par le groupe qui s'est aperçu que le «*parcours institutionnel*» est indirectement inclus dans la «*position stratégique*» et que le critère «*nationalité*» paraissait moins pertinent.

Les profils suivants ont été privilégiés : - Ministre de la Santé ; - Conseiller technique d'un Ministre de la Santé ; - Directeur central au ministère de la santé ; - Directeur général, directeur d'une institution de formation et/ou de recherche ; - Directeur régional de la santé ; - Médecin chef de district sanitaire.

sélection des témoins hors ministère

Durée dans la position		Pondération
Autres		1
Collaborateurs directs du responsable		2
Responsable de l'organisation/programme ou adjoint		3
Durée dans la position		Pondération
Moins de 2 ans		1
De 2 à 4 ans		2
Plus de 4 ans		3
Durée dans la position		Pondération
Moins de 3 ans		1
De 3 à 5 ans		2
Plus de 5 ans		3

Annexe 6 : Questionnaire témoins

Nom de l'enquêteur : N°.....

Date : / / **N° ID # :**

Cité/ville :

A Monsieur.....

Introduction

Nous sommes un «groupe de travail » et nous réalisons une étude coordonnée par l'Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold (IMT) d'Anvers, sur le «stewardship *en République Démocratique du Congo ces 30 dernières années* ». Cette recherche fait suite au colloque organisé à Rabat, du 02 au 06 mars 2002, sur le renforcement des ressources humaines pour l'administration générale des systèmes de santé.

Nous avons l'intention d'interviewer 10 à 20 personnes afin de produire un rapport général sur les opinions des acteurs principaux du secteur de la santé. Les informations obtenues à travers ces interviews seront utilisées directement par le «groupe de travail » et seront insérées dans le rapport général qui sera présenté à l'IMT d'Anvers sans identifier les opinions individuellement exprimées.

Cadre de référence de l'étude

Les systèmes de santé de tous les pays du monde sont pilotés par le gouvernement. En général, c'est la mission du ministère de la santé de définir et mettre en œuvre la politique sanitaire nationale et d'assurer les 4 fonctions principales du système :

1. le pilotage ou l'administration générale ('stewardship')
2. Le financement (perception des recettes, mis en commun des fonds et achats) ;
3. la fourniture de services (pour les services de santé personnels et non personnels) et
4. La production de ressources (personnel, équipement et savoir).

L'ensemble des activités d'un système de santé a comme but premier d'améliorer la santé de la population, mais a aussi pour objectifs d'augmenter la capacité à répondre aux attentes de la population et d'assurer l'équité de contribution financière.

Cette notion de pilotage, d'orientation à donner au système de santé est un concept plus large que celui de régulation. Puisqu'il s'agit de piloter le système de santé dans son ensemble, cette fonction s'étend aux autres acteurs que ceux du ministère de la santé. Elle concerne cependant essentiellement le niveau central (ou régional dans le pays qui ont un gouvernement décentralisé) et s'articule directement à la réalisation de la politique de santé. Elle commande les autres fonctions du système mais ne les contient pas.

Pour analyser cette fonction dominante des systèmes de santé, l'OMS l'a découpé en six domaines et dans le cadre de notre recherche, un septième domaine a été ajouté. Ces domaines sont interrelations étroites mais conceptuellement ne se chevauche pas.

Les domaines sont décrits en termes de :

1. Capacité de générer de l'information pertinente pour la prise de décision
2. Capacité de formuler une direction stratégique aux politiciens sanitaires
3. Capacité de disposer des outils nécessaires à l'implantation : pouvoir, incitatifs et sanctions
4. Capacité de construire des relations (alliances et partenariats)
5. Capacité d'assurer la congruence entre les objectifs des politiques et la structure organisationnelle
6. Capacité d'assurer la 'redevabilité'
7. Capacité d'assurer la protection des consommateurs.

Nous aimerions vous poser quelques questions spécifiques pour nous permettre d'identifier des animateurs qui ont joué un rôle déterminant dans le système de santé ces 30 dernières années.

Votre opinion :

1. Partant du cadre de référence que nous venons de vous exposer et qui délimite le concept de stewardship, pouvez-vous nous citer des personnes qui ont assumé efficacement leur fonction dans le pilotage du système de santé ?

1. -----
2. -----
3. -----
4. -----
5. -----
6. -----
7. -----

2. Vous m'avez cité (la personne 1 :,),

2.1. en ce qui concerne sa capacité de générer de l'information pertinente pour la prise de décision :

- Qu'a-t-il mis en place ?

.....
.....
.....
.....

- Qu'a-t-il utilisé ?

.....
.....
.....
.....

2.2. En ce qui concerne, la capacité a formuler une direction stratégique aux politiques sanitaires :

-Qu'a-t-il fait ?

.....
.....
.....

-Qu'a-t-il utilisé ?

.....
.....
.....

2.3. En ce qui concerne, la capacité de disposer des outils nécessaires (pouvoir, incitatif, sanctions) à la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale :

-Qu'a-t-il fait ?

.....
.....
.....
.....

-Qu'a-t-il utilisé ?

.....
.....
.....

2.4. En ce qui concerne, la capacité de construire des relations (alliances et partenariat) :

-Qu'a-t-il fait ?

.....
.....
.....

-Qu'a-t-il utilisé ?

.....
.....

2.5. En ce qui concerne, la capacité d'assurer la congruence entre les objectifs des politiques et la structure organisationnelle :

-Qu'a-t-il fait ?

.....
.....
.....

-Qu'a-t-il

utilisé ?

.....
.....
.....

2.6. En ce qui concerne, la capacité d'assurer la redevabilité des opérateurs /prestataires vis-à-vis des populations bénéficiaires et des pouvoirs publics :

-Qu'a-t-il fait ?

.....
.....
.....

-Qu'a-t-il utilisé ?

.....
.....
.....

2.7. En ce qui concerne, la capacité d'assurer la protection des consommateurs :

-Qu'a-t-il fait ?

.....
.....
.....

-Qu'a-t-il utilisé ?

.....
.....
.....

3. Vous m'avez cité (la personne 2 :,),

3.1. en ce qui concerne sa capacité de générer de l'information pertinente pour la prise de décision :

-Qu'a-t-il fait ?

.....
.....
.....

-Qu'a-t-il utilisé ?

.....
.....
.....

3.2. En ce qui concerne, la capacité une direction stratégique aux politiques sanitaires :

-Qu'a-t-il fait ?

.....
.....
.....

-Qu'a-t-il utilisé ?
.....
.....
.....
.....

3.3. En ce qui concerne, la capacité de disposer des outils nécessaires (pouvoir, incitatif, sanctions) à la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale :

-Qu'a-t-il fait ?
.....
.....
.....

-Qu'a-t-il utilisé ?
.....
.....
.....
.....

3.4. En ce qui concerne, la capacité de construire des relations (alliances et partenariat) :

-Qu'a-t-il fait ?
.....
.....
.....

-Qu'a-t-il utilisé ?
.....
.....
.....

3.5. En ce qui concerne, la capacité d'assurer la congruence entre les objectifs des politiques et la structure organisationnelle :

-Qu'a-t-il fait ?
.....
.....
.....

-Qu'a-t-il utilisé ?
.....
.....
.....

3.6. En ce qui concerne, la capacité d'assurer la redevabilité des opérateurs /prestataires vis-à-vis des populations bénéficiaires et des pouvoirs publics :

-Qu'a-t-il fait ?

.....
.....
.....

-Qu'a-t-il utilisé ?

.....
.....
.....

3.7. En ce qui concerne, la capacité d'assurer la protection des consommateurs qu'a-t-il fait qu'a-il utilisé ?

-Qu'a-t-il fait ?

.....
.....
.....

-Qu'a-t-il utilisé ?

.....
.....
.....

Annexe 7 : liste des personnes citées comme steward

Personnes citées par les témoins	Fonction Actuelle	Niveau central (oui ou non)	Fréquence
1. Prof. MASHAKO	Ministre de la Santé	Oui	12
2. Dr NGANDU KABEYA	Prof. Faculté Médecine /Unikin/	Oui	11
3. Prof. NGWETE	Prof. à l'ESP	Oui	10
4. Dr TSHIBASU	Ministre de la santé retraité	Oui	8
5. M.BOPENDA	Ministre de la santé Retraité	Oui	4
6. LUVIVILA (décédé)	-		4
7. Dr MIAKA	S.G. à la Santé (Minisanté)	Oui	4
8. Dr KALAMBAYI	Ancien conseiller, Fonctionnaire OMS	Oui	3
9. M MUSHOBEKWA	Politicien/affaires privées (ancien ministre de la santé)	Oui	3
10. Dr FOUNTAIN (Vanga)	Directeur de Projet	Non	3
11. Dr FRANKLIN BAER	Expert Banque Mondiale (ancien Project manager de SANRU)	Oui	3
12. MOZAGBA	Politicien/Affaires privées (ancien ministre de la santé)	Oui	3
13. KALONDA	-		2
14. KASONGO NUMBI	Ministre de la santé retraité	Oui	2
15. DR SONDJII	Président d'un parti politique (ancien ministre de la santé)	Oui	1

Annexe 8 : guide d'interview steward

Introduction

Bonjour,

Nous sommes : Noms 1....., Noms 2 :

Nom 1..... sera le «meneur» de cette interview et nom 2..... sera le «secrétaire» de cette interview.

Nous aimerions d'abord vous remercier d'avoir accepté de nous recevoir et de participer ainsi avec nous à cette étude.

(Dans le cas où la personne aurait déjà été interrogée en tant que témoins introduisez ce chapitre par :) (Comme vous le savez déjà !) Nous faisons partie d'un groupe de travail qui réalise une étude coordonnée par l'Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold (IMT) d'Anvers, sur le «stewardship en République Démocratique du Congo ces 30 dernières années». Cette interview constitue la seconde étape de notre recherche dont l'objectif est de contribuer à documenter les stratégies qui les 30 dernières années auraient permis une administration générale, efficace et efficiente de système de santé de la République Démocratique du Congo.

Pour nous permettre d'avoir une conversation plus fluide. Nous aimerions avec votre autorisation enregistrer notre conversation. *(Si autorisation donnée commencer l'enregistrement maintenant mais en cas de refus prenez note dans la mesure du possible de tout ce que vous dira le steward)*

Comme vous avez eu à le lire dans le document que nous vous avons transmis, les systèmes de santé de tous les pays du monde sont pilotés par leur gouvernement. En général, c'est la mission du ministère de la santé de définir et de mettre en œuvre la politique sanitaire et d'assurer les fonctions du système de santé.

1. le pilotage ou l'administration générale (stewardship)
2. le financement (perception des recettes, mise en commun des fonds et achats) ;
3. le fourniture de services (pour les services de santé personnels et non personnels) et
4. la création de ressources (personnel, équipements et savoir)

L'ensemble des activités a comme but en premier d'améliorer la santé, augmenter la capacité à répondre aux attentes de la population et assurer l'équité de la contribution financière.

Cette notion de pilotage, d'orientation à donner au système de santé est un concept plus large que celui de régulation.

Puisqu'il s'agit de piloter le système de santé dans son ensemble, on peut comprendre que cette fonction s'étend aux autres acteurs que ceux du ministère de la santé. Elle concerne cependant essentiellement le niveau central (ou régional dans les pays qui ont un gouvernement décentralisé) et s'articule directement à la réalisation de la politique de santé. Elle commande les autres fonctions du système mais ne les contient pas.

Votre nom a été parmi les noms des stewards de ces 30 dernières années les plus fréquemment cités lors de la phase préliminaire de l'enquête. Partant du cadre de référence, «du stewardship» que nous avons fait parvenir, nous aimerions ainsi nous entretenir avec vous sur votre cheminement, le déterminant de votre stewardship et avoir votre avis sur ce que vous considérez comme vos réalisations et échecs etc....

NOTE POUR LES EXPERTS : CECI EST UN GUIDE ET NON UN QUESTIONNAIRE STANDARDISE. Laissez le steward parler sans l'interrompre et si celui-ci aborde dans sa

réponse des éléments de réponse des questions qui seront posées plus tard, laissez-le répondre et ne reposez plus questions qui ont déjà obtenu des réponses.

Q. Est-ce que vous vous reconnaissez dans cette définition ? (Pourquoi ?)

R.

Eléments de réponses attendues dans la définition du répondant dans le concept de stewardship	Cochez les éléments cités par le steward
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Les résultats que nous avons obtenus lors de notre enquête témoins indiquent que vous avez mené les actions/réalisations suivantes au cours de votre mandat ont le plus marquées nos témoins :

Actions :

.....

Q. Selon vous, quelles sont les actions/ réalisations que vous avez menées au cours de votre mandat qui ont le plus contribué à un pilotage plus efficace du système de Santé ?

R.

.....

(NOTE AUX EXPERTS

- *Vérifiez sa réponse en fonctions des domaines, sans lui reposer la question systématiquement domaine par domaine en utilisant le tableau suivant comme check liste et en lui suggérant les domaines non couverts ? Sous la forme, par exemple : Par rapport au domaine X., y-a-t-il eu des actions que vous avez menées ?*
- *Vous recevrez pour chaque steward la liste des domaines couverts cités par les témoins. Cette liste peut vous servir de guide afin de rappeler au Steward des actions ou des domaines qu'il aura oubliés.)*

Domaine	Cochez si cité ou suggérez le domaine du stewardship si non cité
1. Générer de l'information pertinente pour la prise de décision	
2. Formuler une direction stratégique aux politiques sanitaires	
3. Disposer des outils nécessaires à la mise en œuvre de la politique sanitaire (pouvoirs, incitations et sanctions)	
4. Construire des relations (alliances et partenariats)	
5. Assurer la congruence entre les objectifs des politiques et la structure organisationnelle	
6. Assurer la «redevabilité »	
7. Assurer la protection des consommateurs	

Q. Quelles ont été les sources d'influence sur ses actions/réalisations lors de votre Mandat ?

R./

.....

Q. Quelles ont été les barrières que vous avez rencontrées lors de la réalisation de ses actions ?

R./

.....

Q. Quelles ont été les opportunités qui se sont présentées à vous et qui vous ont servi dans le pilotage du système de santé ?

R./

.....

Q. Quelles sont les stratégies de *capacity building* (implicite ou explicite) qui vous ont aidé à construire votre capacité de stewardship ?

Stratégies mentionnées	Implicites	Explicites
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Q. Y-a-t-il dans votre cheminement, parcours professionnel des éléments qui peuvent expliquer pourquoi vous avez mené les actions que vous menez ?

(Expert : vous devez amener le steward à vous parler de sa formation, les étapes importantes de sa carrière, sa position actuelle en vous basant sur la biographie que nous possédons déjà sur lui ceci afin de nous assurer que nous avons complètement couvert son parcours professionnel)

Biographie du steward selon son CV et autres sources disponibles

RAPPEL AUX EXPERT : CECI EST UN GUIDE ET NON UN QUESTIONNAIRE STANDARDISE.

- *Laissez le steward parlé sans l'interrompre et si celui-ci aborde dans sa réponse des éléments de réponse des questions qui seront posées plus tard, laissez-le répondre et ne reposez plus questions qui ont déjà obtenu des réponses.*
- *Vous recevrez pour chaque expert la liste des éléments cités par les témoins concernant sa formation. Cette liste peut vous servir de guide afin de rappeler au Steward des actions ou des domaines qu'il aura oubliés.)*

R./

.....
.....
.....

Q. Y-a-t-il eu lors de votre parcours professionnel des «sources d'influence» concernant votre parcours professionnel qui ont permis d'émerger comme un steward ? Par «source d'influence» nous entendons, formation particulière, parrainage, participation à des réseaux.....

R./

.....
.....
.....

Q. Quelle était votre vision politique lors de votre Mandat ?

R./

.....

.....
.....

Q. Y-a-t-il eu des «sources d'influence » concernant votre vision politique ?

R./

.....
.....
.....

Q. Selon vous, quels ont été les éléments qui vous ont le plus marqués au cours de votre mandat qui ont affecté votre capacité à assumer un pilotage efficace du système de Santé ?

R.

.....
.....
.....

(NOTE AUX EXPERTS

- *Vérifiez sa réponse en fonctions des domaines, sans lui reposer la question systématiquement domaine par domaine en utilisant le tableau suivant comme check liste et en lui suggérant les domaines non-couverts ? Sous la forme et par rapport au domaine, y-a-t-il eu des actions que vous avez menées ? .*
- *Vous recevrez pour chaque expert la liste des domaines couverts cités par les témoins. Cette liste peut vous servir de guide afin de rappeler au Steward des actions ou des domaines qu'il aura oubliés.)*

Domaine	Cochez si cité ou suggérez si non cité
1. Générer de l'information pertinente pour la prise de décision	
2. Formuler une direction stratégique aux politiques sanitaires	
3. Disposer des outils nécessaires à la mise en œuvre de la politique sanitaire (pouvoirs, incitations et sanctions)	
4. Construire des relations (alliances et partenariats)	
5. Assurer la congruence entre les objectifs des politiques et la structure organisationnelle	
6. Assurer la «redevabilité »	
7. Assurer la protection des consommateurs	

Q. Partant du cadre de référence sur le stewardship avec ses 7 domaines, y-a-t-il des personnes que vous identifieriez comme étant des stewards potentiels dans le pays actuellement ?

R./

.....
.....
.....

Q. Quelles sont vos relations avec ses personnes ?

R./

.....
.....
.....

Q. Y-a-il des personnes qui sont en voie de devenir des «stewards » actuellement dans le pays ?

R./

.....
.....
.....

Q. Quelles sont les actions, les interventions qui sont menées aujourd’hui qui sont susceptibles de former des futurs stewards ?

R./

.....
.....
.....

Q. Avez-vous d’autres considérations, ou suggestions sur le pilotage du système santé en dehors de thèmes abordés ?

.....
.....
.....

Pensez-vous, tenant compte de votre propre expérience que l’une ou l’autre stratégie qui suive a contribué de manière efficace et efficiente au renforcement du stewardship au cours de ces 30 dernières années en Rdc ?

Les stratégies sont les suivantes :

- Fora des discussions (colloque de Kimwenza 1995, revues annuelles des ZS (SANRU), séminaire de Mbanza-Ngungu (charte partenariat), Etats généraux de la santé 1999
- Projets (Kasongo-Kisantu-Bwamanda-Vanga – Etri)
- Création des institutions (Fonames 1986, Bureau d’Etudes et de Planification BEP)
- Grandes enquêtes (etat de lieu du système de la santé)

Nous vous remercions encore d’avoir accepté de participer à cette étude.....

Annexe 9 : Synthèse sur les personnes interviewées

	Objet	Nbre Sélectionné	Nbr prévu (pour interview)	Nbr interviews réalisés	Position dans le système	Implication stratégique étudiées (des personnes interviewées)	Critères de sélection
Témoins Minisanté	Identification des stewards	23	19	12	11 : niveau central minisanté 1 : Niveau provincial minisanté	Foras discussion : 04 Création institutions:02 Projets laboratoires :0 Grandes enquêtes :02	3 critères : -Position stratégique -Durée dans la position -Durée dans le système (160 témoins potentiels)
Témoins hors minisanté	Identification des stewards	10	10	06	Niveau central :10 (Tous partenaires du niveau central)	Foras discussion :0 Création institutions :0 Aucune :0	3 critères : -Position dans l'organisation -Durée dans la position -Durée dans le pays (56 personnes)
Autre témoins	Contribution des stratégies aux fonctions du stewardship	-	02	01	partenaire de niveau central :01	Création institutions :01	-
Steward	1°Contribution des stratégies aux fonctions du stewardship 2°Contribution au maintien des stewards	15	09	06	Niveau central minisanté :06 Niveau provincial :0 Hors minisanté :0	Foras discussion : 03 Création institutions:02 Projets laboratoires :0 Grandes enquêtes :01	-

Annexe 10 : Synthèse de réalisation des interview

Répondants	Témoïn	Détenteur d'enjeux	Steward	Position système de santé	Implication stratégies étudiées	Interview réalisé	Interview enregistré	Identification de steward	Identification contribution au stewardship	Identification stratégies maintien stewards
X1	Oui	Non	Non	Central	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non
X2	Oui	Non	Non	Central	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
X3	Oui	Non	Non	Central	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non
X4	Oui	Non	Non	Central	Non	Non	Non	Non	Non	Non
X5	Oui	Oui	Non	Central	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
X6	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
X7	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
X8	Non	Oui	Oui	Central	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
X9	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
X10	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
X11	Oui	Non	Non	Non	non	Non	Non	Non	Non	Non
X12	Oui	Non	Non	Central	Non	Non	Non	Non	Non	Non
X13	Oui	Non	Non	Central	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non
X14	Oui	Non	Non	Central	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non
X15	Oui	Oui	Non	Central	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non
X16	Oui	Non	Oui	Central	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
X17	Oui	Non	Non	Central	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non
X18	Oui	Oui	Non	central	Non	Non	Non	Non	Non	Non
X19	Oui	Non	Oui	Central	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui
X20	Oui	Non	Oui	Central	Non	Non	Non	Non	Non	Non
X21	Oui	Non	Non	Central	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non
X21	Oui	Non	Oui	Central	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
X22	Oui	Non	Non	Provincial	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
X23	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
X24	Oui	Non	Non	Central	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non
X25	Oui	Non	Non	Central	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non
X26	Oui	Non	Non	Central	Non	Non	Non	Non	Non	Non
X27	Oui	Non	Non	Central	Non	Non	Non	Non	Non	Non
X28	Oui	Non	Non	Central	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non
X29	Oui	Non	Non	Central	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non
X30	Oui	Non	Non	Central	Non	Non	Non	Non	Non	Non
X31	Oui	Non	Non	Central	Non	Non	Non	Non	Non	Non
X32	Oui	Non	Non	Central	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non
X33	Oui	Non	Non	Central	Non	Non	Non	Non	Non	Non
X34	Non	Non	OUI	Central	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
X35	Non	Non	Oui	Central	Non	Non	Non	Non	Non	Non
X36	Oui	Oui	Oui	Provincial	Non	Non	Non	Non	Non	Non
X37	Non	Non	Oui	Central	Non	Non	Non	Non	Non	Non
X38	Non	Non	Oui	Central	Non	Non	Non	Non	Non	Non
X39	Non	Non	Oui	Central	Non	Non	Non	Non	Non	Non
X40	Oui (test du questionnaire steward)	Non	Oui	Central	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui

