

REPUBLIQUE DU ZAIRE  
MOUVEMENT POPULAIRE DE LA REVOLUTION



DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES

# CHARTRE DE MBANZA-NGUNGU

UNE STRATEGIE DE COLLABORATION INTRASECTORIELLE  
ENTRE LES PARTENAIRES DU SECTEUR SANTE AU ZAIRE

Actes de la Conférence-Atelier organisée  
à  
MBANZA-NGUNGU

du 23 au 28 mars 1987

Avec la collaboration de la Fondation HANNS-SEIDEL/ZAIRE



**LE MARECHAL MOBUTU SESE SEKO  
KUKU NGBENDU WA ZA BANGA**

**La stratégie des soins de santé primaires que nous avons mise sur pied en 1978 afin de réaliser cet objectif sera poursuivie tout au long de ce septennat.  
Mon objectif est de rendre les soins de santé accessibles à toute la population.**



République du Zaïre



Conseil Exécutif

Département de la Culture, des Arts et du Tourisme  
Secrétariat Général

Direction des Bibliothèques et Documentations

Kinshasa, le 18/09/87

N° 222/DCAT/DBD/0299/87

Objet : Enregistrement  
au titre de dépôt  
légal.-

- TRANSMIS** copie pour information aux:
- Citoyen Président de la Commission Doctrine et Idéologie du Comité Central
  - Citoyen Commissaire d'Etat à la Culture, Arts et Tourisme
  - Citoyen Administrateur de l'AND
  - Citoyen Secrétaire Général à la Culture, Arts et Tourisme à KINSHASA/GOMBE.

Au Citoyen LUBA LA-VAKA  
Conseiller Principal  
au Département de la Santé Publique et aux Affaires Sociales  
à KINSHASA/GOMBE.

Citoyen Conseiller Principal,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance qu'il vient d'être attribué à votre publication le numéro d'enregistrement au titre de dépôt légal.

Il s'agit du n°228/87 3<sup>e</sup> trimestre pour la publication suivante : " ACTE DE LA CONFERENCE-ATELIER ORGANISE PAR LE DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE ".

En outre, je vous rappelle l'obligation légale qui vous incombe d'envoyer à la Bibliothèque Nationale, dix exemplaires de chaque publication, dans les dix jours qui suivent son impression. La Bibliothèque Nationale assurera la distribution des publications déposées.

L'Autorité se réserve le droit de retirer de la circulation tout écrit ou toute forme d'expression en harmonie avec les projets de la société zaïroise.

Principal, l'expression de mes sentiments patriotiques et révolutionnaires.-



Adresse: Colonel TSHASTSHI N° 10 Kinshasa - Gombe  
B.P. 1090 Kinshasa - Gombe — Tél. 30854

**LA CHARTE DE MBANZA-NGUNGU**

**UNE STRATEGIE DE COLLABORATION INTRASECTORIELLE ENTRE  
LES PARTENAIRES DU SECTEUR SANTE AU ZAIRE**

**Actes de la Conférence-Atelier organisée par le Département  
de la Santé publique et des Affaires sociales en collaboration  
avec la Fondation HANNS-SEIDEL  
à**

*Mbanza-Ngungu, du 23 au 28 mars 1987*

**Equipe de rédaction :**

- Dr. KALAMBAY KALULA, Coordonnateur
- Prof. CHIRUME MENDO, Animateur
- Dr. KAHOZI SANGWA, Facilitateur
- Dr. MAKAMBA MBONA RIBA, Facilitateur
- Dr. CLAUS, Participant
- Dr. NKOLOMONI, Participant
- Dr. BELEWETE, Participant
- Dr. D. SAUTER, Participant.

# TABLE DES MATIERES

PREFACE

LISTE DES ABREVIATIONS

1. INTRODUCTION .....	9
1. 1. Evolution vers les SSP au Zaïre.....	9
1. 2. Raison d'être de la Conférence-Atelier .....	11
1. 3. Buts et objectifs de la Conférence-Atelier .....	12
1. 4. Méthodologie.....	13
2. DEROULEMENT DE LA CONFERENCE.....	14
<hr/>	
3. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE	
<hr/>	
DE LA COLLABORATION INTRASECTORIELLE.....	18
<hr/>	
3. 1. Absence des documents juridiques pour la Z.S. ....	18
3.2. Insuffisance de formation en SSP.....	18
3. 3. Manque d'organes de concertation.....	18
3. 4. Manque de planification commune.....	19
3. 5. Inexistence d'une gestion harmonisée au niveau de la Zone de Santé .....	19
3. 6. Insuffisance de définition des rôles et attributions du MCZ et du DHM .....	20
3. 7. Insuffisance d'information sur la nouvelle politique sanitaire et sur les SSP.....	20
3. 8. Absence des mécanismes d'évaluation .....	21
4. SALUTIONS APORTEES AUX SITUATIONS	
<hr/>	
CONFLICTUELLES PAR CERTAINS PARTENAIRES .....	22
4. 1. Expérience du P.E.V.....	22
4. 2. Expérience du SANRU.....	24
4.3. Expérience SPT/Kinshasa .....	25
4. 4. Expérience du Corps de la Paix.....	26
4. 5. Expérience de l'UNICEF.....	28
5. ELABORATION DE LA STRATEGIE.....	29
5.1. Collaboration souhaité.....	29
5. 2. Détermination des actions à mener.....	33
5. 3. Présentation de la stratégie de la collaboration intra-sectorielle .....	40
6. EVALUATION DE LA STRATEGIE DE COLLABORATION .....	49
<hr/>	
7. RECOMMANDATIONS.....	50
<hr/>	
8. LISTE DES ANNEXES.....	54

## **PREFACE**

Le 23 mars 1987 j'avais ouvert les travaux de la Conférence-Atelier sur la collaboration intra-sectorielle à Mbanza-Ngungu, avec une foi inébranlable dans la compétence, le ser humanitaire et l'amour patriotique de tous ceux qui allaient contribuer à sa réalisation; chacun de participants avait, en effet, compris que l'enjeu fondamental de cette conférence était l'amélioration de la santé de nos populations.

Je suis heureux de constater aujourd'hui avec satisfaction que cette foi a été pleinement justifiée par la qualité, le sérieux et la profondeur des résultats produits par les participants à cette conférence qui peuvent, tous, se considérer désormais comme les artisans de ce qu'on nous permettra d'appeler la «Charte de Mbanza-Ngungu» en matière de collaboration intrasectorielle

Félicitations sincères aux facilitateurs qui ont encadré avec efficacité les débats des participants tout au long de cette conférence-atelier.

Qu'il me soit permis d'adresser à la Fondation Hanns Seidel les remerciements de mon Département et du Conseil exécutif pour l'appui financier indispensable apporté à la réalisation matérielle de cette conférence-atelier.

Aux uns et aux autres, je présente mes vives félicitations ainsi que mes remerciements pour leur contribution multiforme à l'élaboration de cette Charte avec comme finalité, l'amélioration de la situation sanitaire des populations du Zaïre.

En effet, la Conférence-Atelier de Mbanza-Ngungu constitue une étape importante dans la définition des mécanismes appropriés pour la réalisation de la politique sanitaire nationale représentée par l'idéal de la «Santé pour tous d'ici à l'an 2000».

Pour atteindre cet objectif, la stratégie à utiliser est celle des soins de santé primaires : permettre à toute la population de notre vaste territoire national d'accéder aux soins essentiels indispensables à la sauvegarde de sa santé, avec sa pleine participation, dans un esprit d'autoresponsabilité.

Dans l'exécution de son plan d'action sanitaire, la République du Zaïre a décidé de réaliser les soins de santé primaires en opérant essentiellement dans un espace géographique et administratif délimité et défini qu'est la Zone de Santé.

Au sein de cette entité doit se réaliser une parfaite collaboration entre les différents partenaires qui lui apportent leurs appuis.

La Conférence-Atelier de Mbanza-Ngungu avait, dès lors, pour objet de définir les conditions d'un consensus à réaliser parmi les partenaires, au niveau local, en vue de mobiliser et de canaliser toutes les énergies et les ressources existantes pour réaliser les soins de santé primaires au profit de la population.

Pour réaliser ce consensus générateur de la collaboration entre les partenaires de la Zone de Santé, il paraît indispensable de mettre sur pied un cadre de conception, de concertation et d'action, pour une meilleure gestion des structures sanitaires. Ce cadre est animé par les deux organes clés de la Zone de Santé — le Conseil d'Administration et le Médecin chef de zone.

Par rapport à cette organisation sanitaire de la base, les structures intermédiaires sous-régionale et régionale assurent la supervision et le contrôle, en veillant à ce que l'action

sanitaire de la Zone de Santé soit animée par tous les opérateurs sanitaires sous la direction du Médecin chef de zone.

Au niveau central, le Fonds National Médico-Sanitaire, FONAMES, sous la haute autorité du Département de la Santé Publique, a pour rôle d'animer la concertation entre tous les partenaires, tous les intervenants en vue de coordonner leur assistance au secteur et d'appuyer ainsi le développement des Soins de Santé Primaires dans un esprit de complémentarité, de respect mutuel et de service à mettre à la disposition de la population.

La collaboration intrasectorielle au niveau central et au niveau local est indispensable à la cohérence et à l'efficacité des actions du secteur sanitaire. Elle est une condition importante de la réussite de la politique de la Santé pour Tous.

En acceptant de préfacier le texte du rapport des travaux sur la collaboration intrasectorielle, j'ai l'intime conviction que ces travaux constituent une grande moisson de réflexion et d'enseignements qui ont mis en place les bases d'un édifice solide pour les Soins de Santé Primaires.

Mon souhait le plus ardent est de voir chacun de nous poursuivre, sans relâche, dans le nouvel esprit, l'effort constructif pour que soit gagné le pari de la «Santé pour Tous d'ici à l'an 2000».

Fait à Kinshasa, le 17 octobre 1987

Le Commissaire d'Etat à la Santé  
Publique et aux Affaires Sociales

Dr. Ngandu Kabeya  
Chevalier de l'Ordre national du Léopard

## LISTE DES ABREVIATIONS

*BOM : Bureau des Œuvres Médicales de l'Eglise Catholique*  
*BCT : Bureau Central de la Trypanosomiase*  
*CC : Comité Central du M.P.R.*  
*CEBEC : Centre du Bien-Etre Communautaire*  
*CEPLANUT : Centre de Planification de Nutrition Humaine*  
*FONAMES : Fonds National Médico-Social*  
*BNL : Bureau National de la Lèpre*  
*BNT : Bureau National de la Tuberculose*  
*HGR : Hôpital Général de Référence*  
*MCZ : Médecin Chef de Zone*  
*MDH : Médecin Directeur de l'Hôpital*  
*PEV : Programme Elargi de Vaccination*  
*PSND : Projet des Services des Naissances Désirables*  
*MPR : Mouvement Populaire de la Révolution*  
*UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance*  
*SANRU : Santé en Milieu Rural*  
*SPT : Santé Pour Tous*  
*SSP : Soins de Santé Primaires*  
*ZS : Zone de Santé*  
*PESP : Projet de l'Ecole de Santé Publique*  
*CENACOF : Centre National de Coordination à la Formation*

## Chapitre I : Introduction

### 1.1. Evolution vers les SSP au Zaïre

A son indépendance, le Zaïre a hérité d'un système sanitaire fonctionnel basé essentiellement sur l'utilisation des structures fixes c'est-à-dire hôpitaux et dispensaires, avec l'appui des équipes mobiles pour la lutte contre les grandes endémies.

Les multiples crises politiques que notre pays a connues après son indépendance n'ont pas épargné le secteur de la santé.

C'est ainsi que, très vite, les nombreux hôpitaux et dispensaires du pays se sont retrouvés démunis de leurs équipements, et la chaîne d'approvisionnement en médicaments a connu plusieurs ruptures entre le niveau central et les points de destination. L'arrière-pays a été le plus touché; les nombreuses maladies qui, jadis contrôlées, se sont réveillées avec plus de virulence.

Conscient de cette situation alarmante, le premier Congrès du M.P.R., en 1968, souligne dans le Manifeste de la Santé et du Bien-Etre la priorité à accorder à la restructuration du système national sanitaire.

En vue de matérialiser cette pensée, le Président de la République, le Maréchal Mobutu Sese Seko, créa en 1973, le Conseil National de la Santé et du Bien-Etre. Ce nouvel organe, à caractère inter-sectoriel, est chargé de la conception, de l'orientation et du contrôle de l'exécution de la politique sanitaire nationale.

En décembre 1974, dans un effort de participation à cet élan de renforcement de la structure sanitaire, les Eglises Protestante et Catholique, dans un document intitulé «Grandes Options», développent une approche sanitaire basée sur la communauté de base (...).

Tout cela conduit le Département de la Santé Publique à élaborer, en 1975, la politique sanitaire basée sur le centre du bien-être communautaire, le CEBEC. Cette politique est définie dans «le Manifeste de la Santé et du Bien-Etre du Peuple zaïrois».

En octobre 1975, un colloque médical national sur les soins de santé communautaires, réunit à Manresa, les responsables médicaux nationaux et régionaux des Eglises sous la présidence du Commissaire d'Etat à la Santé Publique. Ce colloque, prenant appui sur «le Manifeste de la Santé et du Bien-Etre du Peuple zaïrois», étudia l'implantation médicale existante par région, et les différentes structures issues de la réforme de l'action médicale, à savoir, le centre de santé, le CEBEC, et l'Hôpital, et ceci à partir des expériences concrètes sur le terrain.

Ce colloque fut suivi par huit sessions régionales durant les années 1976 et 1977, réunissant les responsables médicaux des régions.

Réunis en septembre 1978 à Alma-Ata en URSS, les pays membres des Nations-Unies ont reconnu l'injustice flagrante qui règne dans la distribution des soins parmi les peuples du monde et ont ainsi adopté l'objectif social de la santé pour tous d'ici l'an 2000, par l'approche des soins de santé primaires.

En 1980, le Zaïre adhère à la Charte de développement sanitaire en Afrique et le Comité Central dans sa décision 10/CC/1981 définit la nouvelle politique du Zaïre.

Dans son discours «Bilan et perspectives» du 5 décembre 1985, le Président de la République réaffirmait sa préoccupation d'améliorer la santé du peuple zaïrois, et le Commissaire d'Etat à la Santé Publique fut responsabilisé pour cette tâche.

Toute cette volonté politique exprimée s'est matérialisée par :

1. L'élaboration du Premier Plan Quinquennal du Département de la Santé Publique, le plan d'action sanitaire 1982-1986.
2. La création de la Direction Nationale chargée des soins de santé primaires.
3. La création de nouveaux projets de santé :
  - Projet de Santé pour Tous Kinshasa (SPT)
  - Projet des Soins de Santé en Milieu Rural (SANRU)
  - Projet des Services de Naissances Désirables (PSND)
4. Le renforcement des programmes nationaux tels que :
  - Le Programme Elargi des Vaccinations (PEV)
  - Le Centre de Planification de Nutrition Humaine (CEPLANUT);
  - Le Bureau Central de la Trypanosomiase (BCT);
  - Le Bureau National de la Lèpre (BNL);
  - Le Bureau National de la Tuberculose (BNT).

Dans une Conférence-Atelier organisée par le Département de la Santé Publique, du 23 au 25 avril 1984, au CENACOF, la Direction Nationale des SSP reçut comme mission prioritaire la création des zones de santé sur l'ensemble du territoire national. Cette activité est considérée alors comme la condition sine qua non pour une meilleure planification des ressources humaines, matérielles et financières.

La zone de santé est définie comme unité opérationnelle du système national sanitaire. Elle prend en charge 100.000 à 150.000 habitants et est délimitée en tenant compte de l'accessibilité géographique, culturelle et économique de la population. Elle est composée d'un hôpital général de référence et de 20 centres de santé en moyenne couvrant 5.000 habitants chacun.

En décembre 1985, le Zaïre avait divisé l'entièreté du territoire national en 306 zones de santé. Cette activité de délimitation, compte tenu de son importance, a connu la participation du personnel de santé et des responsables politico-administratifs du milieu et d'après le calendrier suivant :

- 22 - 25 Octobre 1984 : Bandundu
- 26 - 29 Novembre 1984 : Bas-Zaïre
- 18 - 21 Février 1985 : Kasai-Oriental
- 19 - 23 Mars 1985 : Kasai-Occidental
- 7 - 10 Juillet 1985 : Equateur
- 31 Juillet - 2 Août 1985 : Shaba
- 19 - 22 Août 1985 : Haut-Zaïre
- 28 - 31 Octobre 1985 : Kivu
- 4 - 7 Décembre 1985 : Kinshasa
- 9 - 11 Décembre 1985 : Mise en commun national

A l'évaluation de la stratégie nationale en 1984 selon le canevas commun DGO/84/01 de l'OMS, il est ressorti que la définition de cette nouvelle structure sanitaire entraînait d'autres exigences, à savoir :

1. la planification des activités à mener dans les 5 ans à venir (CENACOF 1984 & N'Sele 1985);
2. la définition du rôle des structures intermédiaires et leur renforcement en personnel (Mbanza-Ngungu 1985);
3. le fonctionnement préalable d'une structure nationale de coordination de toutes les activités des SSP au Zaïre (N'Sele mai 1985);
4. l'élaboration d'un document officiel sur le statut de la Zone de Santé ; (N'Sele Mai 1985)
5. la redéfinition de la stratégie de lutte de différents programmes spécialisés, à savoir: BCT, BNL, BNT, CEPLANUT et PEV;
6. la formation du personnel à tous les niveaux.

Depuis 1981, le PEV a introduit une formation des médecins chefs de zone, centrée sur la planification, la supervision, l'évaluation des SSP dans la Zone de Santé ainsi que sur l'intégration du programme des vaccinations dans les SSP.

Cette formation a été enrichie au fil des ans. Le FONAMES en assume désormais la responsabilité. A cette action de formation des MCZ s'est ajoutée celle du personnel paramédical et administratif.

### 1.2. Raison d'être de la Conférence-Atelier

La nouvelle organisation sanitaire du Zaïre avec la mise sur pied des Zones de Santé a entraîné plusieurs changements dans les relations entre :

#### a) les donateurs du niveau central :

A cet effet, il est agréable de constater que les partenaires du Zaïre se sont conformés à la politique nationale pour la coordination de leur assistance au secteur santé. Il existe désormais un cadre de concertation et de planification, le FONAMES, qui permet à tous de participer au développement du secteur dans un esprit de complémentarité, et de respect mutuel. Cette nouvelle philosophie de travail a permis d'éviter les interventions impetives qui ont conduit dans le passé à la duplication des efforts et au gaspillage des ressources qui sont rares.

Le co-financement des activités telles que la formation au niveau national des médecins chefs de zone (MCZ), la délimitation du pays en Zones de Santé sont des exemples positifs de cette nouvelle approche.

#### b) les partenaires sanitaires du niveau local :

S'il est vrai qu'un consensus a été facilement obtenu au niveau central, le fonctionnement harmonieux du niveau périphérique reste encore problématique. Le caractère sectaire des opérateurs sanitaires sur le terrain entraîne des contradictions, des luttes d'influences, des compétitions, et souvent même des conflits ouverts entre l'objectif social et les intérêts personnels et/ou organisationnels.

En ces moments difficiles où les ressources s'amenuisent d'une façon inquiétante, il est plus qu'impérieux de mobiliser et ensuite, de canaliser toutes les énergies et ressources existantes vers un même but. C'est pourquoi, par sa lettre 007/-87 du 23.02.1987, le Commissaire d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales, le Prof. Ngandu-Kabeya, a décidé de réunir tous ses partenaires du secteur sanitaire afin de dégager les raisons profondes qui causent ces blocages, et ensuite d'en extraire la substance nécessaire pour

améliorer la collaboration au sein du secteur de la santé pour le fonctionnement harmonieux de la zone de santé.

### 1.3. Buts et objectifs de la Conférence-Atelier

C'est à cette fin qu'une Conférence-Atelier a été organisée du 23 au 28 mars 1987, à Mbanza-Ngungu dans le Bas-Zaïre.

Elle recherchait les voies et moyens pour renforcer la collaboration entre les différents réseaux œuvrant d'une part au sein d'une zone de santé, et d'autre part, au sein d'un même réseau entre les pratiquants de la stratégie nationale actuelle et ceux qui ont gardé l'ancienne approche d'administration des soins. En fait, il s'agit d'harmoniser les efforts du niveau de la zone de santé en vue de :

- améliorer l'application de la politique nationale en matière de santé;
- maximiser les effets des services de santé;
- et accroître l'efficacité de nos actions et l'économie judicieuse des moyens.

C'est en ces termes que la collaboration intra-sectorielle est perçue comme un élément important pour la réussite de la politique de santé pour tous d'ici l'an 2000, non seulement pour ce qui concerne la cohérence et l'efficacité du secteur sanitaire, mais elle constitue aussi une étape vers la mobilisation des ressources et des énergies détenues par les autres secteurs de développement national, notamment la population actrice et bénéficiaire, et les autres départements du Conseil Exécutif présents sur le terrain.

La Conférence-Atelier avait pour but de mettre au point une stratégie de collaboration intra-sectorielle en établissant un plan de travail précis faisant ressortir les cibles à atteindre, les actions à entreprendre et le timing acceptable pour améliorer la collaboration intra-sectorielle.

Pour ce faire, la Conférence-Atelier devait :

a) analyser la situation actuelle en matière de collaboration intra-sectorielle en :

- identifiant les divers aspects de la collaboration intra-sectorielle,
- identifiant les succès et les faiblesses enregistrés dans ce domaine.

b) définir la collaboration souhaitable;

c) élaborer une stratégie indiquant :

- les actions à mener,
- les groupes cibles vers lesquels doivent être orientées ces actions,
- les ressources nécessaires,
- les indicateurs du niveau de réalisation des actions,
- déterminer les responsabilités et
- l'exécution dans le temps.

Cette stratégie devait permettre d'atteindre la collaboration souhaitée.

1. la planification des activités à mener dans les 5 ans à venir (CENACOF 1984 & N'Sele 1985);
2. la définition du rôle des structures intermédiaires et leur renforcement en personnel (Mbanza-Ngungu 1985);
3. le fonctionnement préalable d'une structure nationale de coordination de toutes les activités des SSP au Zaïre (N'Sele mai 1985);
4. l'élaboration d'un document officiel sur le statut de la Zone de Santé ; (N'Sele Mai 1985)
5. la redéfinition de la stratégie de lutte de différents programmes spécialisés, à savoir: BCT, BNL, BNT, CEPLANUT et PEV;
6. la formation du personnel à tous les niveaux.

Depuis 1981, le PEV a introduit une formation des médecins chefs de zone, centrée sur la planification, la supervision, l'évaluation des SSP dans la Zone de Santé ainsi que sur l'intégration du programme des vaccinations dans les SSP.

Cette formation a été enrichie au fil des ans. Le FONAMES en assume désormais la responsabilité. A cette action de formation des MCZ s'est ajoutée celle du personnel paramédical et administratif.

### **1.2. Raison d'être de la Conférence-Atelier**

La nouvelle organisation sanitaire du Zaïre avec la mise sur pied des Zones de Santé a entraîné plusieurs changements dans les relations entre :

#### a) les donateurs du, niveau central :

A cet effet, il est agréable de constater que les partenaires du Zaïre se sont conformés à la politique nationale pour la coordination de leur assistance au secteur santé. Il existe désormais un cadre de concertation et de planification, le FONAMES, qui permet à tous de participer au développement du secteur dans un esprit de complémentarité, et de respect mutuel. Cette nouvelle philosophie de travail a permis d'éviter les interventions impéatives qui ont conduit dans le passé à la duplication des efforts et au gaspillage des ressources qui sont rares.

Le co-financement des activités telles que la formation au niveau national des médecins chefs de zone (MCZ), la délimitation du pays en Zones de Santé sont des exemples positifs de cette nouvelle approche.

#### b) les partenaires sanitaires du niveau local :

S'il est vrai qu'un consensus a été facilement obtenu au niveau central, le fonctionnement harmonieux du niveau périphérique reste encore problématique. Le caractère sectaire des opérateurs sanitaires sur le terrain entraîne des contradictions, des luttes d'influences, des compétitions, et souvent même des conflits ouverts entre l'objectif social et les intérêts personnels et/ou organisationnels.

En ces moments difficiles où les ressources s'amenuisent d'une façon inquiétante, il est plus qu'impérieux de mobiliser et ensuite, de canaliser toutes les énergies et ressources existantes vers un même but. C'est pourquoi, par sa lettre 007/-87 du 23.02.1987, le Commissaire d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales, le Prof. Ngandu-Kabeya, a décidé de réunir tous ses partenaires du secteur sanitaire afin de dégager les raisons profondes qui causent ces blocages, et ensuite d'en extraire la substance nécessaire pour

améliorer la collaboration au sein du secteur de la santé pour le fonctionnement harmonieux de la zone de santé.

### 1.3. Buts et objectifs de la Conférence-Atelier

C'est à cette fin qu'une Conférence-Atelier a été organisée du 23 au 28 mars 1987, à Mbanza-Ngungu dans le Bas-Zaïre.

Elle recherchait les voies et moyens pour renforcer la collaboration entre les différents réseaux œuvrant d'une part au sein d'une zone de santé, et d'autre part, au sein d'un même réseau entre les pratiquants de la stratégie nationale actuelle et ceux qui ont gardé l'ancienne approche d'administration des soins. En fait, il s'agit d'harmoniser les efforts du niveau de la zone de santé en vue de :

- améliorer l'application de la politique nationale en matière de santé;
- maximiser les effets des services de santé;
- et accroître l'efficacité de nos actions et l'économie judicieuse des moyens.

C'est en ces termes que la collaboration intra-sectorielle est perçue comme un élément important pour la réussite de la politique de santé pour tous d'ici l'an 2000, non seulement pour ce qui concerne la cohérence et l'efficacité du secteur sanitaire, mais elle constitue aussi une étape vers la mobilisation des ressources et des énergies détenues par les autres secteurs de développement national, notamment la population actrice et bénéficiaire, et les autres départements du Conseil Exécutif présents sur le terrain.

La Conférence-Atelier avait pour but de mettre au point une stratégie de collaboration intra-sectorielle en établissant un plan de travail précis faisant ressortir les cibles à atteindre, les actions à entreprendre et le timing acceptable pour améliorer la collaboration intra-sectorielle.

Pour ce faire, la Conférence-Atelier devait :

- a) analyser la situation actuelle en matière de collaboration intra-sectorielle en :
  - identifiant les divers aspects de la collaboration intra-sectorielle,
  - identifiant les succès et les faiblesses enregistrés dans ce domaine.
- b) définir la collaboration souhaitable;
- c) élaborer une stratégie indiquant :
  - les actions à mener,
  - les groupes cibles vers lesquels doivent être orientées ces actions,
  - les ressources nécessaires,
  - les indicateurs du niveau de réalisation des actions,
  - déterminer les responsabilités et
  - l'exécution dans le temps.

Cette stratégie devait permettre d'atteindre la collaboration souhaitée.

## Chapitre 2 : Déroulement de la conférence

La Conférence était organisée en 11 sessions y compris la première dédiée à la cérémonie d'ouverture et la dernière consacrée à la clôture.

Le programme a été exécuté de la manière suivante :

### **Session 1 : Cérémonie d'ouverture**

Cette session avait pour objet d'orienter et d'établir le cadre conceptuel de référence pour la Conférence-Atelier.

A cette occasion, le Président Sous-Régional du MPR et Commissaire Sous-Régional des Cataractes a prononcé un discours de bienvenue à tous les participants.

Le Commissaire d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales, dans son discours d'ouverture, a situé la Conférence-Atelier par rapport à l'ensemble d'autres actions que menait le Département, dans le cadre de la nouvelle politique de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Il a fait ressortir les composantes essentielles de la stratégie des soins de santé primaires et la place qui revient à la population dans celle-ci. Il a confié aux participants la mission de lui présenter, à la fin des travaux de la Conférence-Atelier, un plan de travail précis indiquant les cibles à atteindre, les actions à entreprendre et un timing pour améliorer la collaboration intra-sectorielle dans les zones de santé.

### **Section 2 : Orientation de la Conférence-Atelier.**

Cette session visait à orienter et à établir un cadre pour le déroulement de la Conférence-Atelier.

A cette occasion, les facilitateurs ont expliqué :

- la raison d'être de la Conférence,
- la méthode de travail basée sur les principes de synergie,
- la présentation du programme après avoir recueilli les attentes des participants.

Le consensus consistait en une réconciliation des attentes des participants avec le programme proposé par les facilitateurs.

C'est au cours de cette session que les agents de Hanns-Seidel, organisme financier assurant l'appui logistique, ont présenté et expliqué les instructions au sujet du remboursement des titres de voyages, les perdiems, la restauration et le secrétariat.

### **Session 3 : Perception commune.**

Cette session visait à établir une perception commune de la collaboration. Cette réconciliation des perceptions est partie d'un jeu de rôle au sujet d'un jeune médecin formé en soins de santé primaires affecté dans une communauté musulmane. Par la suite, les participants ont procédé à un enrichissement du jeu de rôle, en y dégageant les points positifs, les obstacles majeurs et en y ajoutant les éléments nécessaires pour compléter le jeune médecin.

C'est sur base de ces éléments que les participants sont parvenus à un consensus sur les caractéristiques majeures de la collaboration intrasectorielle aujourd'hui (annexe 3 rapport du 24.03.1987).

#### **Session 4 : Etude des cas concrets.**

Cette session était prévue pour donner l'occasion aux participants d'illustrer la collaboration intra-sectorielle en présentant des cas tels qu'ils les vivent sur le terrain.

Compte tenu des contraintes de temps, l'équipe des facilitateurs avait jugé utile de recueillir les illustrations de cas de collaboration, tel que cela leur avait été demandé par le Commissaire d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales, dans sa lettre d'invitation, et de les synthétiser en une étude de cas progressifs en trois étapes : la Santé au Kalao 1, Kalao 2 et Kalao 3.

A la lumière de leur vue professionnelle, les participants avaient enrichi l'étude des cas avec d'autres éléments qui bloquent la collaboration entre :

- une Eglise et une Zone de Santé,
- une Société et une Zone de Santé,
- une Eglise et une Eglise,
- une Société et une Société,
- un Médecin Chef de Zone et un Médecin Directeur de l'Hôpital.

#### **Session 5 : Les traits communs de la collaboration intra-sectorielle.**

Après d'intenses travaux en sous-groupes, les participants se sont retrouvés en plénière pour établir une synthèse des traits qui caractérisent la collaboration intra-sectorielle ce jour. Les rapporteurs des trois sous-groupes avaient élaboré une synthèse qui a été présentée et adoptée en plénière.

#### **Session 6 : Les éléments positifs de la collaboration intra-sectorielle.**

Après avoir établi un tableau concernant la collaboration intra-sectorielle telle qu'elle se présente aujourd'hui, les participants ont suivi, au cours de cette session, les présentations de certaines expériences positives des projets spécialisés et organismes de coopération dans le domaine de la santé. Ils ont dégagé les éléments positifs de la collaboration intra-sectorielle des expériences de : SANRU, PEV, Corps de la Paix, SPT/Kinshasa et UNICEF.

En effet, les directeurs ou représentants de ces projets et organismes nous avaient rejoints à Mbanza-Ngungu pour nous faire des exposés relatifs à leurs efforts de collaborer avec les structures sanitaires sur le terrain, en mettant en relief les difficultés rencontrées et les solutions appliquées en vue de surmonter ces obstacles.

Faisant suite aux exposés, les participants avaient travaillé en sous-groupes pour dégager, de ces expériences, les éléments positifs à retenir pour une collaboration intra-sectorielle souhaitable.

La synthèse de ces travaux des sous-groupes était présentée et adoptée en plénière. Elle est décrite au chapitre 4.

#### **Session 7 : La collaboration intra-sectorielle désirée.**

Ayant déterminé ce qui caractérise la collaboration intra-sectorielle aujourd'hui, les participants ont, au cours de cette session, établi les éléments de la collaboration souhaitée par tous les partenaires du secteur sanitaire.

Le résultat de cette session est présenté comme situation souhaitée à la section 5.1. du chapitre 5.

#### **Session 8 : Elaboration de la stratégie pour la collaboration intra-sectorielle.**

Session clé, elle visait à mettre sur pied une stratégie en vue d'améliorer la collaboration intra-sectorielle.

Elle a consisté en :

- la présentation des éléments d'une stratégie;
- l'identification d'écart entre la collaboration d'aujourd'hui et celle souhaitée pour l'avenir;
- la détermination des actions à mener en vue de promouvoir la collaboration;
- la détermination des groupes-cibles vers lesquels doivent être orientées ces actions ;
- l'identification des moyens nécessaires pour la réalisation de ces actions;
- l'élaboration d'un calendrier de mise en œuvre de ces actions;
- la précision de l'impact attendu de ces actions;
- l'attribution des responsabilités aux divers organes d'exécution.

Le résultat de cette session figure aux points 5.1, 5.2 et 5.3.

#### **Session 9 : Evaluation de la stratégie de collaboration intra-sectorielle.**

Après avoir élaboré la stratégie, il était indiqué de mettre en place les mécanismes d'évaluation de celle-ci. Initialement, il était prévu que cette session se déroule en sous-groupes, mais elle s'est plutôt passée en plénière, sous forme de questions réponses et le consensus a été plus rapidement obtenu.

Le résultat de cette session figure au point 6.

#### **Session 10 : Adoption de la stratégie et évaluation de la Conférence-Atelier.**

Etant donné que la synthèse finale de la stratégie était l'œuvre de la commission de rédaction et des rapporteurs des sous-groupes, les participants ont eu l'occasion de se prononcer sur le résultat final.

C'est au cours de cette même session qu'ils ont évalué toute la Conférence. Signalons que le Commissaire d'Etat a pris part à cette session.

**Session II : Cérémonie de clôture.**

Cette session avait pour objet d'assurer l'engagement des participants pour l'avenir.

Les participants ont eu l'occasion de se séparer d'une manière spéciale en se promettant de collaborer plus étroitement.

A la cérémonie de clôture, ils ont prononcé un mot de remerciement et formulé une motion de soutien au Guide de la Révolution, Mobutu Sese Seko, Président-Fondateur du MPR, Président de la République du Zaïre.

Le Commissaire d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales a clôturé la Conférence en promettant aux participants d'intégrer leurs recommandations dans le plan global de travail de son Département.

### Chapitre 3 : Analyse de la situation actuelle de la collaboration intra-sectorielle

A partir de l'expérience des participants, une liste des principaux obstacles à une bonne collaboration a été élaborée. Ces contraintes sont regroupées en huit rubriques.

#### **3.1. Absence des documents juridiques pour la Zone de Santé**

Cette contrainte a été reconnue comme génératrice de :

- Conflit de compétence entre certains représentants légaux, missionnaires et les M.C.Z., en matière de gestion des soins, des finances et du matériel;
- Non respect des structures hiérarchiques sanitaires et recours au trafic d'influence par certains partenaires;
- Insuffisance de définition des rôles et attributions du M.C.Z. en rapport avec les structures médicales des Eglises et des Sociétés;
- Manque d'information et d'instruction au niveau inférieur sur les prérogatives du M.C.Z. en ce qui concerne la supervision des formations sanitaires confessionnelles et des sociétés;
- Cumul des fonctions pour le médecin qui est à la fois, médecin de la société et médecin chef de zone;
- Refus de tutelle et de supervision étatique par esprit d'indépendance trop marqué chez certaines sociétés ou Eglises;
- Conflit d'autorité entre M.C.Z. et M.D.H.;
- Anachronisme des conventions liant les Eglises ou Sociétés à l'Etat, car non adaptées à la nouvelle politique sanitaire et posant des problèmes de prise en charge du M.C.Z. (rémunération, logement, déplacement);
- Non respect mutuel des textes légaux.

#### **3.2. Insuffisance de formation en S.S.P.**

Cette déficience serait à l'origine de :

- Refus de la part de certaines formations conventionnées ou appartenant à certains partenaires, de réaliser les S.S.P., à cause de surcharge du travail curatif, de l'absence de formation de leur personnel dans les nouvelles options sanitaires, de l'absence de conviction dans l'utilité du nouveau système;
- Manque de formation du M.D.H. en matière des S.S.P. entraînant inévitablement une différence de profil entre lui et le M.C.Z.;
- Non adhésion de nombreux médecins à la politique des S.S.P.;
- Caractère policier de la supervision de certains M.C.Z.

#### **3.3. Manque d'organes de concertation**

Ce vide conduit à :

- L'impression qu'ont les Eglises d'être laissées de côté à chaque étape d'implantation des S.S.P. dans une Zone de Santé, dans une sous-région, ou dans une région;
- L'insuffisance de préparation du terrain de la part du M.C.Z. avant de procéder à l'introduction de la nouvelle politique sanitaire;
- La tendance à la concurrence suscitée par la peur de perdre son indépendance et ses malades, la crainte de voir son influence religieuse réduite et la hantise du déficit financier. Tout cela entraînant un manque de dialogue et de concertation dans les décisions prises de part et d'autre;

- L'indépendance des réseaux les uns vis-à-vis des autres et vis-à-vis de l'Etat;
- L'implantation de nouvelles formations répondant aux demandes des Eglises ou à la pression de la population plutôt qu'aux besoins de couverture de la Zone de Santé;
- L'octroi des instructions et du matériel (et autres ressources) aux formations sanitaires par le réseau, sans tenir compte de la présence du M.C.Z. et d'autres réseaux, ceci entraînant des conflits d'autorité, des tentatives de supervision sectaire, des interférences dans les actions de secteur;
- La réticence de certaines formations sanitaires à référer les malades à l'H.G.R. de la Z.S. dont leur formation fait partie;
- Au refus de certaines sociétés d'associer la population dans les organes de concertation;
- La réticence de certaines sociétés à désigner un de leurs médecins comme M.C.Z.;
- L'antipathie et/ou les intérêts personnels influant sur les décisions des réseaux ou du M.C.Z.
- Prosélytisme (religieux) empêchant toute forme de collaboration loyale entre les Eglises;
- Conflit entre M.C.Z. et M.D.H. quand ils proviennent de deux réseaux différents;
- Manque de souplesse et de concertation entre le M.C.Z. et le Médecin superviseur de réseau d'une Eglise ou d'une Société particulièrement pendant cette période de transition où les tâches ne sont pas encore suffisamment définies et réparties.

### 3.4. Manque de planification commune, ce qui est à la base de :

- Limitation par certaines missions de la distribution des soins à leurs seuls adeptes entravant une bonne couverture de la Z.S. selon les principes des S.S.P.
- Manque d'association des partenaires à chaque étape d'implantation des S.S.P.;
- Non-couverture en soins préventifs des agents de certaines sociétés entravant la couverture, en S.S.P. de la Z.S.;
- Implantation de nouvelles formations répondant aux demandes des Eglises ou à la pression de la population plutôt qu'aux besoins de couverture de la Z.S.

### 3.5. Inexistence d'une gestion harmonisée au niveaux de la Zone de Santé

Avec comme effet principal :

- Attachement des partenaires à leurs habitudes dans le domaine de la gestion de leurs formations sanitaires et le refus de la supervision financière par le M.C.Z. Cette absence d'harmonisation de la gestion rationnelle des ressources a des conséquences au niveau de :

#### A. Gestion du personnel

- Manque de confiance de la part des missionnaires envers les cadres (M.C.Z., Infirmiers) engagés par l'Etat sur base d'antécédents malheureux ou de simples à priori;
- Sélection et préférence, de ce fait, portées plus sur le critère d'appartenance religieuse des cadres que sur celui de compétences et qualifications;
- Manque de continuité des activités à cause des mutations trop fréquentes, ordonnées par l'Etat ou les Confessions religieuses.

#### B. Gestion du matériel

- Appropriation, déplacement et/ou retrait, par le M.C.Z. ou tel partenaire, de matériels reçus des donateurs pour la population ou la Z.S.;
- Déséquilibre en équipement médical de diverses formations médico-sanitaires dans une même Zone de Santé;
- Usage abusif du matériel par certains partenaires.

### *C. Gestion des infrastructures médicales*

- Fonctionnement insuffisant de certaines formations médicales (hôpitaux, dispensaires) de l'Etat qui pousse les partenaires à créer des structures parallèles;
- Manque de disponibilité des partenaires pour l'utilisation de leurs infrastructures pour le développement de la Zone de Santé;
- Présence dans les réseaux de structures n'ayant pas été connues pour répondre aux exigences de la nouvelle politique sanitaire.

### *D. Gestion des médicaments*

- Source d'approvisionnement en médicaments pour les formations sanitaires de chaque réseau;
- Accès limité de certaines formations de la Z.S. aux sources d'approvisionnement sûres et pratiquant des prix abordables.

### *E. Gestion financière*

- Différentes modalités de gestion suivant le réseau (Etat, Eglise, Société) entraînant les différences de barème salarial, de tarification des soins et des médicaments;
- Affectation des ressources financières sans tenir compte des priorités de la Z.S.;
- Disproportion entre les moyens mis à la disposition de l'H.G.R. d'une part et de la Zone de santé d'autre part, entraînant des sentiments de frustration, de jalousie et parfois de haine ;
- Manque de budget de fonctionnement de la Z.S. entraînant une très grande dépendance du Bureau Central de la Z.S. vis-à-vis de l'H.G.R.;
- Priorité des intérêts économiques pour la société sur les intérêts de la population de la Zone de Santé.

### **3.6. Insuffisance de définition des rôles et attributions du M.C.Z. et du M.D.H., cela conduit au :**

- Conflit d'autorité entre le M.C.Z. et le M.D.H. relevant souvent de l'introduction brusque de changements dans les structures médico-sanitaires pré-existantes;
- Manque d'information et de formation du M.D.H. en matière des S.S.P. entraînant inévitablement une différence de profil entre lui et le M.C.Z.;
- Refus fréquent du M.D.H. de reconnaître au M.C.Z. le droit d'exercer à l'H.G.R., de superviser également l'H.G.R. et le refus de recevoir les instructions émanant de la Zone de Santé;
- Tendance du M.C.Z. à se comporter en chef hiérarchique du M.D.H. dans les domaines aussi bien administratif, financier que scientifique;
- Conflit d'appartenance du M.C.Z. et du M.D.H. quand ils proviennent de deux réseaux différents;
- Existence souvent d'un conflit de génération entre le M.C.Z. souvent nouveau venu et le M.D.H. généralement ancien et expérimenté;
- Divergence d'intérêts entre M.C.Z. et M.D.H.

### **3.7. Insuffisance d'informations sur la nouvelle politique sanitaire et sur les S.S.P.**

Elle est à la base de :

- La sous-information des partenaires sur les nouvelles orientations de la politique sanitaire et l'insuffisance d'échange d'information avec l'Etat, entraînant un manque d'adhésion aux S.S.P. et/ou des malentendus;
- L'absence de document officiel remis au Médecin Chef de Zone quand il arrive dans une Z.S. à laquelle appartient l'H.G.R. et dont la gestion a été confiée à un partenaire ;

### 3.8. Absence des mécanismes d'évaluation

Cet obstacle a pour conséquence :

- L'appréciation inadéquate des actions réalisées dans le cadre de la promotion des S.S.P. dans les Z.S.;
- La détermination incorrecte du niveau d'atteinte des résultats visés;
- Le jugement non approprié de l'utilisation des ressources affectées aux S.S.P. dans les Z.S.

## Chapitre 4 : Solutions apportées aux situations conflictuelles par certains partenaires

Après l'identification des entraves actuelles à la collaboration intra-sectorielle, les responsables du niveau central de : Corps de la paix, UNICEF, Santé pour tous/Kinshasa, SANRU, et Programme Elargi des vaccinations, ont exposé leurs expériences positives, relatives à la collaboration avec les institutions médico-sanitaires à travers lesquelles se réalisent leurs programmes.

L'analyse de ces expériences a permis aux participants de relever les situations conflictuelles, les solutions apportées et les éléments positifs ci-après :

### 4.1. Expérience P.E.V.

situations conflictuelles	Solutions appliquées	Eléments positifs à retenir
(1) Anciennes structures qui vaccinent sur place	Profiter de l'expérience mutuelle et discussion en vue d'élaborer une stratégie commune.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concertation dans le respect mutuel.</li> <li>- Prise de décision et collaboration du programme commun.</li> </ul>
(2) Personnel non formé des anciennes structures.	Recyclage	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Harmonisation des compétences pour l'application du programme.</li> </ul>
(3) Calendrier vaccinal non respecté.	Fiches techniques explicatives	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Standardisation des outils de travail.</li> <li>- Information scientifique.</li> </ul>
(4) Existence simultanée des équipes mobiles et des structures fixes.	choix d'une stratégie fixe.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégration diplomatique et progressive des équipes mobiles dans les structures fixes.</li> <li>- Délégation des tâches et responsabilisation</li> </ul>
(5) Manque de coordination à la base et non respect de la hiérarchie	Reconnaissance de la ZS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- M.C.Z. — Interlocuteur valorisé et responsabilisé.</li> </ul>
(6) Multiplicités de sources d'approvisionnement  Approvisionnement difficile à cause de voies d'accès	Appui logistique à la Z.S. (frigo et vaccins) en tenant compte du découpage opérationnel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encouragement des rencontres entre partenaires.</li> <li>- Permet le contrôle, la vérification de l'utilisation et l'enregistrement statistique de la vaccination.</li> </ul>

Situations conflictuelles	Solutions appliquées	Eléments positifs à retenir
(7) Manque de suivi et d'évaluation.	Rapport et visites	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permet une source d'approvisionnement plus proche du domicile et ouverte à tous sans discrimination</li> <li>- Assure la continuité de l'approvisionnement et renforce la confiance dans le programme.</li> </ul>
(8) Société n'accepte pas les vaccins P.E.V. Missions refusent d'accepter la stratégie P.E.V.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Négociation et proposition d'approvisionnement à Kinshasa</li> <li>- Persuasion</li> <li>- Médiation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tolérance</li> <li>- Patience</li> <li>- Compréhension mutuelle</li> </ul>

#### 4.2. Expérience SANRU

situations conflictuelles	Solutions appliquées	Eléments positifs à retenir
(1) Conflit SANRU-CATHOL. au sujet du programme sur les N.D.	Concertation continue et compromis au niveau du programme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tolérance</li> <li>- Patience</li> </ul>
(2) Conflit au sein d'une même Z.S. paralysant les relations de contact entre le M.C.Z. et le Représentant Fonds de la ZS gérés par la mission	Médiation, conciliation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esprit de conciliation</li> </ul>
(3) Gaspillage d'énergie et des moyens, des interventions non orientées	Participation dans l'exécution de la politique nationale sur les S.S.P.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planification concertée SANRU reconnaît la Z. comme entité autonome appuyant le programme Z.S.R. quel que soit le partenaire —</li> <li>- Reconnaissance du M. comme interlocuteur valable agissant au nom de la Z.</li> <li>- L'aide est orientée vers les S.S.P.</li> <li>(Recherche opérationnelle (...))</li> </ul>

### 4.3. Expérience SPT/Kin.

Situations conflictuelles	Solutions appliquées	Éléments positifs à retenir
(1) Manque de cadre juridique.	Instructions/Statut/R.O.I. élaborés par SPT/KIN.	- Elaboration progressive des documents harmonisant les rapports entre les différents partenaires.
(2) - Mauvaise communication et informations insuffisantes. - Conflit d'autorité (Qui est propriétaire de quoi ?) - Objectif commun insuffisamment partagé.	Cadre de concertation : * Comité technique * Conseil d'Administration * Comité de gestion ...	- Consensus : toujours le rechercher à tous les niveaux - Concertation - Collégialité
(3) Plusieurs partenaires aux intérêts divergents.	- Politique de la porte ouverte. Écuménisme médical.	- Respect mutuel des partenaires.
(4) Finances (Sources, volume...)	Sources diversifiées et selon les possibilités de chacun.	- Limitation de la dépense. - Participation de tous et selon leurs moyens.
(5) Référence	Convention avec Mama Yemo (Bureau Liaison) (Rétro-Info).	- Associer tous les niveaux.
(6) Intégration des entreprises privées.	Convention des entreprises.	Avantage partagé.
(7) Problèmes non résolus entre partenaires.	Organisation des mini-séminaires	- Autocritique en tant que groupe.
(8) Conflit avec les programmes spécialisés et instructions mal partagées.	Harmoniser les instructions	-Autocritique en tant que groupe

#### 4.4. Expérience du Corps de la Paix

Situations conflictuelles	Solutions appliquées	Eléments positifs à retenir
(1) Méconnaissance de l'autorité du M.C.Z.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acceptation de la demande du volontaire émanant seulement du Médecin Chef de Zone</li> <li>- Intégration du volontaire dans le programme de la ZS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respect de la hiérarchie locale et valorisation du Médecin Chef de Zone</li> <li>- Respect et soutien de la politique sanitaire</li> <li>- Préparation préalable</li> </ul>
(2) Compétition entre l'homologue zairois et le volontaire du Corps de la Paix	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information préalable de l'homologue sur le rôle du volontaire</li> <li>- Association des homologues zairois aux conférences annuelles du Corps de la Paix</li> <li>- Visite préalable de l'homologue sur le terrain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorisation des compétences locales</li> <li>- Connaissance de l'environnement</li> </ul>
(3) Problèmes d'acceptation du volontaire par les autres partenaires dans la ZS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiches de demande signées conjointement par les différents partenaires.</li> <li>- Visites préalables des partenaires</li> <li>- Cours de langues</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concertation de tous les partenaires par des visites préalables.</li> </ul>
(4) Conflit entre partenaires avant l'arrivée du volontaire et durant son séjour	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refus d'envoyer un volontaire dans les zones conflictuelles</li> <li>- Non-immixion dans les conflits</li> <li>- Sélection des ZS disposées à la collaboration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Susciter la collaboration des partenaires dans une ZS en les encourageant à résoudre leur problème.</li> <li>- Promotion de la collaboration.</li> </ul>
(5) Pas de concertation locale avant la demande d'un volontaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiche de demande signée conjointement par tous les partenaires</li> <li>- Visite sur le terrain de tous les partenaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion collégiale du volontaire</li> </ul>
(6) Conflit concernant les attributions du volontaire et manque de précision sur les raisons de la demande	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description par le MCZ des responsabilités et attributions du volontaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien de la coordination des activités des SSP par le MCZ</li> </ul>

Situations conflictuelles	Solutions appliquées	Eléments positifs à retenir
(7) Manque de préparation suffisante du volontaire amenant des difficultés d'intégration	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visite d'observation</li> <li>- Stage de formation</li> <li>- Conférence annuelle</li> <li>- Contact permanent avec les responsables centraux du Corps de la Paix</li> <li>- Ouverture aux différents programmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation et stage pratique sur le terrain</li> </ul>
(8) Problèmes liés à la personnalité du volontaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présélection des volontaires</li> <li>- Préparation psychologique à la tolérance et à la patience</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choix adéquat des candidats</li> <li>- Préparation préalable du volontaire</li> <li>- Patient devant les différents partenaires</li> <li>- Déplacement éventuel du volontaire et même son renvoi</li> <li>- Suivi du volontaire par ses responsables</li> </ul>

#### 4.5. Expérience de l'UNICEF

Situations conflictuelles	Solutions appliquées	Eléments positifs à retenir
(1) Absence de programme intégré à celui du Conseil Exécutif pour l'amélioration des conditions de survie de l'enfance.	Programmation par objectifs définissant les priorités du Conseil Exécutif.	- L'UNICEF n'a pas de projet personnel; il travaille avec les structures nationales.
(2) Manque de motivation des mères pour les programmes de vaccination.	Permettre aux mères de maîtriser elles-mêmes les problèmes qui se posent à leurs enfants.	- Augmenter la participation des mères aux activités.
(3) Absence d'information et de mobilisation des populations. - Impact insuffisant des foyers sociaux mis en place avec l'aide de l'UNICEF.	Assurer la mobilisation sociale.  - Evaluation périodique des actions.	- Intensifier les efforts de sensibilisation de la population  - L'UNICEF accorde des fonds à des programmes répondant aux priorités établies
(4) Manque de soutien aux Zones de Santé.	la ZS est l'échelon de base à promouvoir. La totalité des apports doit être orientée vers la Z.S.	- L'UNICEF oriente la totalité des dons vers les Z.S.
(5) Manque de couverture vaccinale suffisante.	Augmenter l'effort de sensibilisation des mères.	L'UNICEF réduit les retards au programme par un établissement des priorités.
(6) Aide de façon désordonnée des donateurs	Concertation et planification de l'aide	-L'UNICEF réduit la compétition entre donateurs par une planification concertée.
-(7) - Matériel inadéquat par manque de concertation - Manque d'intégration de de toutes les forces vives pour la santé	Concertation	- Fait viser la liste par le Médecin Inspecteur
(8) Programmation par objectifs	L'UNICEF soutient financièrement les organes de planification	- Appuyer le FONAMES, nouvelle formule, promotrice de l'intégration des forces pour la santé afin que le ZS devienne un foyer de santé.

L'identification des aspects de la collaboration intrasectorielle dans les expériences ci-dessus, a permis aux participants de dégager les éléments pour une collaboration souhaitée, éléments qui sont présentés au chapitre suivant.

## Chapitre 5 : Elaboration de la stratégie

### **5.1. Collaboration souhaitée.**

Ce chapitre présente les résultats de deux sessions de la Conférence-Atelier, les sessions 7 et 8.

Dans une première partie (5.1.), il fait état, par contraste à la collaboration intra-sectorielle telle que vécue à ce jour, d'une collaboration souhaitable telle que les partenaires du secteur sanitaire aimeraient la vivre à l'avenir. Il s'agissait pour les participants d'élaborer un modèle de collaboration suffisamment futuriste en ne tenant pas compte des contraintes du moment.

La seconde partie (5.2.) de ce chapitre, met en relief les actions à mener en vue de couvrir le fossé entre la situation actuelle et la collaboration souhaitée pour l'avenir.

La dernière partie du chapitre 5 refait la synthèse en partant de la collaboration intra-sectorielle à ce jour jusqu'à la collaboration désirée en passant par les actions et la détermination des responsabilités de divers organes du secteur sanitaire dans l'exécution de la stratégie pour une meilleure collaboration intra-sectorielle.

La base de la collaboration est constituée par les principes mêmes des S.S.P. qui doivent être rigoureusement respectés par tous les partenaires. Tenant compte de ces principes, les participants ont souhaité les situations suivantes :

#### **5.1.1. Documents juridiques de la zone de Santé déterminant les rôles et attributions de différents partenaires de celle-ci.**

A. — Un statut juridique approprié, pour tous les organes et structures d'exécution de la politique des S.S.P. est promulgué par le Département de la Santé Publique et des Affaires Sociales :

— L'attribution et le rôle de différentes structures médico-sanitaires de la Z.S. sont définis;

— L'attribution et le rôle de différents partenaires de la Z.S. sont définis;

— Les attributions et le rôle du M.D.H. sont définis et communiqués aux partenaires.

B. — Toutes les conventions des Eglises, Sociétés d'Etat et privées sont révisées en fonction de la nouvelle politique des S.S.P.

#### **5.1.2. Formation**

— Le M.C.Z. sera formé techniquement en S.S.P. et également en gestion. Pour ce faire, une formation pratique sera assurée aux jeunes médecins et un encadrement durant les premières années de travail.

— Le M.D.H. sera formé dans le domaine des S.S.P.

— Tout le personnel médical œuvrant dans la Z.S. suivra obligatoirement une formation en S.S.P. sous la direction du M.C.Z. Annuellement, le personnel sera formé et/ou recyclé en S.S.P.

#### **5.1.3. Organes de concertation**

— La zone de Santé aura un organe de concertation et de consultation, composé de tous les partenaires;

— L'organe de concertation est responsabilisé pour :

planifier la Z.S.,

définir les orientations des activités des S.S.P.,

suivre l'exécution du programme,

évaluer la réalisation du programme,

définir les directives pour administrer les ressources humaines, matérielles et financières de la Z.S..

harmoniser les relations entre les partenaires,

coordonner les interventions des organismes extérieurs d'entraide et d'intervention.

- La Zone de Santé aura un plan d'action qui sera respecté par tous les partenaires;
- La concertation se fera dans un climat de confiance et de respect mutuel, de franchise et de solidarité;
- Les réunions seront régulières;
- Le MDH sera membre de l'organe de concertation de la ZS;
- Il y aura une complémentarité entre les partenaires et l'ouverture aux concessions mutuelles;
- Le MCZ aura de la patience et l'esprit d'humilité;
- Les engagements pris en commun seront respectés par tous les partenaires;
- Toute information sera partagée d'une manière transparente par tous les partenaires;
- Toute forme d'intransigeance ou de tribalisme sera à éviter;
- Les partenaires dégageront ensemble les intérêts communs et se fixeront un même but;
- Chaque partenaire aura sa part de responsabilités dans les domaines mutuellement définis;
- Les différents responsables représenteront les intérêts de tous;
- Le groupe sera solidaire vis-à-vis des options de la nouvelle politique nationale et se présentera comme tel.

#### 5.1.4. Planification

- La Z.S. a un plan d'implantation des formations médicales;
- L'implantation d'un nouveau CS nécessite l'accord du MCZ selon son plan établi pour la ZS;
- Les aires de santé de responsabilité de deux sociétés ou missions travaillant dans une même Z.S. sont délimitées par le M.C.Z. ;
- L'accumulation et la compétition des C.S ou hôpitaux dans une même zone sont à éviter;
- La planification prendra en considération les réalisations et les structures existantes dans la Z.S.

Elle respectera les différentes compétences qui s'y trouvent déjà et s'efforcera de les intégrer.

- L'hôpital général de référence appartenant à la société ou à la mission doit être accessible à toute la population;
  - Les travailleurs des sociétés recevront les soins curatifs et préventifs et bénéficieront des soins intégrés;
  - Les attitudes paternalistes telles : la gratuité des soins, de même que les attitudes d'exploitation de la population sont à éviter pour obtenir la participation effective de cette dernière;
  - Le M.C.Z. tiendra compte des priorités édictées par la population et ses partenaires, et s'engagera d'abord dans les actions concrètes ayant des effets positifs immédiats souhaités par la population afin de créer un climat de confiance mutuelle et de s'assurer de la participation;
  - Le M.C.Z. établira ses priorités avec le concours de tous les partenaires y compris la population;
  - Les partenaires favoriseront les actions intégrées au programme des SSP; ils éviteront ou empêcheront les actions ponctuelles non intégrées au programme qui viennent perturber l'implantation des SSP;
  - Les actions seront entreprises après concertation;
  - Les SSP seront accessibles à tous.
- Tout le monde aura accès aux infrastructures sanitaires;
- Les SSP seront orientés vers le bien-être de la population entière sans discrimination des malades d'après leur appartenance religieuse ou sociale.

#### 5.1.5. Gestion

La Gestion doit être standardisée au niveau de la Z.S.

#### **5.1.5.1. Le Personnel :**

Il sera géré suivant des critères acceptés par tous les partenaires;

Il sera stable (pas de mutations trop fréquentes);

Le partage des responsabilités se fera selon la compétence et non l'appartenance religieuse ou autre;

Le changement du personnel pour incompétence est possible;

L'engagement du personnel local qualifié est préféré;

Le barème du personnel sera le même pour tous les partenaires de la zone;

La rémunération du M.C.Z. et celle du M.D.H. seront semblables;

La rémunération du M.C.Z. suivra son rang et ses fonctions quelle que soit la personne qui la paie;

Un pourcentage sur les honoraires de l'hôpital pour la supervision du M.C.Z. sera retenu.

#### **5.1.5.2. Le Matériel :**

Le matériel est propriété de la population et sera alloué aux différentes formations médicales en fonction de leurs besoins. La formation médicale en est gestionnaire;

L'organe de concertation recherchera l'équilibre du matériel entre les différentes formations de la ZS;

Les différents partenaires respecteront la destination du matériel et s'interdiront le déplacement de celui-ci. S'il s'avère que le matériel doit être déplacé, dans l'intérêt de la ZS, il pourra l'être avec l'accord de l'organe de concertation de la ZS et de la formation médicale concernée;

Les différents partenaires contrôleront l'usage du matériel afin d'éviter les usages abusifs;

Le matériel est exonéré de droits d'entrée.

#### **5.1.5.3. Infrastructure :**

Les infrastructures nouvelles sont à implanter en tenant compte du plan de couverture de la zone de santé;

L'hôpital général sera réfectionné et équipé avec le concours de tous les partenaires;

Toutes les infrastructures bien localisées sont à réhabiliter.

#### **5.1.5.4. Pharmacie :**

Un dépôt pharmaceutique accessible à toutes les formations médicales de la Z.S. sera mis sur pied;

Le dépôt pharmaceutique de la Z.S. aura une gestion autonome de l'H.G.R. et des C.S.

L'approvisionnement en médicaments de ce dépôt sera assuré avec le concours de tous les partenaires;

L'approvisionnement du dépôt de la Z.S. sera facilité par la présence d'un dépôt régional et/ou sous-régional bien fourni;

Le coût des médicaments sera accessible à la population;

Les médicaments employés dans la Z.S. seront choisis dans la liste des médicaments essentiels du DSPAS.

#### **5.1.5.5. Finances :**

L'organe de concertation élaborera le budget de la Z.S. et s'assurera de la viabilité financière de toute la zone;

Les modalités de gestion seront standardisées;

Le paiement des soins médicaux sera assuré par les bénéficiaires ou par un système de mutuelle ou la société...

Une recherche mutuelle et concertée de fonds et de matériel se fera le plus souvent possible;

- . La mise en commun des ressources et la résolution des problèmes seront effectives;
- . Les tarifs seront unifiés et respectés dans toutes les formations médicales;
- . La participation du Département de la Santé Publique et des Affaires Sociales sera assurée pour le fonctionnement de la Z.S. (salaire, etc.);
- . Il y aura une distinction entre la gestion du B.C.Z.S. et l'H.G.R. même si la source d'approvisionnement pour la Z.S. est unique;
- . Les Eglises, les Sociétés, les Privés et l'Etat auront l'autonomie financière dans les formations médicales qu'ils gèrent;
- . Le M.C.Z. et l'organe de concertation auront un droit de regard sur toute la gestion des formations médicales de la Z.S.

#### 5.1.6. Attributions du M.C.Z. et du M.D.H.

- Le M.C.Z. sera responsable de la Z.S., il supervisera et dirigera le programme des S.S.P.;
- Le M.D.H. sera responsable de l'H.G.R.;
- Tous les médecins de la zone travailleront et à l'hôpital et à la supervision de la Z.S.
- Le M.C.Z. supervisera aussi les activités sanitaires de l'hôpital. Le M.D.H. suivra les instructions du M.C.Z. en ce qui concerne les S.S.P. et fournira les rapports réguliers sur les activités médico-sanitaires à l'intérieur de l'H.G.R.;
- Le M.D.H. sera responsable des activités médico-sanitaires et de la gestion journalière du personnel à l'intérieur de l'H.G.R. Le M.C.Z. n'interviendra pas dans la marche interne de l'H.G.R.;
- Le M.C.Z. sera membre du comité de gestion de l'hôpital;
- Les activités du M.C.Z. à l'hôpital seront discutées avec le M.D.H. et/ou la société et/ou la mission qui gère cet hôpital;
- Les deux médecins garderont les relations de confraternité;
- ← Les responsables de la société et/ou du réseau partenaire accorderont au M.C.Z. de leur réseau, les facilités pour son travail en dehors de l'hôpital;
- Le M.C.Z. travaillant dans une Z.S. où l'H.G.R. est propriété d'une société, bénéficiera des avantages des médecins de la société;
- Au besoin, le M.C.Z. déléguera certaines de ses tâches au M.D.H.;
- Une information mutuelle et un cadre de concertation existeront;
- Une définition des rôles et attributions de chacun sera établie par le Département de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

#### 5.1.7. Information

##### A. Information par le Département de la Santé Publique et des Affaires Sociales

- Les orientations et instructions relatives à la politique nationale de santé seront définies par le D.S.P.A.S. et feront l'objet d'un document officiel du D.S.P.A.S.;
- Les différents chefs politico-administratifs seront informés sur la politique nationale de santé pour s'assurer de leur pleine adhésion;
- Les différents partenaires seront sensibilisés aux S.S.P. et informés des décisions du D.S.P.A.S.;
- L'information sera transmise à tous les niveaux d'exécution de la politique nationale;
- Le M.C.Z. sera introduit auprès des autorités politico-administratives de sa Z.S. par le D.S.P.A.S.

## **B. Sensibilisation aux S.S.P. à tous les niveaux (Connaissance/Adhésion/Vulgarisation)**

- Le M.C.Z. prendra contact avec tous les milieux c'est-à-dire, les chefs coutumiers et politiques, les différents chefs religieux, le personnel de santé, la population, etc., et fournira une explication et une information complète sur son programme d'action;
- Le M.C.Z. comprendra et respectera les coutumes et traditions existantes dans son milieu et essaiera d'y adapter continuellement son programme;
- Le M.C.Z. sensibilisera et emploiera les compétences locales comme agent promoteur des S.S.P.;
- Le M.C.Z. sera animé d'enthousiasme pour le nouveau programme de développement social et sera convaincu de son utilité;
- Tous les textes et instructions de référence seront disponibles et échangés entre les partenaires;
- Les moyens de communication sociale seront utilisés et exploités pour la diffusion de l'information concernant les S.S.P.;
- Tous les partenaires seront des vulgarisateurs des soins de santé primaires.

### **5.1.8. Evaluation**

- La Zone de santé sera visitée régulièrement par les autorités de tutelle;
- Les visites du Médecin Sous-Régional, du Médecin Inspecteur Régional et du niveau central seront régulières;
- Un fonds pour l'évaluation des activités des Z.S. sera disponible;
- Le processus d'évaluation du programme des S.S.P. pour la Z.S. sera élaboré et mis en exécution.

## **5.2. Détermination des activités à mener**

### **5.2.1. Elaboration des documents juridiques pour la Z.S.**

#### **1. Elaborer le statut de la zone :**

Les textes du statut juridique de la Z.S. à soumettre à la sanction présidentielle seront élaborés par le Commissariat d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales.

Ils incluront, entre autres éléments, les points suivants :

- I. la détermination des organes;
- II. les attributions des organes de concertation et de gestion;
- III. les relations entre le M.C.Z. et le M.D.H.;
- IV. leurs rôles et attributions respectifs;
- V. le contrôle de la gestion de toutes les ressources;
- VI. la détermination des droits et devoirs de tous les partenaires :
  - Etat
  - ASBL (Eglises et autres ASBL)
  - Entreprises (Sociétés).
  - Privés
  - Population

2. Les textes élaborés seront évalués par un séminaire national de concertation.

3. Le statut de la Z.S. sera signé par le Président-Fondateur.

5.2.1.1. Mettre au point un document officiel assurant la période de transition avant la promulgation du statut de la Z.S. Document de transition élaboré, il doit inclure entre autres, les contenus des sept points de la stratégie élaborée à MBANZA-NGUNGU

Ce document sera disponible dans toutes les Z.S. et chez tous les partenaires nationaux et internationaux.

#### **5.2.1.2. Promulguer le statut de la Z.S.**

Le texte signé sera disponible dans toutes les zones de santé, chez tous les partenaires nationaux et internationaux.

Les arrêtés d'exécution ou d'application du statut de la Z.S. seront élaborés et disponibles à tous les niveaux chez tous les partenaires.

#### **5.2.1.3. Elaborer un cadre commun de référence pour la révision des conventions**

Le cadre sera élaboré et diffusé par le D.S.P.A.S.

#### **5.2.1.4. Adapter à ce statut les conventions avec les Eglises, Sociétés et Privés**

Cinquante pour cent des conventions seront révisés par les consignataires c'est-à-dire le D.S.P.A.S. d'une part et les Eglises, Sociétés et Privés d'autre part.

#### **5.2.2. Assurer la formation en S.S.P.**

##### **5.2.2.1. Former le M.C.Z. et le M.D.H. en S.S.P. de façon théorique et pratique**

Le nombre de M.D.H. formés en S.S.P. sera égal à celui de M.C.Z.  
Les 306 Zones de Santé auront au moins un médecin formé en S.S.P.

##### **5.2.2.2. Former le personnel en S.S.P. de façon théorique et pratique**

Chaque C.S. aura au moins un infirmier formé en S.S.P.

##### **5.2.2.3. Recycler les agents en poste sur base des évaluations**

Au moins une session de recyclage du personnel de la zone de santé sera organisée chaque année par le M.C.Z.

##### **5.2.2.4. Introduire dans les cursus de formation, dans les écoles médicales, les éléments essentiels en S.S.P.**

A partir de l'année scolaire/académique 1989-1990, les certificats de fin d'études mentionneront les cours théoriques et pratiques des éléments de S.S.P.

#### **5.2.3. Créer des organes de concertation et d'exécution.**

##### **5.2.3.1. Mettre en place un organe de concertation et de conception de la Z.S.**

Toutes les Z.S. fonctionnelles auront un Conseil d'Administration constitué à l'initiative du M.C.Z.

##### **5.2.3.2. Faire fonctionner le Conseil d'Administration selon un calendrier précis.**

Le nombre de réunions annuelles du C.A. correspondra au nombre de réunions prévues au calendrier.

- Le Conseil inclut tous les partenaires de la Z.S.
- Les décisions du C.A. porteront sur la planification de la Z.S. et la gestion de toutes les ressources.
- Toutes les aides extérieures à la Z.S. seront coordonnées par ce Conseil.

#### **5.2.3.3. Raviver la concertation au sein de l'inspection médicale régionale et/ou sous-régionale**

- Une réunion aura lieu au niveau des régions et sous-régions.
- Le nombre de réunions annuelles des cellules régionales ou sous-régionales correspondra au nombre prévu au calendrier.
- La cellule inclura les différents partenaires sanitaires de la région.

#### **5.2.3.4. Créer et rendre fonctionnels les différents organes de gestion de la Z.S.**

- Toutes les Z.S. fonctionnelles auront un Conseil de Gestion de la Z.S.
- Chaque Centre de Santé aura un comité de santé représentatif de la population.
- Tous les H.G.R. auront un comité de gestion.
- Pour tous ces organes, au moins six réunions mensuelles auront lieu chaque année.

#### **5.2.4. Faire une planification de la Z.S.**

##### **5.2.4.1. Elaborer en commun un plan et l'adapter continuellement ensemble**

Chaque Z.S. aura un plan d'action.

##### **5.2.4.2. Etablir le calendrier d'ouverture et/ou de réhabilitation des formations médicales**

Le calendrier d'ouverture et/ou de réhabilitation des C.S. sera disponible dans toutes les Z.S. L'ouverture et/ou la réhabilitation des C.S. sera conforme au calendrier établi.

#### **5.2.5. Assurer une bonne gestion de la Z.S.**

##### **5.2.5.1. Elaborer un système uniforme de gestion du personnel**

Il existera dans chaque Z.S. fonctionnelle un système standardisé de gestion du personnel applicable à tous les réseaux.

Ce système standardisé sera appliqué par tous les partenaires de la Z.S.

##### **5.2.5.2. Trouver un financement et/ou un système de financement pour le paiement du personnel de la Z.S.**

Le personnel de la Z.S. sera régulièrement payé.

La rémunération de ce personnel couvrira les dépenses normales de la famille et correspondra au travail rendu.

Le conflit entre M.C.Z. et M.D.H. d'origine salariale n'existera plus.

Il existera dans toutes les Z.S. fonctionnelles un système écrit de paie du personnel.

##### **5.2.5.3. Créer un organe de décision assurant la révision périodique des salaires**

Cfr. organe de concertation.

#### **5.2.5.4. Fixer une durée minimale d'affectation**

La durée minimale d'affectation à un poste est fixée pour tout le personnel et à tous les niveaux.

Les organes de concertation des Z.S. fixeront les mesures d'application de cette décision.

#### **5.2.5.5. Sélectionner le personnel en fonction du profil établi et non de l'appartenance religieuse ou autre**

Le profil du personnel à tous les niveaux sera déterminé.

Le personnel mis en place correspondra au profil déterminé.

#### **5.2.5.6. Mettre en place un système de gestion prévisionnel du personnel**

Tous les postes seront dotés d'un personnel compétent.

Un plan de formation du personnel en vue de pourvoir à ces postes sera disponible au FONAMES.

#### **5.2.5.7. Créer un organe de concertation qui recherchera un équilibre dans la répartition du matériel en fonction des besoins**

Cet organe agréera les projets de demande d'aide et confirmera l'affectation des biens à allouer.

Cfr. Organes de concertation de la Z.S.

#### **5.2.5.8. Sensibiliser les donateurs aux dispositions prises par l'organe de concertation de la Z.S.**

Les donateurs accorderont, suivant les demandes agréées par l'organe de concertation, leur assistance à la Z.S. et non à un réseau ni à une formation médicale précise.

#### **5.2.5.9. Interdire le déplacement du matériel d'une formation médicale sans l'accord préalable de l'organe de concertation**

Le matériel ne sera plus déplacé d'une formation médicale sans l'accord écrit de l'organe de concertation.

Les organes de concertation feront un inventaire annuel de matériel à tous les niveaux.

#### **5.2.5.10. Créer un organe de concertation qui planifiera les implantations, introduira les demandes d'aide et affectera les ressources**

Avec le concours de tous les partenaires, réhabiliter les infrastructures planifiées par les organes de concertation.

Tous les C.S. référeront les malades à l'H.G.R.

Dans les P.V. ou autres documents des organes de gestion apparaîtront les dons de chaque partenaire pour la réhabilitation des infrastructures planifiées.

#### **5.2.5.11. Créer une pharmacie centrale de la Z.S. avec une gestion autonome**

Sur les fiches de stock de la pharmacie centrale de la Z.S. figureront trois livraisons de chaque C.S.

Le H.G.R. aura des fiches de stock distinctes de celles de la pharmacie centrale.

Sur les fiches de stock ou le carnet figureront les apports de différents partenaires de la Z.S.

**5.2.5.12. Créer des dépôts pharmaceutiques à rayonnement régional ou sous-régional, ou soutenir ceux existants**

Les pharmacies centrales des Z.S. auront la moitié de leurs médicaments provenant de la pharmacie sous-régionale et/ou régionale.

**5.2.5.13. Avoir les médicaments exonérés**

Tous les médicaments destinés aux Z.S. dans le cadre d'assistance Etatique ou autres seront exonérés.

**5.2.5.14. Assurer un approvisionnement adéquat des formations médicales en produits pharmaceutiques essentiels.**

**5.2.5.15. Elaborer un plan budgétaire pour la Z.S. assurant la viabilité financière de toute la Z.S.**

La fiche d'exploitation des comptes sera la même dans tous les CS.  
Dans chaque CS., l'impasse budgétaire sera nulle, tout comme le déficit budgétaire.

**5.2.5.16. Faire un bilan financier régulier et prendre les actions correctrices**

A chaque réunion du Conseil d'Administration (C.A.), le M.C.Z. présentera le compte d'exploitation de chaque C.S.

Dans les P.V. des réunions du C.A., figureront les décisions pour résoudre le déficit budgétaire.

**5.2.5.17. Unifier collégalement les tarifs**

Six mois après la création de l'organe de concertation de la Z.S., les tarifs des prestations des soins curatifs, préventifs et promotionnels seront les mêmes dans tous les C.S.

**5.2.5.18. Créer une Cour des Comptes de la Z.S.**

A la fin de l'exercice budgétaire, un contrôle du patrimoine de toutes les formations médico-sanitaires aura lieu.

**5.2.5.19. Harmoniser le système de gestion**

Document de transition élaboré.

Ce document doit inclure entre autres, les contenus des sept points de la stratégie élaborée à Mbanza-Ngungu.

Ce document sera disponible dans toutes les Z.S. et chez tous les partenaires nationaux et internationaux.

**5.2.5.20. Inclure la Z.S. dans le budget du D.S.P.A.S.**

Les 306 Z.S. émargeront au budget ordinaire de l'Etat pour l'exercice 1989.

Au bilan annuel des 306 Z.S. de l'année 1989 figureront les subventions de l'Etat.

**5.2.5.21. Responsabiliser les malades à payer leurs soins et éviter les gaspillages en médicaments de prestige**

Il n'existera pas de soins gratuits dans une formation médicale à part ceux de l'équipe y œuvrant et des indulgents établis par l'autorité politico-administrative.

Il existera un système d'assurance des soins de santé dans la Z.S.

La liste des médicaments essentiels du pays sera disponible dans toutes les Z.S.

L'OZAC ne signalera plus que les médicaments repris sur cette liste nationale.

Les prescriptions médicales dans toutes les Z.S. ne reprendront que les médicaments repris sur la liste nationale.

#### **5.2.5.22. Accorder l'autonomie financière à chaque formation**

Aucun transfert de fonds d'une formation médicale ne se fera sans l'accord de l'organe de gestion de celle-ci.

Le compte d'exploitation sera arrêté par l'organe de gestion de la formation.

#### **5.2.5.23. Responsabiliser le M.C.Z. pour la supervision de la gestion financière**

Dans le cahier de supervision de la formation médicale figureront les remarques du superviseur du B.C.Z.S. sur la gestion financière.

#### **5.2.5.24. Tendre à l'auto-financement de la Z.S.**

D'une année à l'autre, l'impasse et le déficit budgétaire tendront vers zéro.

#### **5.2.6. Définir les rôles et attributions du M.C.Z. et du M.D.H.**

##### **5.2.6.1. Définir les relations organiques et fonctionnelles entre le M.C.Z. et le M.D.H. et en informer les partenaires**

Cfr. Indicateur 5.2.1.3. paragraphe 1<sup>er</sup>.

##### **5.2.6.2. Inclure le M.C.Z. et le M.D.H. dans les organes de conception et d'exécution de la Z.S.**

Dans les P.V. des réunions des organes de concertation de la Z.S. figureront les présences du M.C.Z. et du M.D.H.

##### **5.2.6.3. Favoriser les relations de complémentarité et respecter les responsabilités de chacun.**

Les différents rapports du M.D.H. seront adressés au M.C.Z.

La sortie des fonds de l'H.G.R. se fera sous la signature du M.D.H.

Les différents documents relatifs à la gestion de la carrière du personnel de l'H.G.R. seront signés par le M.D.H.

##### **5.2.6.4. Reconnaître le M.C.Z. comme responsable de l'ensemble de la Z.S.**

Les différents rapports du M.D.H. seront adressés au M.C.Z.

Les différents rapports du M.C.Z. incluront l'H.G.R.

#### **5.2.7. Gérer l'information**

##### **5.2.7.1. Mettre au point un document officiel assurant la période de transition avant la promulgation du statut de la Z.S.**

Cfr. Indicateurs 5.2.1.2.

**5.2.7.2. Diffuser ce document à l'attention de toutes les personnes concernées**

Cfr. Indicateur 5.2.1.3. paragraphe 1<sup>er</sup>.

**5.2.7.3. Sensibiliser les agents de santé et les partenaires au S.S.P.**

Au 31 décembre 1988, chaque C.S. aura un Comité de Santé représentatif. Le taux d'utilisation de la C.P.S. augmentera après cette date. Les S.S.P. seront expliqués dans les sermons. Le nombre de conflits entre partenaires (rapports ou malentendus) diminuera. Dans chaque Z.S. fonctionnelle, on appliquera une stratégie rationnelle de la plainte au traitement. Dans chaque Z.S. fonctionnelle, tous les Médecins de la Zone participeront aux activités de supervision.

**5.2.7.4. Intensifier l'utilisation de tous les moyens existants pour diffuser l'information**

Le nombre de messages diffusés à la radio, à la télévision et dans les journaux locaux à l'initiative du D.S.P.A.S. augmentera.

Toutes les décisions importantes prises à différents niveaux seront transmises aux concernés par voie de circulaires.

L'information concernant la population sera communiquée par les confessions religieuses.

**5.2.7.5. Communiquer périodiquement les résultats des actions pour stimuler la participation**

Au 30 juin 1988, un bulletin périodique sera créé au FONAMES. Deux années après la création de ce bulletin, le nombre de numéros publiés correspondra à la périodicité prévue.

**5.2.7.6. Mettre à tous les niveaux de responsabilité des personnes compétentes et ceci pour tous les partenaires**

Le profil à tous les postes de responsabilité pour tous les niveaux et pour tous les partenaires sera disponible au 30 juin 1988. Au 30 juin 1989, les personnes affectées aux différents postes correspondront aux profils décrits.

Au 31 décembre 1989, l'interprétation erronée de la stratégie nationale n'existera plus.

**5.2.8. Assurer l'évaluation des soins de santé dans les Z.S.**

**5.2.8.1. Elaborer un instrument d'évaluation**

**5.2.8.2. Evaluer régulièrement les Z.S.**

**5.2.8.3. Créer un fonds pour cette évaluation au D.S.P.A.S.**

### 5.3. Présentation de la Stratégie

#### 1. Elaborer des documents juridiques pour les Zones de Santé

Situation actuelle	Situation souhaitée	Ecart constaté	Actions	Cibles	Ressources	Indicateurs	Responsables	Calendrier
- Absence de textes légaux	Création et promulgation de textes légaux	l'insuffisance de textes définissant : - le statut des Z.S. - Attributions du MCZ - Attributions des Partenaires - Attributions de la Population	- Elaborer le statut de la Z. S. - Promulguer le statut de la Z.S. - Adapter les conventions des Eglises, Sociétés et privés à ce statut. - Elaborer un cadre commun de référence	Tous les Partenaires travaillant dans la Z.S.	- Séminaire national de concertation pour élaborer les textes légaux. - Les textes juridiques doivent être préparés par l'expérience de ceux qui l'ont vécu.	- Séminaire avant III 1988 - Statut signé en III 1989 - Statut disponible III 1990 - Conventions élaborées et signées par 50 % des conventions en III 91	- DSPAS/Fonames - DSPAS/Fonames - Les cosignataires des conventions.	- Séminaire d'ici la III 1988 - Statut signé avant III 89 - Statut disponible III 90 - 50 % des conventions signées en III 91

#### 2. Assurer la formation en S.S.P.

- Peu d'agents formés - Non adhésion du personnel et des partenaires aux S.S.P.	- Avoir un personnel de santé formé et des représentants des partenaires sensibilisés - que tous les partenaires soient des vulgarisateurs	- Insuffisance de connaissances en S.S.P. des agents et partenaires - Insuffisance de compétence - Insuffisance de conviction	- Former le M.C.Z. et le M.D.H. aux S.S.P. en théorie et en pratique - Former le personnel paramédical en S.S.P. - Recycler les agents en place sur base des évaluations. - Introduire dans les cursus des Ecoles médicales les éléments constitutifs des SSP.	MCZ et M.D.H.  Personnel paramédical  Personnel paramédical en place  Etudiants en médecine Elèves et étudiants paramédicaux	Donateurs P.E.S.P. FONAMES Donateurs Zone de Santé	Nombre de Zones avec au moins un médecin formé le Nombre total de Zones de CS avec au moins un infirmier formé sur le Nombre total de CS avec au moins un infirmier formé sur le nombre total de CS % des finalités formés en SSP	P.E.S.P. FONAMES M.C.Z.  Tous les partenaires M.C.Z. Enseignement supérieur/DSPAS	1 cours annuel de PESP 2 sessions Fonames/an 1 formation/an  en fonction des besoins Rentrée académique octobre 89
--	---	---	---	---	---	--	--	---

### 3. Créer des organes de concertation

#### A. Organes de conception

Situation actuelle	Situation souhaitée	Ecart constaté	Actions	Cibles	Ressources	Indicateurs	Responsables	Calendrier
Insuffisance de conception	Existence d'un organe de concertation et de conception avec tous les partenaires - Je MCZ et M.D.H. au niveau de la Z.S. et de la région.	- Inexistence d'un cadre de concertation, au niveau local et intermédiaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un organe de concertation et de conception au niveau de la Z.S.</li> <li>- Se réunissant régulièrement (selon un calendrier précis)</li> <li>- Discutant en commun les orientations de la Z.S.</li> <li>* Planification</li> <li>* plan d'action du MCZ</li> <li>* gestion des ressources</li> <li>* suivi et évaluation</li> <li>* coordination des aides extérieures</li> <li>- Raviver la concertation au sein de l'inspection médicale régionale et/ou sous-régionale.</li> </ul>	<p>Etat</p> <p>Agents de santé</p> <p>Partenaires</p> <p>Population</p> <p>Médecin régional et une représentation de chaque partenaire.</p>	<p>-Etat/Fonames</p> <p>- Donateur pour des actions ponctuelles</p> <p>Tous les partenaires</p> <p>- Inspection médicale régionale</p>	<p>- Existence de l'organe en fin</p> <p>- Nombre de réunions réalisées sur celles prévues.</p>	<p>- M.C.Z.</p> <p>- Médecin sous-régional comme initiateur</p>	<p>* C.A. constituée en fin SS dans les Z.S. fonctionnelles.</p> <p>Une réunion d'ici fin SS aux 2 niveaux.</p>

## B. Organes d'exécution

Situation actuelle	Situation souhaitée	Ecart constaté	Actions	Cibles	Ressources	Indicateurs	Responsables	Calendrier
Absence de concertation entre le MCZ et son équipe dans l'exécution du programme.	Existence d'une concertation pour l'exécution journalière du programme retenu par l'organe de conception.	Inexistence d'un mécanisme de coordination de l'exécution du programme des S.S.P. au niveau de la Z.S.	- Créer et rendre fonctionnels les différents organes de gestion de la Z.S. * Comité de gestion * Comité de santé afin de décider en commun la façon d'appliquer les directives de l'organe de concertation et de l'évaluer.	- Représentants des formations médicales - M.C.Z. - M.D.H.	Zone de santé	- Présence de l'organe en fin - Nombre de réunions réalisées sur celles prévues.	M.C.Z.	- Création avant fin 88 - 6 réunions par an.

## 4. Faire une planification de la Z.S.

- Plan établi par le MCZ lui-même - Utilisation non efficace des ressources	- Avoir un plan d'implantation des formations sanitaires établi par le MCZ en collaboration avec les partenaires.	- Manque de planification concertée et concertée - Négligence de besoins réels de la population dans la planification.	- Elaborer un plan concerté et l'adapter continuellement par l'organe de concertation. - Etablir le calendrier d'ouverture ou de réhabilitation des formations médicales	Voir organes de concertation	Partenaires de la Z.S.	- Existence d'un plan - Couverture de la zone de Santé en Centres de Santé en fonction du calendrier.	M.C.Z.	Avoir un plan et un calendrier en fin 88
--	---	---	---	------------------------------	------------------------	--	--------	--

5. Assurer une bonne gestion de la Z.S.  
A. Personnel

Situation actuelle	Situation souhaitée	Ecart constaté	Actions	Cibles	Ressources	Indicateurs	Responsables	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divergence de système de gestion du personnel</li> <li>- Conflit entre M.C.Z. et M.D.H. émanant de leurs modes de rémunération différents</li> <li>- Barème du personnel diversifié</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Standardisation de la gestion du personnel par tous les partenaires.</li> <li>- Rémunération semblable du MCZ et MDH en tenant compte de son grade.</li> <li>- Barème salarial unique pour la Z.S.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque d'un système uniforme de gestion du personnel</li> <li>- Manque d'un système permettant le paiement adéquat du MCZ.</li> <li>- Manque d'agence de concertation des salaires du personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un système uniforme de gestion du personnel.</li> <li>- trouver un financement et/ou un système de financement pour le paiement du personnel de la Z.S.</li> <li>- Créer un organe de décision (voir cadre de concertation)</li> <li>- Révision périodique des salaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnel de la Z.S.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etat</li> <li>- Formations médicales à définir par les médecins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Existence d'un système standardisé de gestion</li> <li>* Exécution des directives par les partenaires (% d'application)</li> <li>* Avoir un organe de concertation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Organe de concertation et employeurs de la Z.S.</li> <li>M.C.Z.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voir plus haut</li> <li>- Voir plus haut</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnel fréquemment muté</li> <li>- Personnel incompetent maintenu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stabilité du personnel</li> <li>- Compétence du personnel et responsabilité en accord avec le profit déterminé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de mandat des agents</li> <li>- Manque de définition des postes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fixer un mandat minimum d'affectation</li> <li>- Sélectionner le personnel en fonction du profil établi.</li> <li>- Mettre en place un système de gestion prévisionnel du personnel.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>* Présence d'un profil de poste</li> <li>* Réduction des postes vacants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>M.C.Z.</li> </ul>	

B. Matériel

Situation actuelle	Situation souhaitée	Ecart constaté	Actions	Cibles	Ressources	Indicateurs	Responsables	Calendrier
<p>1) Conflit entre le M.C.Z. et les partenaires concernant l'appartenance et la destination du matériel alloué à la Z.S.</p> <p>- Disproportion entre les moyens mis à la disposition des différentes formations.</p> <p>2) L'Eglise, la Société et l'Etat sont propriétaires du matériel qu'ils ont reçus ou donné.</p> <p>- Le détournement du matériel ou l'usage abusif par les utilisateurs ou par les autres formations médicales ou l'Eglise l'Etat, la Société</p>	<p>1) - Le matériel est propriété de la Z.S. et affecté aux différentes formations sanitaires.</p> <p>- Le matériel est alloué en fonction du besoin des destinataires</p> <p>2) Le matériel est propriété de la formation médicale</p> <p>3) Le matériel est propriété de l'Eglise ou de la Société ou de l'Etat qui a équipé la formation sanitaire</p>	<p>- Manque d'un cadre de concertation pour l'affectation des biens, et la propriété des biens.</p>	<p>- Créer un organe de concertation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* qui confirme l'affectation du bien ou agréé les projets de demande.</li> <li>* qui recherche un équilibre du matériel en fonction des besoins.</li> </ul> <p>- Sensibiliser les donateurs aux dispositions prises par l'organe de concertation.</p>	<p>- Organes donateurs Etat et partenaires pré-sens dans la Z.S.</p>	<p>Etat Partenaires Donateurs</p>	<p>—</p>	<p>Organe de concertation et partenaires</p>	<p>—</p>

C. Créer l'infrastructure médicale

Situation actuelle	Situation souhaitée	Ecart constaté	Actions	Cibles	Ressources	Indicateurs	Responsables	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque d'infrastructure viable qui entraîne un mauvais fonctionnement des infrastructures sous équipées et/ou la création de formation ou services parallèles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toutes les infrastructures sont réhabilitées avec le concours de tous les partenaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque d'un plan d'action commun</li> <li>- Manque de ressources</li> <li>- Mauvaise affectation des ressources</li> <li>- Manque d'esprit de partage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un organe de concertation                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- qui planifie</li> <li>- qui introduit les demandes d'aide</li> <li>- qui affecte les ressources obtenues</li> </ul> </li> </ul>	Hôpitaux et C.S. à équiper	Etat Partenaires Donateur	—	Organe de concertation	Suivant de plan

D. Gérer la pharmacie

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chaque formation a sa pharmacie et son réseau d'approvisionnement</li> <li>- Accès limités de certaines formations de la Z.S. aux produits pharmaceutiques</li> <li>- Coût élevé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépôt pharmaceutique accessible à toutes les formations médicales de la Z.S.</li> <li>- Le dépôt doit avoir une gestion autonome pour le HGR et des C.S.</li> <li>- Coût abordable pour la population.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de coordination dans l'approvisionnement de la Z.S. ou de la Région.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer une pharmacie centrale de la Z.S. avec une gestion autonome si possible.</li> <li>- Créer des dépôts pharmaceutiques régionaux et/ou sous-régionaux ou soutenir les dépôts pharmaceutiques existants</li> <li>- Avoir les métrichments exonérés.</li> </ul>	- Différents partenariats	Budget de la Z.S. et de l'H.G.R.	—	Gestionnaire de la pharmacie	—
--	--	---	--	---------------------------	----------------------------------	---	------------------------------	---

## E. Gérer les finances

Situation actuelle	Situation souhaitée	Ecart constaté	Actions	Cibles	Ressources	Indicateurs	Responsables	Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modalités de gestion différentes</li> <li>- Non recouvrement des frais des soins de santé</li> <li>- Disproportion des moyens entre les patients</li> <li>- Attribution arbitraire des ressources financières sans tenir compte des priorités.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'organe de concertation élabore le budget de la Z.S. et assure la viabilité financière de toute la Zone</li> <li>- Il unifie la tarification des soins</li> <li>- Participation du DSPAS au financement de la Z.S.</li> <li>- Autofinancement des C.S. ( Paiements des soins par les bénéficiaires)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de budgétisation du programme de la Z.S.</li> <li>- Manque d'uniformité des systèmes de gestion</li> <li>- Tarifs non standardisés</li> <li>- Accessible à la population</li> <li>- Insuffisance de financement des Z.S.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer un plan budgétaire pour la Z.S. assurant la viabilité financière de toute la Zone</li> <li>- Faire un bilan financier régulier et prendre les actions correctrices.</li> <li>- Unifier collectivement les tarifs</li> <li>- Créer une cour des comptes de la Z.S.</li> <li>- Harmoniser les systèmes de gestion.</li> <li>- Inclure le B.C.Z.S. dans le budget du DSPAS</li> <li>- Responsabiliser les malades à payer leurs soins</li> <li>- Éviter les gaspillages en médicaments de prestige.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Santé financière de la Z.S.</li> <li>- Autofinancement des formations médicales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- M.C.Z. Population</li> <li>- Organe de gestion</li> <li>- Etat</li> <li>- Population</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equilibre des budgets des formations médicales.</li> <li>- Satisfaction des besoins médicaux prioritaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organes de concertation M.C.Z.</li> <li>- Partenaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voir plus haut l'organe de concertation.</li> </ul>
				Population	Population	Diminution du nombre de factures impayées		

6. Définir les rôles et attributions du M.C.Z. et du M.D.H.

Situation actuelle	Situation souhaitée	Ecart constaté	Actions	Cibles	Ressources	Indicateurs	Responsables	Calendrier
<p>- Non définition des attributions du M.C.Z. par rapport au M.D.H.</p> <p>- Réticence des responsables des HGR des Eglises ou Sociétés de libérer le MCZ de leur réseau pour exercer ses fonctions dans la Z.S.</p>	<p>- Tous les médecins de la Z.S. travaillent à l'HGR et dans la Zone de Santé</p> <p>- Les responsables de l'HGR accordent au M.C.Z. les facilités pour le travail dans la Z.S.</p> <p>- Le MCZ et le M.D.H. respectent mutuellement leur responsabilité</p>	<p>- Manque de compréhension du rôle du M.C.Z.</p> <p>- Manque de concertation mutuelle</p>	<p>- Définir les relations organiques et fonctionnelles entre le M.C.Z. et le M.D.H. et en informer les partenaires</p> <p>- Inclure les M.C.Z. et les M.D.H. dans les organes de conception et d'exécution de la Z.S.</p> <p>- Favoriser les relations de complémentarité et respecter les responsabilités de chacun.</p>	<p>M.C.Z. M.D.H.</p>	—	—	Organe de concertation DSPAS	—

6. Définir les rôles et attributions du M.C.Z. et du M.D.H.

Situation actuelle	Situation souhaitée	Ecart constaté	Actions	Cibles	Ressources	Indicateurs	Responsables	Calendrier
<p>- Non définition des attributions du M.C.Z. par rapport au M.D.H.</p> <p>- Réticence des responsables des HGR des Eglises ou Sociétés de libérer le MCZ de leur réseau pour exercer ses fonctions dans la Z.S.</p>	<p>- Tous les médecins de la Z.S. travaillent à l'HGR et dans la Zone de Santé</p> <p>- Les responsables de l'HGR accordent au M.C.Z. les facilités pour le travail dans la Z.S.</p> <p>- Le MCZ et le M.D.H. respectent mutuellement leur responsabilité</p>	<p>- Manque de compréhension du rôle du M.C.Z.</p> <p>- Manque de compréhension du rôle du M.C.Z.</p>	<p>- Définir les relations organiques et fonctionnelles entre le M.C.Z. et le M.D.H. et en informer les partenaires</p> <p>- Inclure les M.C.Z. et les M.D.H. dans les organes de conception et d'exécution de la Z.S.</p> <p>- Favoriser les relations de complémentarité et respecter les responsabilités de chacun.</p>	<p>M.C.Z. M.D.H.</p>	—	—	Organe de concertation DSPAS	—

## Chapitre 6 : Evaluation de la stratégie de collaboration

En séance plénière, les participants ont discuté de l'évaluation de la stratégie de collaboration intrasectorielle dans le secteur de la santé. Les conclusions de cette discussion sont les suivantes :

### **6.1. Le rapport d'évaluation sera adressé à :**

- Zone de Santé,
- Partenaires,
- Autorités politico-administratives,
- Donateurs étrangers,
- Département Santé Publique et Affaires Sociales/Conseil Exécutif/Comité Central,
- Présidence,
- OMS/Pays intéressés,
- Chercheurs, Etudiants, Facultés de médecine.

### **6.2. Ce rapport servira à :**

- La diffusion de l'information,
- L'orientation des décisions pour la correction, l'exécution, la réalisation des actions et pour l'utilisation rationnelle des ressources,
- Avoir une idée sur le taux de réalisation de différents points de la stratégie,
- La recherche d'assistance,
- La recherche scientifique.

### **6.3. L'évaluation sera assurée par :**

- D.S.P.A.S. : FONAMES,
- Equipe indépendante,
- Département du Plan,
- Université (E.S.U.),
- Donateur.

### **6.4. Les responsables de l'exécution, de l'évaluation de cette stratégie est la Direction Planification et Evaluation du FONAMES**

Les outils de l'évaluation :

Quant aux indicateurs de l'exécution de la stratégie, les indicateurs ci-haut ont été identifiés dans les trois groupes de travail. Ils précisent les moments de l'évaluation de différentes actions déterminées pour combler l'écart entre la situation actuelle et la situation souhaitée.

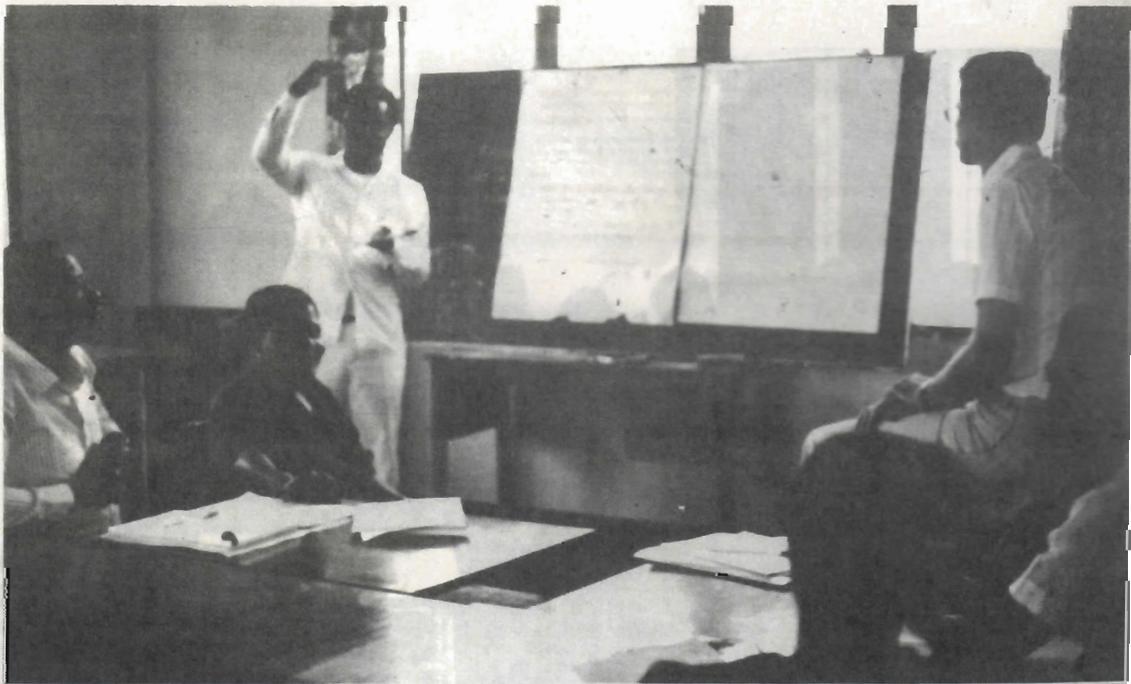
## Chapitre 7 : Recommandations

Animés d'un souci permanent de rendre davantage opérationnelle la collaboration au sein du secteur sanitaire, les participants ont déterminé les actions suivantes à mener :

1. Assurer l'information sur la politique sanitaire nationale et les soins de santé primaires;
2. Elaborer au Département de la Santé publique et des Affaires Sociales, un document officiel assurant la période de transition;
3. Désigner à tous les niveaux des représentants des partenaires compétents;
4. Sensibiliser le personnel médical et les différents partenaires aux soins de santé primaires;
5. Intensifier l'utilisation de tous les moyens existants pour diffuser l'information;
6. Communiquer périodiquement les résultats des actions pour stimuler la participation;
7. Vulgariser le bien-fondé des soins de santé primaires pour la «Santé Pour Tous».



**Groupe de travail : Charte sur la collaboration intrasectorielle avec la participation personnelle du Commissaire d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales, le Dr. NGANDU KABEYA. Mbanza-Ngungu, Mars 1987**



**Groupe de travail : Charte sur la collaboration intrasectorielle. Mbanza-Ngungu, Mars 1987**



**Supervision de Zones de Santé Rurales au Zaïre, Novembre 1986**



**Redéfinition de la Stratégie Nationale de lutte contre la Trypanosomiase au Zaïre. Nganda, Janvier 1987**



**Séance de clôture de la Conférence-Atelier sur la collaboration intrasectorielle : Charte de Mbanza-Ngungu, Mars 1987**

## LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 Lettre d'invitation du Commissaire d'Etat à la SP & AS

Annexe 2 Discours d'ouverture de la Conférence-Atelier

Annexe 3 Planning de la Conférence-Atelier

Annexe 4 1. Etude de cas progressive : SANTE AU KALAO (1), (2)  
(3)  
2. Jeux de rôle

Annexe 5 Documents intermédiaires

1. Rapport de la journée du 23.03.1987
2. Rapport de la journée du 24.03.1987
3. Rapport de la journée du 25.03.1987
4. Synthèse de la 7<sup>me</sup> session
5. Rapport d'activités de la journée du 27.03.1987

Annexe 6 Discours de clôture de la Conférence-Atelier

- Discours du Commissaire d'Etat
- Mot de remerciement des participants
- Motion de soutien au Citoyen Président-Fondateur du M.P.R.

Annexe 7 Liste des participants

---

Lettre d'Invitation du Commissaire d'Etat à la S.P. & A.S.

Cit (ne), M<sup>re</sup>, M<sup>me</sup>, M.,

C'est depuis 1980 que la République du Zaïre s'est engagée à accroître le bien-être de sa population par le biais, entre autres, de la stratégie des soins de santé primaires, visant à assurer une couverture sanitaire aussi élevée que possible d'ici l'an 2000.

Cette option politique en matière de santé s'est déjà concrétisée par la subdivision du territoire national en Zones de Santé, cadre privilégié de concentration et de concertation des interventions dans le domaine sanitaire.

Il est connu de tous qu'avant la mise en place de cette organisation, les intervenants dans le secteur sanitaire ont déployé des efforts pour dispenser les soins de santé à nos populations.

Aujourd'hui, dans le cadre de la nouvelle politique des Soins de Santé Primaires, tous ces efforts doivent être intégrés et harmonisés au niveau de la Zone de Santé en vue d'accroître l'efficacité de nos actions et une économie judicieuse des moyens toujours réduits par rapport aux besoins.

Sur le terrain, déjà certains heurts ont apparu entre les anciennes structures et les messagers de la nouvelle politique sanitaire. Cette situation peut trouver son explication à partir de plusieurs sources : a) information insuffisante, b) attitudes conservatrices, c) manque de tact et de savoir-faire, etc...

Une telle tentative d'extrapolation de la hiérarchie sanitaire du pays peut ne pas être exhaustive et profonde pour mettre à la surface toutes les causes en vue d'envisager une action correctrice.

C'est pourquoi, j'ai tenu à vous associer à cette Conférence-Atelier regroupant essentiellement les hommes et les femmes confrontés à cette réalité journalièrement afin de rechercher les voies et moyens pour instaurer la politique sanitaire du pays avec harmonie et à la satisfaction de tous.

Cette Conférence-Atelier à laquelle je vous convie se déroulera à Mbanza-Ngungu dans le Bas-Zaïre du 23 au 28 mars 1987 avec la contribution financière de la Fondation Hanns Seidel. Les titres de voyage vous seront remboursés à votre arrivée attendue à partir du samedi 21 mars 1987.

Elle vise à renforcer la collaboration entre les différents réseaux œuvrant au sein d'une Zone de Santé d'une part, et d'autre part, au sein d'un même réseau entre pratiquants de la stratégie nationale actuelle, et ceux qui ont encore gardé l'ancienne approche d'administration des soins.

Je vous prie de confirmer par phonie PEV, ECZ, BOM, ou autres moyens votre participation à cette Conférence-Atelier au plus tard le 5 mars 1987, à l'adresse suivante :

**Conférence-Atelier sur la Collaboration  
Intrasectorielle dans le Secteur Sanitaire  
Dr. Kalambay Kalula  
SANRU B.P. 3555  
Kinshasa/Gombe**

**Allocution prononcée par le citoyen Commissaire d'Etat à la Santé publique et aux Affaires sociales, à l'occasion de l'ouverture de la conférence-atelier sur la collaboration intrasectorielle, à Mbanza-Ngungu le 23 mars 1987**

Mesdames, Mesdemoiselles et Messieurs, Citoyennes et Citoyens,

Je voudrais avant toute chose vous saluer et vous dire toute ma satisfaction de voir cette Conférence-Atelier sur la *collaboration intrasectorielle* se tenir dans la cité de Mbanza-Ngungu, dont l'accueil et le climat favorable à la réflexion et au travail sont devenus légendaires.

**Je remercie vivement la Fondation Hanns Seidel pour toute la contribution-combien positive qu'elle a apportée à mon Département pour la réalisation de cette Conférence-Atelier.**

**Je remercie tous les intervenants qui, par leur soutien moral, matériel ou financier, ont permis la matérialisation des idées que les experts du Département de la Santé publique et des Affaires sociales avaient de vous réunir pour parler de la *collaboration intrasectorielle*.**

Que tous les experts du Département et d'autres secteurs qui ont contribué à la préparation de cette Conférence-Atelier soient assurés de mon appréciation la meilleure et de mes remerciements.

Enfin, je remercie les autorités de la région du Bas-Zaïre et tout particulièrement les autorités de la sous-région des Cataractes pour l'accueil et la sympathie et surtout pour les infrastructures qu'elles ont mises à notre disposition afin de nous permettre de travailler.

Mesdames, Mesdemoiselles et Messieurs,

Citoyennes et Citoyens,

Chers participants,

Au Zaïre, la devise «Santé pour tous en l'an 2000» cadre pleinement avec le souci permanent du Père de la Nation, le Maréchal Mobutu Sese Seko, de faire accéder tout le peuple de ce pays à un niveau de vie tel que ce peuple puisse se prendre en charge lui-même et assurer son propre développement.

Aussi, au moment où je préside la séance d'ouverture de cette importante Conférence-Atelier qui réunit quelques dizaines de personnes toutes acquises à la cause de la promotion sanitaire, il m'est un devoir révolutionnaire et patriotique de rendre un hommage respectueux au Citoyen Président-Fondateur du MPR, Président de la République pour la préoccupation constante qu'il a toujours eue d'améliorer le bien-être de nos populations.

Mesdames, Mesdemoiselles et Messieurs,

Citoyennes et Citoyens,

Chers participants,

La République du Zaïre a signé la Charte africaine pour le développement sanitaire qui l'engage dans la voie de la recherche de la satisfaction de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000.

Le Zaïre a défini sa politique africaine qui est de donner satisfaction aux besoins de santé de toute notre population qu'elle soit en milieu urbain ou en milieu rural.

Pour appliquer cette politique et la développer sur le terrain, nous avons adopté la stratégie des soins de santé primaires qui nous assigne l'intégration des soins de santé en vue d'améliorer leur qualité et de les rendre géographiquement, économiquement et culturellement accessibles à toute la communauté nationale. Il faut souligner ici que toute cette démarche doit se réaliser avec la pleine adhésion et participation de la communauté, des populations concernées.

La stratégie des soins de santé primaires consiste en:

— **une décentralisation** : l'unité de planification et d'action a été définie comme étant la zone de santé qui comprend un Hôpital général de référence et une multitude de Centres de santé ayant entre eux une relation de référence et de supervision;

Au cas où vous venez prendre part à cette Conférence-Atelier, je vous demande de préparer une illustration d'une situation de heurt que vous aurez vécue de loin ou de près. Vous trouverez en annexe un document indicatif sur les objectifs de la Conférence-Atelier et la liste provisoire des participants.

J'espère que vous allez saisir l'importance de votre participation active et engagée à cette conférence-atelier et compte sur votre contribution.

**Dr. Ngandu-Kabeya**  
**Chevalier de l'Ordre national du Léopard**

**Allocution prononcée par le citoyen Commissaire d'Etat à la Santé publique et aux Affaires sociales, à l'occasion de l'ouverture de la conférence-atelier sur la collaboration intrasectorielle, à Mbanza-Ngungu le 23 mars 1987**

Mesdames, Mesdemoiselles et Messieurs, Citoyennes et Citoyens,

Je voudrais avant toute chose vous saluer et vous dire toute ma satisfaction de voir cette Conférence-Atelier sur la *collaboration intrasectorielle* se tenir dans la cité de Mbanza-Ngungu, dont l'accueil et le climat favorable à la réflexion et au travail sont devenus légendaires.

**Je remercie vivement la Fondation Hanns Seidel pour toute la contribution-combien positive qu'elle a apportée à mon Département pour la réalisation de cette Conférence-Atelier.**

**Je remercie tous les intervenants qui, par leur soutien moral, matériel ou financier, ont permis la matérialisation des idées que les experts du Département de la Santé publique et des Affaires sociales avaient de vous réunir pour parler de la *collaboration intrasectorielle*.**

Que tous les experts du Département et d'autres secteurs qui ont contribué à la préparation de cette Conférence-Atelier soient assurés de mon appréciation la meilleure et de mes remerciements.

Enfin, je remercie les autorités de la région du Bas-Zaïre et tout particulièrement les autorités de la sous-région des Cataractes pour l'accueil et la sympathie et surtout pour les infrastructures qu'elles ont mises à notre disposition afin de nous permettre de travailler.

Mesdames, Mesdemoiselles et Messieurs,

Citoyennes et Citoyens,

Chers participants,

Au Zaïre, la devise «Santé pour tous en l'an 2000» cadre pleinement avec le souci permanent du Père de la Nation, le Maréchal Mobutu Sese Seko, de faire accéder tout le peuple de ce pays à un niveau de vie tel que ce peuple puisse se prendre en charge lui-même et assurer son propre développement.

Aussi, au moment où je préside la séance d'ouverture de cette importante Conférence-Atelier qui réunit quelques dizaines de personnes toutes acquises à la cause de la promotion sanitaire, il m'est un devoir révolutionnaire et patriotique de rendre un hommage respectueux au Citoyen Président-Fondateur du MPR, Président de la République pour la préoccupation constante qu'il a toujours eue d'améliorer le bien-être de nos populations.

Mesdames, Mesdemoiselles et Messieurs,

Citoyennes et Citoyens,

Chers participants,

La République du Zaïre a signé la Charte africaine pour le développement sanitaire qui l'engage dans la voie de la recherche de la satisfaction de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000.

Le Zaïre a défini sa politique africaine qui est de donner satisfaction aux besoins de santé de toute notre population qu'elle soit en milieu urbain ou en milieu rural.

Pour appliquer cette politique et la développer sur le terrain, nous avons adopté la stratégie des soins de santé primaires qui nous assigne l'intégration des soins de santé en vue d'améliorer leur qualité et de les rendre géographiquement, économiquement et culturellement accessibles à toute la communauté nationale. Il faut souligner ici que toute cette démarche doit se réaliser avec la pleine adhésion et participation de la communauté, des populations concernées.

La stratégie des soins de santé primaires consiste en:

— **une décentralisation** : l'unité de planification et d'action a été définie comme étant la zone de santé qui comprend un Hôpital général de référence et une multitude de Centres de santé ayant entre eux une relation de référence et de supervision;

— **une intégration** : dans toutes ces différentes structures de la zone de santé, les soins préventifs, curatifs et promotionnels à donner à une population bien définie, sont tous intégrés, c'est-à-dire qu'ils sont assurés par les mêmes équipes de personnel de santé;

— **une participation** : la communauté participe à l'application et au développement de la stratégie de soins en prenant une part active dans la conception et la gestion de différentes structures de la Zone de santé. Les représentants actifs de la communauté se retrouvent à tous les niveaux dans les comités qui existent dans une Zone de santé: comité de santé, comité de gestion de l'Hôpital et comité de gestion de la Zone de santé.

Les soins de santé primaires sont ainsi des soins de santé essentiels fondés sur une technologie et une méthodologie pratiques; ils sont rendus universellement accessibles aux individus, aux familles et à la communauté par leur totale participation. Ils font partie intégrante à la fois du système de santé national dont ils sont la cheville ouvrière et le point de base de convergence, du développement économique et social de la communauté.

Ainsi conçus et définis, les soins de santé primaires consacrent un système d'association, de complicité dans la conception et l'action entre l'Etat et les communautés de base qui se retrouvent au niveau des services de santé.

Il est important de souligner aussi le fait que le développement de la stratégie des soins de santé primaires implique un processus d'actions plus large, plus global, de développement économique et social où interviennent plusieurs secteurs du développement national et communautaire : l'agriculture, l'éducation, l'information, l'habitat, l'environnement, le développement rural, les travaux publics, les transports et communications, etc. Cette implication requiert une action coordonnée de tous ces secteurs et exige l'instauration d'une consultation, d'une concertation, d'un nouveau type de collaboration que l'on nomme : **la collaboration intrasectorielle**.

Mais, revenons à ce que j'ai appelé tout à l'heure le système d'association ou de complicité dans la conception et l'action entre l'Etat et les communautés de base au niveau des services de santé, au travers des services de santé : les postes de santé, les centres de santé et les hôpitaux généraux de référence.

Chers Participants,

Les services de santé où l'Etat et les communautés se retrouvent ont toujours été organisés dans notre pays par les services médicaux:

- du Conseil Exécutif,
- des entreprises publiques et privées,
- des organisations religieuses et philanthropiques

Sur le terrain, l'action de ces services médicaux se traduisait fréquemment par des compétitions, des contradictions voire même par des conflits ouverts. Ces situations entraînaient gaspillage des ressources et d'énergie et conduisaient à une inefficacité certaine.

Ces situations conflictuelles se sont peut-être encore exacerbées depuis l'adoption par le Conseil Exécutif de la stratégie des soins de santé primaires et la création des zones de santé, des Centres de santé.

En effet, à plusieurs niveaux de mon Département, des échos sur certains heurts, entre les anciennes structures et les hommes nommés pour la mise en place des facteurs d'application de la nouvelle stratégie des soins de santé, ont été enregistrés.

Ces heurts peuvent être expliqués par:

- une insuffisance d'information,
- un ensemble d'attitudes conservatoires,
- un manque de tact et de savoir-faire, etc.

Mais, ces explications, à l'analyse, apparaissent comme incomplètes, insuffisantes et superficielles.

C'est pourquoi, en vue de mener une analyse en profondeur, mon Département a jugé plus juste et approprié de vous regrouper ici, vous qui connaissez des interrogations, qui êtes confrontés à des difficultés sur le terrain pour comprendre, participer et développer la stratégie des soins de santé primaires.

L'objectif de cette Conférence-Atelier est enfin de compte, de rechercher ensemble les voies et moyens susceptibles d'améliorer la collaboration entre nous pour le développement de notre stratégie des soins de santé dans l'harmonie et à la satisfaction de tous. Cette collaboration entre nous que nous recherchons c'est la **collaboration intrasectorielle, entre gens d'un même secteur.**

Dans le cadre des lois et des dispositions administratives existantes, le Zaïre vous reconnaît le droit à l'exercice des activités sanitaires que vous menez, mais celles-ci doivent désormais cadrer avec la politique arrêtée par les instances supérieures du pays.

Ce n'est plus la noblesse de notre profession et les seuls motifs humanitaires qui vont justifier l'appui et les garanties que vous recevez du pouvoir politique, mais c'est plutôt la mesure dans laquelle vous aidez le Conseil Exécutif à réaliser sa politique sanitaire, à développer la stratégie des soins de santé primaires pour assurer le bien-être de la grande majorité de la population avec une pleine participation de celle-ci.

La santé publique qui a toujours été une préoccupation du Citoyen Président-Fondateur du Parti, Président de la République depuis le 24 novembre 1965, a été retenue dans son discours «Bilan et perspectives» du 5 décembre 1984 comme l'une des priorités du Septennat du Social.

Pour que les soins de santé soient correctement et réellement apportés à la population, le territoire national a été divisé en 306 Zones de santé qui doivent être des creusets dans lesquels toutes les actions dans le domaine de la santé doivent être conçues, exécutées et évaluées en vue de les acheminer vers un but commun: la promotion de la santé de nos populations.

Voilà pourquoi nous avons créé les Zones de santé, voilà pourquoi elles doivent devenir opérationnelles, voilà pourquoi leur développement ne peut souffrir d'aucune entrave et nous y tenons fermement.

Les programmes verticaux tout comme des initiatives publiques ou privées de quelque nature que ce soit ne peuvent plus être conçus de façon sectorielle et autonome là où la Zone de santé existe et a été rendue opérationnelle.

La Zone de santé, définie comme une entité sanitaire décentralisée ayant pour objectif de réaliser la santé pour tous par le canal des soins de santé primaires assume dans notre structure sanitaire une très lourde responsabilité.

Cette Conférence-Atelier est très importante car elle doit nous permettre de réunir des éléments qui vont nous aider à mieux travailler au sein de la Zone de santé, autour du Médecin Chef de Zone de santé qui est le responsable sanitaire attitré le plus proche de la base.

Cette Conférence-Atelier doit donc, d'une part, permettre le renforcement de la collaboration entre les différents réseaux sanitaires au sein d'une même Zone de santé et, d'autre part, rapprocher au sein des différents réseaux sanitaires ceux qui pratiquent la stratégie nationale actuelle et ceux qui ont gardé l'ancienne approche de l'administration des soins.

Je m'attends à recevoir, à l'issue de vos travaux, un plan de travail précis indiquant les cibles à atteindre, les actions à entreprendre et le timing souhaité et acceptable pour améliorer la collaboration intrasectorielle au sein de toutes nos zones de santé qui sont déjà opérationnelles.

Pour que vous puissiez réussir dans cette tâche, je vous invite à un travail sérieux, dur et en profondeur. Je vous invite à travailler en toute honnêteté intellectuelle et en ayant constamment comme objectif la recherche de l'intérêt de nos populations, l'intérêt de la République du Zaïre qui seul compte pour nous.

La nature vous offre ici un climat propice au travail qui vous attend, la Cité de Mbanza-Ngungu vous offre un cadre merveilleux pour réussir, il vous reste à assumer les responsabilités que je vous confie en déclarant ouverte la Conférence-Atelier sur la **collaboration intra-sectorielle, dans le secteur de la santé.**

MPR oyée,  
Mobutu oyée,  
Soins de santé primaires oyée  
Région du Bas-Zaïre oyée  
Cité de Mbanza-Ngungu oyée  
Je vous remercie.

**CONFERENCE ATELIER SUR LA COLLABORATION INTRASECTORIELLE DANS LE SECTEUR SANTE  
PROJET DE PROGRAMME**

SESSION	SOUS-OBJECTIFS	ACTIVITES	METHODO-LOGIE	RESSOURCES	TEMPS
1	Créer le climat et établir le cadre de référence de la conférence-Atelier	<p>1. OUVERTURE</p> <p>1.1. La Zairoise</p> <p>1.2. Mot de bienvenue</p> <p>1.3. Orientation de la politique sanitaire du Conseil exécutif</p> <p>1.4. Mot d'ouverture</p> <p>1.5. Rafraichissement</p>	Discours	Région Cométat	
2	Etablir le cadre et le contexte du déroulement de la Conférence-Atelier	<p>2. ORIENTATION DE LA CONFERENCE-ATELIER</p> <p>2.1. Questions administratives</p> <p>2.2. Présentation mutuelle</p> <p>2.3. Les attentes des participants</p> <p>2.4. Raison d'être de la Conférence-Atelier</p> <p>2.5. Méthode de travail</p> <p>2.6. Présentation programme</p> <p>2.7. Consensus sur le programme</p>	<p>Présentation Q — R Dyade</p> <p>En plénière</p> <p>Présentation</p>	<p>Hanns-Seidel</p> <p>Chirume</p> <p>Chirume</p> <p>Dr. Kalambay</p> <p>Dr. Kahozi</p> <p>Chirume</p> <p>Chirume</p>	
3	Etablir les perceptions communes sur LA COLLABORATION	<p>3. PERCEPTIONS COMMUNES</p> <p>3.1. Jeu de rôle.</p> <p>3.2. Enrichissement du jeu de rôle par les participants, puis dégagement des aspects majeurs de la collaboration.</p> <p>3.3. Consensus sur la collaboration</p>	<p>En plénière</p> <p>Travail en groupe</p> <p>Présentation</p> <p>Discussion en plénière.</p>	<p>Chirume</p> <p>Facilitateur</p> <p>Chirume</p>	

**CONFERENCE ATELIER SUR LA COLLABORATION INTRASECTORIELLE DANS LE SECTEUR SANTE  
PROJET DE PROGRAMME**

SESSION	SOUS-OBJECTIFS	ACTIVITES	METHODO-LOGIE	RESSOURCES	TEMPS
1	Créer le climat et établir le cadre de référence de la conférence-Atelier	<p>1. OUVERTURE</p> <p>1.1. La Zarroise</p> <p>1.2. Mot de bienvenue</p> <p>1.3. Orientation de la politique sanitaire du Conseil exécutif</p> <p>1.4. Mot d'ouverture</p> <p>1.5. Rafraichissement</p>	Discours	Région Comtat	
2	Etablir le cadre et le contexte du déroulement de la Conférence-Atelier	<p>2. ORIENTATION DE LA CONFERENCE-ATELIER</p> <p>2.1. Questions administratives</p> <p>2.2. Présentation mutuelle</p> <p>2.3. Les attentes des participants</p> <p>2.4. Raison d'être de la Conférence-Atelier</p> <p>2.5. Méthode de travail</p> <p>2.6. Présentation programme</p> <p>2.7. Consensus sur le programme</p>	<p>Présentation O — R Dyade</p> <p>En plénière</p> <p>Présentation</p>	<p>Hanns-Seidel</p> <p>Chirume</p> <p>Chirume</p> <p>Dr. Kalambay</p> <p>Dr. Kalhozi</p> <p>Chirume</p> <p>Chirume</p>	
3	Etablir les perceptions communes sur LA COLLABORATION	<p>3. PERCEPTIONS COMMUNES</p> <p>3.1. Jeu de rôle.</p> <p>3.2. Enrichissement du jeu de rôle par les participants, puis dégagement des aspects majeurs de la collaboration.</p> <p>3.3. Consensus sur la collaboration</p>	<p>En plénière</p> <p>Travail en groupe</p> <p>Présentation</p> <p>Discussion en plénière.</p>	<p>Chirume</p> <p>Facilitateur</p> <p>Chirume</p>	

SESSION	SOUS-OBJECTIFS	ACTIVITES	METHODOLOGIE	RESSOURCES	TEMPS
4	Illustrer la collaboration intra-sectorielle	<p>4. ETUDES DES CAS CONCRETS</p> <p>4.1. Cas 1 : (mission Société VS ZSR-U)</p> <p>4.1.1. Identifier les blocages dans le cas</p> <p>4.1.2. Sérier les blocages selon leur importance</p> <p>4.2. Cas 2 : (Intervenant</p> <p>4.2.1. Identifier les blocages dans le cas</p> <p>4.3. Cas 3 : (MDH VS MCZ)</p> <p>4.3.1. Identifier les blocages dans le cas</p> <p>4.3.2. Sérier les blocages selon leur importance</p>	<p>Etude de cas</p> <p>Trav. indiv.</p> <p>Travail en groupe</p> <p>Etude de cas</p> <p>Travail</p> <p>Travail en groupe</p> <p>Etude de cas</p> <p>Travail en groupe</p>	<p>Facilitateur</p> <p>Facilitat.</p> <p>Facilitateur</p> <p>Facilit.</p> <p>Facilitateur</p> <p>Facilit.</p>	
5	Etablir les problèmes communs de la collaboration intra-sectorielle	<p>5. TRAITES COMMUNS</p> <p>5.1. Collaboration mission VS ZSR-U</p> <p>5.2. Collaboration société VS ZS.</p> <p>5.3. Collaboration intervenants vs interv.</p> <p>5.4. Collaboration. MDH vs MCZ</p> <p>5.5. Synthèse en plénière</p>	<p>Travail en Commission</p> <p>Travail en Commission</p> <p>Travail en Commission</p> <p>Travail</p> <p>Présentation</p> <p>Discussion</p> <p>en plénière</p>	<p>Facilitateur</p> <p>idem</p> <p>idem</p> <p>idem</p> <p>Rapporteurs</p> <p>Chirume</p>	

SESSION	SOUS-OBJECTIFS	ACTIVITES	METHODES	RESSOURCES	TEMPS
6	Dégager les éléments pour une collaboration intra-sectorielle souhaitable	<p>6. ELEMENTS POSITIFS</p> <p>6.1. Présentation expérience SANRU</p> <p>6.1.1. Identifier aspects de la collaboration intra-sectorielle</p> <p>6.1.2. Dégager les solutions appliquées aux problèmes inventoriés dans la session 5.</p> <p>6.2. Présentation expérience SPT/Kin</p> <p>6.2.1. Identifier les aspects de la collaboration intra-sectorielle</p> <p>6.2.2. Dégager les solutions appliquées</p> <p>6.3. Présentation expérience PEV</p> <p>6.3.1. Identifier les aspects positifs de la collaboration intra-sectorielle</p> <p>6.3.2. Dégager les solutions appliquées</p> <p>6.4. Présentation expérience Corps de la Paix</p> <p>6.4.1. Identifier les aspects positifs de la collaboration intra-sectorielle</p> <p>6.4.2. Dégager les solutions appliquées.</p> <p>6.5. Présentation expérience UNICEF</p> <p>6.5.1. Identifier les aspects positifs de la collaboration intra-sectorielle</p> <p>6.5.2. Dégager les solutions appliquées.</p> <p>6.6. Synthèse des 5 expériences</p>	<p>Présentation</p> <p>Travail individuel</p> <p>Présentation</p> <p>Travail individuel</p> <p>Travail en groupe</p> <p>Présentation</p> <p>Travail individuel</p> <p>Travail en groupe</p> <p>Présentation</p> <p>Travail en groupe</p> <p>Présentation</p> <p>Travail en groupe</p> <p>Plénière</p>	<p>Conférencier</p> <p>Facilitat.</p> <p>Conférencier</p> <p>Facilitat.</p> <p>idem</p> <p>Conférencier</p> <p>Facilitat.</p> <p>idem</p> <p>Conférencier</p> <p>Facilitat.</p> <p>idem</p> <p>Conférencier</p> <p>Facilitat.</p> <p>idem</p> <p>Chirurgie &amp; Rapporteurs</p>	



SESSION	SOUS-OBJECTIFS	ACTIVITES	METHODOLOGIE	RESSOURCES	TEMPS
9	Mise en place des mécanismes d'évaluation	<p>9. EVALUATION DE LA STRATEGIE DE COLLABORATION</p> <p>9.1. Dégager les indicateurs</p> <p>9.2. Les moments de l'évaluation</p> <p>9.3. Qui assurera l'évaluation ?</p> <p>9.4. A quoi servira le rapport d'évaluation ?</p> <p>9.5. Qui sera responsable de l'évaluation ?</p>	<p>Travail en commission</p> <p>Plénière</p> <p>Plénière</p> <p>idem</p> <p>idem</p> <p>idem</p>	<p>Facilitat.</p> <p>Chirume</p> <p>idem</p> <p>idem</p> <p>idem</p>	
10	Se rendre compte des effets de la Conférence-Atelier	<p>10. Evaluation de la Conférence</p> <p>Adoption du rapport final</p>	<p>Plénière</p> <p>Plénière</p>	<p>Particip.</p> <p>Chirume</p>	
11	Assurer l'engagement pour l'avenir	<p>11. CLOTURE</p> <p>11.1 Allocation des participants</p> <p>11.2. Motion de soutien</p> <p>11.4. La Zairoise</p> <p>11.5. Cocktail</p>	<p>Discours</p>	<p>Particip.</p> <p>Particip.</p> <p>Cométat</p>	

## JEU DE ROLE

### Prêtre de l'Islam

En votre qualité de leader religieux, vous avez aussi une opinion en matière de santé de la communauté.

Vous êtes convaincu que la polygamie et la progéniture qui en découlent sont un accomplissement des commandements tels que prescrits par le CORAN et donnent lieu à une main-d'œuvre abondante pour la culture du riz.

## JEU DE ROLE

### Chef coutumier

Vous êtes Chef coutumier et vous présidez aux destinées d'une communauté musulmane.

Du temps colonial, votre position vous a permis de voyager beaucoup et de voir les progrès qui se réalisaient dans d'autres communautés. Par conséquent, vous êtes attiré par le modernisme mais vos liens avec l'Islam vous obligent de préserver cette tradition très importante.

Votre dilemme se situe entre le jeune médecin et ses idées novatrices et le leader religieux qui tient aux préceptes coraniques.

## JEU DE ROLE

Ce jeu de rôle consiste en une brève interaction entre un jeune médecin Chef de Zone de Santé, récemment affecté à son poste, le leader religieux d'une communauté musulmane et le Chef coutumier.

Le jeune médecin est absolument convaincu que le plus grand bien que l'on puisse rendre à une communauté musulmane c'est de réduire sensiblement le taux de natalité par le planning familial.

Le leader religieux tient à assurer une main-d'œuvre croissante pour les travaux des champs dans la communauté.

Le Chef coutumier est partagé entre le progrès et le maintien des éléments fondamentaux de l'équilibre communautaire.

## LA SANTE AU KALAO (1)

Dans la sous-préfecture du KALAO fonctionnent depuis deux ans deux sociétés agricoles, l'une cultive, traite et exporte le café, l'autre exploite de grandes étendues de coton, extrayant de l'huile et fabriquant du fils.

Elles utilisent toutes deux une main-d'œuvre abondante et organisent des services de santé en vue de soutenir la production.

A ce fond économique, il faut aussi ajouter la présence d'une grande action missionnaire dans le KALAO qui fait progresser l'évangélisation suivie aussi d'une action sociale d'envergure. Dans le cadre de cette action sociale missionnaire, l'église a depuis des temps géré l'hôpital de l'Etat au KALAO et à l'aide du personnel du réseau les dispensaires environnants ont fonctionné en assurant les soins élémentaires aux populations autour des stations missionnaires.

Depuis bientôt 6 ans, la République de SONGAT vient d'édicter une nouvelle politique dans le domaine de la santé. Il s'agit de la Primauté des Soins de Santé (PSS).

Selon cette nouvelle politique, les deux sociétés et la mission se voient tout d'un coup attribuer chacune une concession sanitaire (CoS), et chaque concession est subdivisée en domaines sanitaires (DoS); reçoivent des médecins en provenance du Ministère de la Santé et du Bonheur populaire pour assurer et superviser l'exécution de la nouvelle politique.

A KALAO, le médecin responsable de la concession (M.R.CO) s'est présenté auprès du Pasteur depuis 6 mois déjà à la mission, mais celui-ci lui a demandé de ne rien entreprendre jusqu'à

ce qu'il reçoive des instructions annulant les anciennes dispositions convenues entre le Ministère et la Société missionnaire.

Pendant ces six mois, le M.R.CO s'est occupé à obtenir les informations sur l'état sanitaire de sa concession, en vue de détecter les besoins en soins de santé, et à élaborer son plan de développement de PSS et d'implantation des domaines sanitaires.

Au bout de six mois d'attente et après que les responsables missionnaires aient engagé des dépenses en frais de voyage et de mission pour obtenir des éclaircissements et de nouveaux textes réglementant leur convention avec le pouvoir public, le M.R.CO a pris ses fonctions en mains.

A la Société Cotonnière, le nouveau M.R.CO a été tout simplement considéré comme une nouvelle unité parmi le personnel médical, il s'est vu affecté à un poste soignant les malades. Seule la supervision des dispensaires satellites lui est autorisée, et pour cela il doit introduire une demande de sortie auprès du médecin-directeur de l'hôpital de la Société. Janvier, il la transmet à la direction financière pour ce calcul des frais et celle-ci l'envoie au Directeur général en février pour qu'elle s'effectue en mi-mars.

L'hôpital fonctionne sur un budget voté annuellement par le Conseil d'Administration de la Société et il en est de même pour les dispensaires satellites. Le Directeur général de la Société ne veut nullement entendre parler d'un comité de gestion de la CoS où serait représentée la population bénéficiaire. A son avis, la Société accepte déjà, malgré elle, de prendre en charge le coût des soins d'une population qu'elle n'utilise pas, il n'est plus question que cette même population vienne lui dire ce qu'il faut faire en matière de santé.

La Société de Café, est la seule à avoir organisé une clinique pour les cadres supérieurs et expatriés de l'administration, l'armée, la police, l'église et les autres sociétés du KALAO. Elle a aussi un hôpital et des dispensaires satellites dans les camps des travailleurs de la Société. Cette clinique est réellement une source des revenus pour la société.

A l'arrivée du M.R.CO dans la société, il a demandé d'organiser une réunion de tout le personnel médical et para-médical de la société pour leur parler de la nouvelle politique de PSS. Ceci fut fait. Mais les échos parvenus au Directeur l'insurge et s'oppose à l'idée d'un conseil d'administration de la concession sanitaire qui doit décider de l'utilisation des moyens financiers issus de la clinique de la société.

A l'issue de cette première rencontre, le M.R.CO a dressé un procès-verbal à l'intention du Directeur général dans lequel il faisait état de manque de qualification du personnel para-médical pour lequel il recommandait la mise à la retraite et son remplacement par un personnel plus jeune et mieux formé.

Le Directeur général de la Société a affiché ce procès-verbal aux valves d'avis publics et le personnel para-médical s'est senti visé et il a contacté le représentant politique de KALAO en demandant le départ immédiat du M.R.CO.

Ceci a créé un climat d'insécurité au M.R.CO qui est rentré à la Capitale du SONGAT pour informer le Ministère de la situation.

## LA SANTE A KALAO (2)

Le M.R.CO de la Cotonnière, dans le cadre de ses tournées de supervision doit superviser aussi des formations médicales de la Société de Café et celles de l'Eglise ABRACO.

Lors de sa dernière tournée, il réalise que ses instructions ont été modifiées par les responsables médicaux de ces réseaux.

En plus, le M.R.CO se rend compte que le matériel a été déplacé du dispensaire de l'Eglise ABRACO suite à un conflit ouvert entre le médecin-directeur de l'hôpital de la Cotonnière et le responsable médical de l'Eglise. Il faut signaler ici que le médecin-directeur de l'hôpital de la Cotonnière est originaire de la contrée qui est à majorité BOUDHISTE, et dont il est le leader religieux.

Alarmé par la gravité de la situation, le M.R.CO convoque d'urgence une réunion de concertation avec tous les opérateurs sanitaires locaux. A cette occasion, il apprendra que toute

tentative de réconciliation entre les responsables des Eglises ABRACO et BOUDHISTE ont été sans issue. Cette déposition est faite au cours de la réunion par un technicien expatrié chargé d'un programme général d'assainissement dont la réussite dépend de la collaboration de la population qui, depuis l'émergence du conflit entre les deux Eglises, a négligé sa contribution au programme.

### LA SANTE AU KALAO (3)

Dans la Société de Café, le M.R.CO est en fait un jeune médecin nouvellement engagé qui a été envoyé au séminaire en PSS. Pour le médecin-directeur expatrié de la Société de Café, la participation de ce jeune médecin au séminaire en PSS faisait partie de l'ensemble d'activités-test pendant la période probatoire.

A sa grande surprise, le médecin directeur reçoit une lettre officielle du médecin-contrôleur du District selon laquelle — le jeune médecin recyclé en PSS devient le responsable de la concession sanitaire autour de la Société de Café et par conséquent son plan de travail, son exécution, ses prévisions budgétaires et ses rapports annuels doivent être soumis et approuvés par le comité de gestion et le Conseil d'Administration de la concession sanitaire.

A la mission ABRACO, le pasteur-médecin directeur de l'hôpital considère que le M.R.CO est d'abord un clinicien et c'est pour ce genre d'activités que la mission peut le rémunérer, la supervision et tout le reste ne concerne pas la mission. C'est ainsi que le temps que le M.R.CO passe en supervision est défalqué de son salaire.

### Rapport de la journée du 23.03.1987

La journée du 23.03.1987 commence à 12 heures par l'ouverture officielle de la Conférence-Atelier par le Commissaire d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales.

Dans l'après-midi, à partir de 15 heures, les activités suivantes se déroulent:

- Présentation mutuelle
- Les attentes des participants
- La raison d'être de la conférence-atelier
- La méthode de travail
- La présentation du programme
- Le consensus sur le programme

Il faudra retenir les points qui suivent quant aux attentes des participants.

Les participants espèrent:

- que le travail qu'ils vont effectuer contribuera à l'élaboration d'un document juridique fixant le statut de la zone de santé,
- 2) que les recommandations qui sortiront de ces assises prises en compte dans l'élaboration de la politique sanitaire,
- 3) que ce travail aboutisse aussi à des recommandations relatives à la formation des agents de base de la santé,
- 4) arriver à dégager les points positifs pouvant amener les collaborateurs à surmonter les obstacles à la collaboration,
- 5) aborder le problème de l'avenir des structures sanitaires après le retrait des intervenants,
- 6) arriver à définir le fonctionnement des zones de santé et comment résoudre les problèmes de la collaboration et de l'entente,
- 7) arriver à éclaircir les responsabilités et les limites de chaque intervenant dans le cadre de la zone de santé (ignorance, information, textes et documents),
- 8) préciser le rôle du gestionnaire conventionné dans la zone de santé,
- 9) préciser le rapport fonctionnel entre le médecin chef de zone et le médecin directeur des hôpitaux,
- 10) introduire de nouveaux éléments d'exécution de soins de santé primaires (point non retenu),
- 11) obtenir plus d'information au sujet de l'affectation du personnel au niveau des zones de santé,
- 12) échanger les expériences sur les obstacles rencontrés sur le terrain,
- 13) définir ce qu'il faudra attendre du D.S.P.A.S., de l'E.S.U. et des sociétés environnantes,
- 14) que le Conseil Exécutif tiendra compte de la spécificité de chaque intervenant dans le processus commun de développement sanitaire,
- 15) que l'on puisse arriver à spécifier les destinataires dans les soins de santé primaires — (exemple définir à qui sont destinés les différents matériels),
- 16) arriver à fixer le processus d'évaluation des activités des S.S.P. déjà en cours,
- 17) obtenir toute l'information possible sur les différentes procédures pour l'obtention de moyens,
- 18) aborder le problème du coût des médicaments qui risquent d'entraver l'objectif des soins de santé primaires (point non retenu),
- 19) arriver à rédiger un guide sur la collaboration avec 3 volets:
  - 1° Pourquoi collaborer ?
  - 2° La prévention des conflits.
  - 3° Comment rétablir une collaboration déjà perdue?
- 20) définir les rapports entre le M.C.Z. avec le Médecin Supérieur conventionné,
- 21) définir les rapports entre le M.C.Z. et le personnel d'origine conventionnée; étatique et autres,
- 22) définir aussi la propriété de l'équipement en provenance des intervenants (Unicef, Etat, SANRU, etc).

- 23) définir les rapports entre intervenants, Fonames, M.I.R., M.I. S/R. et médecin chef de zone,
- 24) définir qui gèrera les ressources mises à la disposition de la zone de santé, de centres de santé,
- 25) arriver à fixer la convention entre l'Etat et une mission est toujours valable quand on met la nouvelle structure en place,
- 26) aborder le problème de la multiplicité et lourdeur des taxes face au problème de la viabilité financière d'une Z.S. d'une part et la réalisation des objectifs des S.S.P. d'autre part (point non retenu),
- 27) définir le rapport du M.C.Z. avec l'autorité locale,
- 28) examiner le problème du cumul des fonctions (M.C.Z. et M.D.H.), faut-il nécessairement dissocier le B.C.Z. de l'hôpital dans le cas où le MC.Z. est en même temps M.D.H.,
- 29) arriver à définir une stratégie de collaboration intrasectorielle.

A l'issue de la première journée, les commissions ont été mises sur pied:

1° Commission pour la rédaction du rapport:

Président: Dr KASELA

Membres: Dr. CLAUS,

Dr MASTERS,

Dr WEMBONYAMA

2° Commission d'évaluation:

Président: Prof. TALLEYRAND

Membres: Dr. MUHEMERI

Mss. TONIA MANKOWSKI

3° Commission chargée de la gestion du temps:

Révérende Sœur KASIKA

4° Commission de la santé: Révérende Sœur Joël KASPAR

5° Commission de loisirs: Révérende Sœur MULWAHALI

Dr. BELEWETE

Dr. SAUTERS

Dr. ILUNGA

6° Commission pour la motion de soutien: Dr. KASELA

Dr. MAKAMBA.

L'horaire de travail suivant a été fixé pour la suite des travaux:

7h30' à 8H15: Petit déjeuner

8H30' à 10H00: 1<sup>re</sup> session

10H00' à 10H15': Pause

10H15' à 12H30': II<sup>me</sup> session

12H30' à 14H30': Déjeuner

14H30' à 15H30': III<sup>me</sup> session

15H30' à 15H45': Pause

15H45' à 18H30': III<sup>me</sup> session (suite)

18H30': Dîner

Enfin une évaluation de la journée a été faite — Et il a été convenu que les groupes de travail seront formés le lendemain 24.03.1987. Chaque groupe devra désigner un président et un rapporteur. Une commission sur les problèmes administratifs sera constituée à la fin de la journée. Les participants suivants: Drs. MUHEMERI, SAUTER et KASELA ont été retenus pour le rôle de la 1<sup>re</sup> session du 24/03/1987.

La Commission de Rédaction

## Rapport de la journée de travail du 24/03/1987

Le matin, la séance de travail a débuté par l'évaluation de la journée de travail du 23.03.1987. Il a été retenu que l'atmosphère et le climat du travail adoptés par les participants ont été très vite empreints de cordialité. L'on notera cependant que les activités retenus sur la fiche d'évaluation n'ayant pas été les mêmes pour tous les participants, il a été difficile de donner un score global pour chacune de dites activités. Néanmoins pour les activités qui sont quand-même revenues sur toutes les fiches, un score a été recherché. Il a été noté avec satisfaction que l'activité-discours du **Commissaire d'Etat à la Santé publique et aux Affaires Sociales** a été coté 5 sur 5 par presque la majorité des participants et ce, dans l'anonymat, ceci traduisant tout l'intérêt qui aura été porté au contenu de son message. Il a été remarqué que la 2<sup>me</sup> partie de la fiche d'évaluation n'avait pas été comprise par un grand nombre de participants.

Après, il a été fait une communication importante aux participants concernant certains points qu'ils auraient voulu quand-même aborder mais qui n'entraient pas directement dans le thème de la Conférence-Atelier. Il a été convenu que ces points soient rassemblés par le Dr. Nkolomoni et soumis le plus tôt possible à l'attention du Commissaire d'Etat à la Santé Publique et aux Affaires Sociales.

**Les participants ont été ensuite répartis en trois groupes de travail.**

Après cette répartition, est intervenu en plénière toujours le jeu de rôle interprété par trois participants désignés la veille concernant l'arrivée d'un jeune médecin avec son programme de **planning familial dans une communauté musulmane.**

Après l'interprétation de cette scenette, les participants, s'étant retirés en groupes de travail, ont essayé de dégager les points positifs amenant à un climat d'esprit de collaboration sur le terrain et les points négatifs bloquant ce dernier.

En fin de matinée, les trois groupes de travail qui se retrouvent en plénière, après recoupement de leurs idées, retiennent enfin la liste de points positifs suivants:

1. La prise de contact par le jeune médecin avec tous les milieux c'est-à-dire le chef coutumier et politique, les différents chefs religieux, le personnel de la santé et la population. Le chef du milieu ne doit pas oublier de présenter à cette dernière le M.C.Z.

**Celui-ci doit fournir une explication et une information complète sur son programme d'action.**

2. Le médecin doit s'engager d'abord dans les actions concrètes ayant des effets positifs immédiats souhaités par la population afin de créer un climat de confiance mutuelle et d'assurer d'emblée la prise en charge de la population.

3. L'autorité hiérarchique médicale doit s'assurer de la compétence professionnelle du jeune médecin et de son expérience pratique du point de vue de la technique et de la gestion.  
Pour ce faire, un encadrement doit être réalisé pour les jeunes médecins qui arrivent sur le terrain.

4. Le Conseil Exécutif doit donner aux différents chefs politico-administratifs une information suffisante sur sa politique nationale de santé pour s'assurer de leur pleine adhésion.

5. Le jeune médecin doit assimiler les coutumes et traditions existantes dans son nouveau milieu et essayer d'y adapter continuellement le programme.

6. Le jeune médecin doit prendre en considération les réalisations et les structures existantes sur son milieu d'affectation, il doit respecter les différentes compétences qu'il trouve déjà sur le terrain.

- 7 Les partenaires trouvés sur le terrain doivent favoriser un dialogue ouvert entre eux et le jeune

médecin chef de zone, sans esprit d'intransigeance ni de toute forme de tribalisme.

Ils doivent établir localement une structure, un cadre de dialogue afin d'éviter de prises de décisions hâtives et unilatérales.

8. C'est un devoir de tous les partenaires de créer un climat de confiance mutuelle.
9. Il faut dégager les intérêts communs et se fixer le même but.
10. Il faudra laisser définir pour chaque partie, sa part de responsabilité dans les domaines mutuellement définis.
11. Il faudra s'assurer que les différents chefs représentent l'intérêt de tous.
12. Il faudra se réunir régulièrement pour la mise au point concertée des programmes dans un climat de confiance mutuelle et de franchise d'expression.
13. Il faudra se respecter mutuellement et s'assurer de la solidarité du groupe vis-à-vis des options de la nouvelle politique sanitaire.
14. Il faudra assurer au médecin un minimum d'appui logistique au programme à son installation.
15. Le médecin chef de zone devra établir les priorités avec le concours de tous les partenaires y compris la population.
16. Le médecin chef de zone doit être lui-même animé d'enthousiasme pour le nouveau programme de développement sociale et être convaincu de son utilité.
17. Le Département de la Santé publique et des Affaires Sociales doit fournir au médecin chef de zone une note d'introduction auprès de l'autorité politico-administrative.
18. Les différents partenaires doivent s'assurer du respect des besoins du matériel alloué à la zone de santé, en respectant les besoins de destinataires.
19. Le médecin chef de zone doit avoir la patience dans la réalisation du programme et l'esprit d'humilité pour ne pas s'imposer et s'assurer ainsi, de l'assimilation du programme.
20. Tous les partenaires doivent mettre fin aux attitudes paternalistes (soins gratuits) de même qu'à l'exploitation de la population pour obtenir la participation effective de cette dernière.
21. Tous les partenaires doivent empêcher les actions ponctuelles non intégrées au programme qui viennent perturber l'implantation des S.S.P. par le M.C.Z.

Après cette synthèse en plénière, la 3<sup>ème</sup> session s'est clôturée à 15 heures par l'évaluation des participants.

Après la pause, les participants ont repris le travail en groupe se rapportant à la session, c'est-à-dire le cas concret des rapports Mission-Société vis-à-vis de la Zone de Santé.

Il faudra néanmoins remarquer le zèle du 3<sup>ème</sup> groupe qui ira jusqu'au delà des heures réglementaires de travail.

**Le Commission de Rédaction**

## Rapport d'activités de la journée du 25/3/1987

La journée a débuté par le rapport d'évaluation des activités de la journée du 24-03-1987.

Il a été fait part aux participants de l'esprit qui semblait se dessiner en revenant dans les inquiétudes de certains participants :

- une constatation de non-respect du timing,
- une impression d'égarement dans le cheminement de la méthode du travail vis-à-vis de l'objectif assigné à la Conférence-Atelier,
- une proposition de révision de la méthode du travail jusque-là utilisée, en entrant à ce stade du travail, dans la recherche de véritables causes de ce qui a été décélé comme éléments empêchant la collaboration intrasectorielle sur le terrain.

Pour répondre à ces inquiétudes profondes, le professeur Chirume a préféré tout d'abord revenir sur le contenu combien riche du discours introductif fait par le commissaire d'Etat à l'ouverture. Le Dr. Kalambay fera donc ressortir les préoccupations du Commissaire d'Etat, c'est-à-dire les préoccupations du Conseil Exécutif, en ayant décidé l'organisation de cette Conférence-Atelier. Il s'est avéré que jusque-là, les participants, en réalisant leurs activités de la journée du 24-03-1987, n'avaient pas encore perdu de vue la ligne maîtresse des préoccupations du Conseil Exécutif.

Le Professeur Chirume réexpliquera et resituera les participants dans le processus global du cheminement de la méthodologie jusque-là utilisée. Il expliquera qu'en établissant le pont entre la situation actuelle sur le terrain (situation pleine de heurts) et la situation désirée, presque idéale (où les heurts auront été diminués le plus possible par l'imagination des participants eux-mêmes), il en découlera nécessairement des faits qui constitueront la charpente dudit pont ou stratégie, le but même de notre présence à Mbanza-Ngungu. Cette méthode, expliquera le Professeur Chirume, a l'avantage de ne pas provoquer un blocage chez le participant, comme l'aurait fait, presque à coup sûr, la recherche directe des causes empêchant la collaboration actuellement sur le terrain.

Après cette mise au point faite dans la plénière matinale, il sera néanmoins introduit une petite modification dans l'emploi du temps, en demandant aux différents rapporteurs de groupes de réunir et de recouper chaque fois les idées des groupes, et de soumettre un texte unique à la plénière pour gagner du temps.

Il sera également procédé à la refonte et à la reconstitution de nouveaux groupes, sans qu'on n'en ait évoqué les raisons profondes, lesquelles pensons-nous, relèvent probablement du pouvoir discrétionnaire des animateurs de la Conférence-Atelier.

Après cette séance plénière, les participants se sont donc retirés dans leurs nouveaux groupes et ont continué leur travail portant sur les activités des sessions 4 et 5 jusqu'à 11 heures. Les blocages identifiés et mis en commun ont été sériés de la manière ci-bas développée (sans ordre d'importance) à l'issue de la séance plénière qui s'est déroulée de 11 heures jusqu'à 15 heures (heures de repas non comprises).

A. Dans l'étude de blocages entre les Eglises et la Zone de Santé, les participants ont relevé les constats suivants :

1. L'absence de document officiel remis au médecin chef de zone quand il arrive dans une zone de santé dont l'H.G.R. appartient ou dont la gestion a été confiée à une Eglise.
2. L'anachronisme entre les conventions liant les Eglises à l'Etat et l'arrivée du médecin chef de zone posant les problèmes de logistiques, rémunération, logement, etc.
3. Le caractère policier de la supervision de certains M.C.Z.
4. Le manque de confiance de la part des missionnaires envers les cadres (M.C.Z., infirmiers...) engagés par l'Etat sur base d'antécédants malheureux ou de simples à priori.

5. La sélection et la préférence, de ce fait, portée plus sur le critère d'appartenance religieuse des cadres que sur celui des compétences et qualifications.

6. La tendance de certaines missions d'augmenter l'effectif de leurs adeptes à travers les actions sociales: d'où l'implantation de beaucoup de dispensaires sans consultation du programme du M.C.Z.

7. La limitation, par certaines missions, de la distribution de soins aux seuls adeptes de leur religion, entraînant automatiquement une mauvaise gestion de soins dans l'ensemble.

8. L'attachement de certaines Eglises à l'évolution préétablie de leurs activités sanitaires d'où le refus de toute sorte d'ingérence extérieure de la part du M.C.Z. et du nouveau système sanitaire.

9. Le conflit de compétence entre le représentant légal et le M.C.Z. en matière de gestion des soins, des finances et du matériel.

10. L'appropriation et le retrait par les Eglises du matériel reçu des donateurs pour la zone de santé (population).

11. Le non-respect de structures hiérarchiques sanitaires et le recours systématique au trafic d'influence de part et d'autre (recours à l'autorité religieuse ou politique).

12. La tendance de certaines formations des Eglises à garder les malades à référer ou à ne référer qu'au sein du réseau missionnaire laissant tomber la notion d'accessibilité au sein de la zone de santé.

13. Le manque du bon fonctionnement de certains H.G.R. étatiques qui pousse à la création de structures parallèles par les Eglises.

14. La sous-information de la part des Eglises sur les nouvelles orientations de la politique sanitaire et l'insuffisance d'échange d'informations avec l'Etat.

15. Le non-respect mutuel des textes légaux (arrêtés départementaux, instructions centrales et régionales, commissions d'affectation, etc.).

16. L'insuffisance de la préparation du terrain de la part du M.C.Z. avant de procéder à l'introduction de la nouvelle politique sanitaire.

17. Le manque d'association des Eglises à chaque étape d'implantation des S.S.P. dans une zone de santé.

18. Le manque de continuité des programmes des M.C.Z. à cause de mutations trop fréquentes de la part de l'Etat tout comme des Confessions.

19. L'absence de modalités définies de gestion par le médecin des structures médicales des Eglises.

20. Le manque d'information et d'instructions au niveau inférieur sur les prérogatives du M.C.Z. en ce qui concerne la supervision des formations médicales confessionnelles.

21. Le refus de la part de certaines formations conventionnées de réaliser les S.S.P. pour les raisons suivantes :

- 1) l'existence préalable d'une surcharge du travail curatif,
- 2) l'absence de formation de leur personnel dans les nouvelles options sanitaires,
- 3) l'absence de conviction dans l'utilité du nouveau système.

B. Dans l'étude de blocages entre les sociétés et la zone de santé, les participants ont relevé les constats suivants :

1. Certaines sociétés se réfugient encore derrière l'image de marque que procure vite l'équipement sophistiqué dans le curatif.

2. Un bon nombre refuse d'appliquer les S.S.P. également pour les raisons suivantes :

- a) l'existence préalable d'une surcharge dans le travail curatif,
- b) l'absence de formation de leur personnel dans les nouvelles options sanitaires,
- c) l'absence de conviction quant à l'utilité même du nouveau système de soins.

3. Elles refusent en outre que leurs médecins soient désignés M.C.Z. car cela n'a rien à voir avec leur vocation première qui est de soigner seulement leur personnel.

4. Pour les sociétés ayant accepté le principe, le refus de la représentation de la population au

sein de différents comités et conseils pour raison de problèmes d'arbitrage que cela implique dans le système de distribution de soins.

5. Le manque d'échange d'information de l'Etat vers les sociétés.

6. Le non-respect mutuel des conventions entre l'Etat et les sociétés (ex. non-recouvrement des frais de soins médicaux administrés aux ayants droit).

7. L'absence de définition claire des attributions du M.C.Z. vis-à-vis des installations médicales des sociétés.

8. Le M.C.Z. de société ayant en définitive plusieurs statuts :

a) celui de MCZ,

b) celui de superviseur des autres partenaires,

c) celui d'agent de la société qui l'a engagé, tous ces statuts contrariant l'exercice normal de ses fonctions de M.C.Z.

9. L'existence d'une priorité des intérêts économiques de la société sur les intérêts de la population de la zone de santé.

10. Le refus de tutelle et de supervision étatique par esprit d'indépendance trop marqué chez certaines sociétés.

11. L'absence de couverture en soins préventifs des agents de certaines sociétés entravant la couverture globale en S.S.P. des zones de santé.

**C. Dans l'étude de blocages entre les Eglises elles-mêmes, les participants ont relevé les constats suivants :**

1. Une certaine tendance à la concurrence suscitée par la peur de perdre son indépendance, ses malades, la peur des influences religieuses différentes sur ces derniers et la peur du déficit financier, tout ceci entraînant un manque de dialogue et de concertation dans les décisions prises de part et d'autre.

2. Le manque de reconversion aux soins de santé primaires de certains responsables religieux, paralysant l'accès de certains réseaux aux S.S.P.

3. L'indépendance des réseaux, les uns par rapport aux autres et par rapport à l'Etat, ceci entraînant l'absence d'un organe de concertation entre les Eglises.

4. L'implantation de nouvelles formations répondant aux demandes des Eglises (des paroisses) ou à la pression de la population plutôt qu'aux besoins de couverture de la zone de santé.

5. L'octroi des instructions et du matériel (et autres ressources) aux formations médicales par le réseau, sans tenir compte de l'existence locale du M.C.Z. et d'autres réseaux, ceci entraînant des conflits d'autorité, de tentatives de supervisions sporadiques, des interférences dans les actions, etc.

6. L'existence de certaines animosités et intérêts personnels influant considérablement sur les décisions générales se prenant dans les réseaux.

7. La différence dans les systèmes de gestion des réseaux entre eux, d'une part, et avec l'Etat, d'autre part, entraînant de divergences dans l'estimation des salaires, par exemple, dans les systèmes d'approvisionnement en médicaments, dans les tarifications, etc.

8. Le manque de disponibilité réelle dans le partage, entre Eglises, des infrastructures sanitaires au bénéfice de l'intérêt de la zone de santé.

9. L'intolérance, de la part de certaines Eglises, des options religieuses d'autres partenaires au sein d'une même zone de santé.

10. La présence dans les réseaux de structures n'ayant pas été conçues pour répondre aux exigences de la nouvelle politique sanitaire.

11. Le prosélytisme religieux empêchant toute forme de collaboration loyale entre les Eglises.

**D. Dans l'étude de blocages entre les différentes sociétés, la commission de rédaction a été amenée à constater qu'aucun point n'a finalement été retenu, ce qui rejoint peut-être la réalité sur le terrain.**

E. Dans l'étude de blocages cependant entre le médecin directeur de l'hôpital et le médecin chef de zone, les participants ont relevé les constats suivants :

1. L'existence d'un conflit d'autorité entre le M.C.Z. et le M.D.H. relevant souvent de l'introduction brusque de changements dans les structures de fonctionnement existantes.
2. Le manque d'information et de formation du M.D.H. en matière des S.S.P. entraînant inévitablement une différence de profil entre lui et le M.C.Z.
3. Le refus fréquent du M.D.H. de reconnaître au M.C.Z. le droit d'exercer la clinique à l'H.G.R., de superviser également l'H.G.R. et le refus de recevoir les instructions émanant de la zone de santé.
4. La tendance du M.C.Z. à se comporter en chef hiérarchique du M.D.H. dans les domaines aussi bien administratif, financier que scientifique.
5. Le conflit d'appartenance du M.C.Z. et du M.D.H. quand ils proviennent de 2 réseaux différents.
6. Le manque manifeste de définition dans leurs attributions et tâches, notamment, dans la gestion de biens et de fonds.
7. L'existence souvent du choc entre les intérêts personnels.
8. La disproportion entre les moyens mis à la disposition de l'H.G.R., d'une part, et de la zone, d'autre part, entraînant des sentiments de frustrations, de jalousie et parfois de haine.
9. La situation triste où la zone manquant de budget de fonctionnement, se voit obligée de dépendre totalement de l'H.G.R. et vice-versa.
10. L'existence souvent d'un conflit de génération entre le M.C.Z. souvent nouveau venu et le M.D.H. généralement ancien, vieux et expérimenté dans le travail clinique.
11. Le manque de fonctionnement efficace des comités de gestion de l'H.G.R. et de la zone de santé, organes où les deux devraient trouver un cadre de concertation presque faisant l'un et l'autre partie de ces deux comités.
12. L'adhésion non encore complète de tous les médecins (M.D.H., M.C.Z. et autres) à la politique des S.S.P. par manque d'information et par différence d'optique de travail.
13. Le manque de souplesse et de concertation entre le M.C.Z. et le médecin superviseur de réseau ou de société pendant cette période de transition où les tâches ne sont pas encore complètement définies.

Après l'adoption de tous ces constats, comme entraves au processus de la collaboration sur le terrain, les participants ont été appelés dans l'après-midi à procéder à l'évaluation des activités inscrites aux sessions 4 et 5 ainsi achevées.

Le démarrage de la session intervient vers 15h15' avec l'exposé du citoyen NLABA sur l'expérience SANRU suivi d'un travail en groupes et avec l'exposé du Dr. LARUELLE sur l'expérience du projet S.P.T. à Kinshasa. Un travail en groupes sur ce dernier sujet a clôturé les activités de la journée du 25.03.1987.

#### Le Comité de Rédaction

## Conférence-Atelier sur la collaboration intra-sectorielle

### Synthèse de la 7<sup>me</sup> Session

La base de la collaboration est constituée par les principes mêmes des S.S.P. qui doivent être rigoureusement respectés par tous les partenaires.

#### 1. Rôle et attributions

- L'attribution et le rôle des différentes structures sanitaires de la Z.S. sont définis
- L'attribution et le rôle des différents partenaires des Z.S. sont définis
- Les attributions et le rôle du M.C.Z. et M.D.H. sont définis et communiqués aux partenaires
- Tous les partenaires sont des vulgarisateurs des S.S.P.

#### 2. Formation

- le M.C.Z. doit être formé techniquement en S.S.P. et également en gestion
- le M.D.H. est formé dans le domaine des S.S.P.
- tout le personnel médical œuvrant dans la Z.S. doit subir obligatoirement une formation en S.S.P. sous la direction du M.C.Z. Annuellement, il y a un nombre de personnel qui est formé ou/et recyclé.

#### 3. Organe de concertation

##### A. Cadre de concertation de la Z.S.

- La Zone de Santé a un organe de concertation et de consultation, composé de tous les partenaires
- La Zone de Santé a un plan d'action qui doit être respecté par tous les partenaires
- La concertation doit se faire dans un climat de confiance et de respect mutuel, de franchise et de solidarité
- Il faut des réunions régulières
- Le M.D.H. est membre de l'organe de concertation de la Z.S.
- Il faut une complémentarité entre les partenaires et une ouverture aux concessions mutuelles
- Le M.C.Z. doit être patient et avoir l'esprit d'humilité
- Les engagements pris en commun doivent être respectés par tous les partenaires
- Toute information doit être partagée d'une manière transparente à tous les partenaires
- L'organe de concertation est responsabilisé :

1. Pour la planification de la Z.S.
2. Pour définir les orientations des activités des S.S.P.
  - Pour discuter et approuver le programme du M.C.Z.
  - Pour suivre l'exécution du programme
  - Pour évaluer la réalisation du programme
3. Pour administrer les ressources humaines, matérielles et financières de la Z.S.
4. Pour harmoniser les relations entre les partenaires
5. Pour coordonner les interventions des organismes extérieurs d'entraide et d'intervention.

## B. Organe d'exécution journalière de la Z.S.

Il est composé du M.C.Z. et de son équipe de collaboration. Il exécute le plan d'action élaboré par l'organe de concertation.

## C. Cadre régional de concertation

Un cadre régional de concertation doit être créé et inclus dans le statut des S.S.P. (Comité technique/Noyau de planification)

### 4. Planification

- La Z.S. a un plan d'implantation des formations médicales
- L'implantation d'un nouveau C.S. nécessite l'accord du M.C.Z. selon son plan établi pour la Z.S.
- Les aires de santé de responsabilité de deux sociétés ou missions travaillant dans une même Z.S. doivent être délimitées par le M.C.Z.
- L'accumulation et la compétition des C.S. ou hôpitaux dans une même zone doivent être évitées

### 5. Gestion

La gestion est standardisée par la Z.S.

- A. \* Le personnel est géré suivant des critères acceptés par tous les partenaires.
- \* Le personnel est stable (pas de mutations trop fréquentes)
  - \* Le partage des responsabilités est fait selon le grade et non l'appartenance
  - \* Changement possible du personnel pour incompétence
  - \* Engagement du personnel local qualifié
  - \* Le barème du personnel est le même pour tous les partenaires de la Zone
  - \* La rémunération du M.C.Z. et du M.D.H. est semblable
  - \* Une bonne rémunération du M.C.Z. suivant son rang et ses fonctions est souhaitable quelle que soit la personne qui la paie
  - \* Envisager un pourcentage sur les honoraires de l'hôpital pour la supervision du M.C.Z.
- B. — Le matériel est la propriété de la Z.S. et affecté à l'HGR, au C.S., etc.
- Le matériel alloué à la Z.S. est respecté en fonction des besoins des destinataires
  - Le matériel mis à la disposition des formations médicales par une mission ou une société reste propriété de cette dernière et ne peut pas être déplacé de l'endroit ou de leur fonction initiale sans un commun accord avec le M.C.Z.
- **infrastructure médicale**
- L'hôpital général est réfectionné et équipé avec le concours de tous les partenaires
  - Toutes les infrastructures bien localisées sont réhabilitées.
- **Pharmacie**
- Collaboration de tous à l'approvisionnement en médicaments
  - Distinction entre le B.C.Z. et l'H.G.R. dans la gestion de la pharmacie

## C. Finances

- Les modalités de gestion sont standardisées
- Le paiement des soins médicaux est assuré par les bénéficiaires ou par système de mutuelle ou la société...
- Le cadre de concertation élabore de façon annuel le budget pour la Z.S.
- Une recherche mutuelle et concertée de fonds et de matériel est souhaitable le plus souvent possible
- Mise en commun des ressources et des problèmes est également souhaitable
- Les tarifs sont unifiés et respectés
- La participation du Département de la Santé Publique et des Affaires Sociales est assurée par le fonctionnement de la Z.S. (salaire)
- Il faut un respect des tarifs établis pour la Z.S. par les formations médicales des sociétés
- Il faut une distinction entre la gestion du B.C.Z. et l'H.G.R. même si c'est la même source d'approvisionnement
- Les missions et les sociétés gardent leur autonomie à l'intérieur de leur hôpital

## 6. Répartition des tâches M.C.Z. et M.D.H.

- Le M.C.Z. est responsable de la Z.S., il supervise et dirige le programme des S.S.P.
- Le M.D.H. est responsable de l'H.G.R.
- Tous les médecins de la zone travaillant et à l'hôpital et à la supervision de la Z.S.
- Le M.C.Z. supervise aussi les activités sanitaires de l'hôpital  
Le M.D.H. doit suivre les instructions du M.C.Z. en ce qui concerne les S.S.P. et fournir les rapports réguliers sur les activités médicales à l'intérieur de l'H.G.R.
- Le M.D.H. est responsable des activités médicales et de la gestion journalière du personnel à l'intérieur de l'H.G.R. Le M.C.Z. ne peut pas intervenir dans la marche interne de l'H.G.R.
- Le M.C.Z. est membre du comité de gestion de l'hôpital
- Les activités du M.C.Z. à l'hôpital doivent être discutées avec le M.D.H. et/ou la société et/ou la mission qui gère cet hôpital
- Les deux médecins doivent sauvegarder les relations de confraternité
- Les responsables de la société doivent accorder au M.C.Z. de leur réseau, les facilités pour son travail en dehors de l'hôpital
- Le M.C.Z. travaillant dans une Z.S. où l'H.G.R. est propriété d'une société, doit bénéficier des avantages des médecins de la société
- Il est souhaitable qu'il y ait délégation de certaines tâches du M.C.Z. au M.D.H.
- Il faut une information mutuelle et cadre de concertation
- Il faut une définition du rôle et attribution de chacun par le Département de la Santé Publique

## 7. Population

- Le M.C.Z. respecte les coutumes locales et les compétences locales
- Tout le monde a accès aux infrastructures
- Les activités des S.S.P. doivent être orientées vers le bien-être de la population entière sans discrimination des malades d'après leur appartenance religieuse
- L'hôpital général de référence appartenant à la société ou à la mission doit être accessible à toute la population.

## Travailleurs

Il faut une concertation entre le Z.S. et les sociétés pour les soins curatifs et préventifs donnés aux travailleurs des sociétés et aux membres de leur famille.

## 8. Evaluation

- La zone de santé est visitée régulièrement par les autorités de tutelle
- Il faut élaborer un instrument d'évaluation
- Les visites régulières du Médecin sous-régional, du Médecin inspecteur régional et du niveau central sont souhaitées
- Un fonds pour l'évaluation des activités des Z.S. doit être envisagé.

## 9. Convention

- Toutes les conventions doivent être révisées en fonction de la nouvelle politique sanitaire
- Il faut un statut juridique approprié, pour tous les organes et structures d'exécution de la politique des S.S.P.

## 10. Information

Tous les textes et instructions de référence doivent être disponibles et échangés entre les partenaires.

### Conférence-atelier sur la collaboration intra-sectorielle

#### Rapport d'activités pour la journée du 27.03.1987

La journée du 27.03.1987 a débuté par la plénière à 8H30' avec l'évaluation de la 7<sup>me</sup> session de travail.

L'animateur principal expliquera les grandes lignes de travail portant sur l'élaboration de la stratégie de collaboration, et pour ce, il demandera la réunion des 3 instruments de travail suivants :

1. Le rapport de la journée du 25.03.1987 donnant la situation actuelle avec ses conflits,
2. Les rapports et exposés faits par SPT/Kin, SANRU, PEV et Corps de la Paix, ainsi que les éléments positifs retenus,
3. Le rapport-synthèse de la 7<sup>me</sup> session donnant la situation désirée de collaboration.

Après le déroulement de différents travaux en sous-groupes, et la mise en commun des différents rapporteurs, la stratégie suivante de collaboration intra-sectorielle a été élaborée (voir tableau en annexe) que le Comité de Rédaction soumet à votre approbation.

**Le Comité de Rédaction**

- de définir les orientations et les activités de santé dans la Zone;
- de coordonner toutes les interventions des organismes extérieurs d'entraide et d'interventions;
- d'administrer l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières de la Zone de Santé.

La représentation des différents opérateurs sanitaires de la Zone de Santé dans cet organe de décision, exige de la part de chacun, un esprit de franchise, d'honnêteté intellectuelle et de respect mutuel. Cela implique un esprit d'ouverture, une capacité de communication et de recherche d'harmonie pour permettre à toute l'équipe de parler le même langage, d'entreprendre la même démarche pour atteindre le même objectif.

Les organes de conception et concertation doivent exister à tous les niveaux. Au niveau central, le FONAMES est chargé de la coordination de toutes les activités des soins de santé primaires tandis qu'au niveau de la Zone de Santé, le Conseil d'administration de la Zone de Santé a le mandat de jouer ce rôle de conception et de coordination.

Les structures intermédiaires, à savoir l'Inspection médicale régionale et sous-régionale, sont au fur et à mesure responsabilisées et revitalisées pour leur permettre de participer à l'action de développement de la nouvelle organisation des services de santé dont la Zone de Santé, l'unité décentralisée de planification et d'action doit être animée par tous les opérateurs sanitaires sous la direction du médecin chef de Zone. Le médecin chef de Zone est donc dans notre système sanitaire, la voie obligée pour le développement de la Zone de Santé, il est chargé d'appliquer le plan d'action tel qu'arrêté par le Conseil d'administration de la Zone, il dirige et supervise le programme de soins de santé primaires d'une manière intégrée et harmonieuse.

Mesdames et messieurs, citoyens et citoyennes participants,

En ces moments difficiles où la crise économique défie toute bonne volonté et perturbe le respect rigoureux de toute action de planification, il devient impérieux de maximaliser les quelques ressources que nous avons pour l'épanouissement sanitaire de notre peuple. Et comme pour compliquer le tableau déjà difficile, l'apparition des nouvelles calamités sanitaires tel que le SIDA, viennent ronger le peu des ressources disponibles pour la lutte contre les maladies.

C'est pourquoi, je pense fermement que l'heure étant grave, nous n'avons pas de temps à perdre à des disputes d'influence et de compétition, à des contradictions et des conflits stériles. Je pense aussi que chacun d'entre vous ici présent, après avoir, pendant une semaine, contribué à la clarification de ce que doit être la collaboration au sein du secteur de la santé, va utiliser tout son pouvoir, mobiliser toute son énergie pour être désormais le pasteur de cette nouvelle philosophie; la collaboration intrasectorielle.

Je déclare clos les travaux de la Conférence-Atelier sur la collaboration intrasectorielle dans les Zones de Santé.

M.P.R. oyée,  
Mobutu oyée,  
Soins de santé primaires oyée,  
Région du Bas-Zaïre oyée,  
Cité de Mbanza-Ngungu oyée,  
Je vous remercie.

**Mot de remerciements des participants à la conférence-atelier sur la collaboration intra-sectorielle dans les soins de santé primaires**

- Citoyen Commissaire d'Etat à la Santé publique et aux Affaires Sociales,
- Citoyen Président sous-régional du M.P.R. et commissaire sous-régional des Cataractes,
- Monsieur le représentant de la Fondation Hanns-Seidel,
- Chers participants,

A l'issue de ces présentes assises de la Conférence-Atelier sur la collaboration intrasectorielle dans le domaine sanitaire, je tiens à remercier le Président-Fondateur du M.P.R., Président de la République, au nom de tous les participants pour nous avoir procuré la paix et l'unité dans notre cher, grand et beau pays.

Je tiens, également, à remercier le Département de la Santé publique et des Affaires sociales d'abord pour le choix combien heureux qu'il a opéré en réunissant tous les participants ici présents. En effet, si les équipes de travail se sont données corps et âme aux différentes tâches qu'elles ont eu à effectuer, la somme d'expériences vécues sur le terrain seule s'est révélée d'emblée une mine d'or.

Je tiens à vous remercier ensuite, Citoyen Commissaire d'Etat pour le cadre de travail que vous avez choisi pour nous et enfin pour l'occasion que vous venez de nous donner en nous associant, encore une fois, au processus de notre révolution sanitaire cherchant à tout prix à améliorer notre système de distribution de soins.

Je m'en voudrais, Citoyen Commissaire d'Etat, si je ne me saisissais pas de cette occasion pour remercier au nom de mes partenaires, ici présents, le Président sous-régional du M.P.R. et commissaire sous-régional des Cataractes. L'hospitalité de la ville de Mbanza-Ngungu et son climat ont été nos meilleurs complices dans le plan de destruction des situations conflictuelles qui se sont manifestées çà et là dans les Zones de Santé.

Je remercie également l'équipe de Hanns-Seidel pour les facilités qu'elle nous a offertes avec cordialité et sympathie.

Faut-il oublier le concours de nos animateurs parce qu'ils voulaient qu'on oublie leur présence dans nos discussions ? Non, je me permets de leur exprimer ici nos sentiments de gratitude, de remerciement pour tout l'apport enrichissant qu'ils nous ont apporté en nous apprenant déjà ici à Mbanza-Ngungu à éviter les confrontations inutiles, car certains problèmes que nous avons amenés de nos fins fonds se sont résolus miraculeusement grâce à leur thérapeutique.

Je remercie enfin tous mes partenaires ici présents pour l'esprit d'ouverture, de franchise et d'honnêteté intellectuelle dont ils viennent de faire montre.

M.P.R. Oyé !

Mobutu Oyé !

Notre devise ! Soins de santé pour tous et par tous.

Je vous remercie.

**Motion de soutien au citoyen Président-Fondateur du M.P.R.**

Nous, cadres œuvrant dans le domaine sanitaire du Zaïre, ayant participé à la Conférence-Atelier sur la collaboration intrasectorielle dans le secteur de la santé, organisée du 23/03/1987 au 28/03/1987 à Mbanza-Ngungu par le Département de la Santé publique et des Affaires sociales grâce au concours financier de la Fondation Hanns-Seidel,

— Conscients, avant tout, que sans l'action unificatrice et pacificatrice de notre Guide bien-aimé, nous n'aurions prétendu à aucune action de développement au Zaïre.

— Imprégnés par les trois enseignements chers au Président-Fondateur du M.P.R. qui nous recommande la sauvegarde de notre paix et de notre unité retrouvées, la vigilance, la discipline et le travail,

— Convaincus que seul ce cadre de paix, et de concertation entre nous tous, amènera à la promotion de conditions sociales et sanitaires de nos populations.

Nous nous engageons à sauvegarder plus que jamais les acquis et les intérêts de la Nation et du peuple zaïrois.

Réitérons notre attachement inconditionnel aux idéaux du Parti et aux enseignements combien nobles et profonds de notre guide bien-aimé.

Proclamons, enfin, tout haut, notre soutien à l'option, faite par le Zaïre, de la stratégie des soins de santé primaires, en resserrant nos rangs autour du maréchal Mobutu Sese Seko pour la réussite de son présent Septennat du Social.

**Fait à Mbanza-Ngungu, le 28 mars 1987**  
**Les Participants**

THEME : Séminaire/Atelier sur la collaboration intrasectorielle dans les soins de santé primaires.

Mbanza-Ngungu, du 23 au 28 mars 1987.

NOM ET POST-NOMS	+ FONCTIONS (INSTITUTION)	SIGNATURE
DR. J. KOENIG	Directeur du Projet "Santé Rurale" (Gbadolite) Fondation Hanns-Seidel	
Ms. Soeur MARIA MASSON	Responsable Divisionnaire des Oeuvres Médicales (B.O.M. Diocèse Bukavu)	
DR. CLAUS	Médecin-Responsable (B.D.O.M./Kinshasa)	
PASTEUR TALLEYRAND	Médecin-Directeur C.U.M.C. (UNILU)	
DR. F. MOENS	Médecin Chef Zone de Santé C.D.J. BWAMANDA	
DR. NKOLICMONI K.K.	Médecin Supérieur des Centres de Santé/Armée du Salut Kinshasa	
DR. MASTERS David	Médecin-Directeur Santé Communautaire de Communauté Baptiste du Fleuve-Zaïre (Baldio)	
DR. MUHEMERI BIZIBU	Médecin Sous-Régional S/R LUJALABA à Dilolo	
DR. PHASI NDUZI	Médecin Chef de Zone (ZSR Tshela/GAP)	
CIT. NLABA NSONA	Directeur SANRU Directeur Interraid Intend. (ex. ICA)	
DR. STEINER ANDREAS	ZSR Ankoro, Manono, Kianki MCZ de Santé de Manono et Médecin Chef	
DR. ILUNGA BABA	de Service Zaïretain (Manono/Shaba)	
Rév. Soeur CAPELLO	Représentante Légale Soeurs de St. Joseph CS (Région de Bandundu)	
Rév. Soeur KASIKA VIHAMBA	Directrice Diocésaine du B.O.M. Butembo (Nord-Kivu)	
Rév. Soeur MULWAHALI	Directrice du Bureau National des Oeuvres Médicales Catholiques	
Rév. Soeur KASPAR Joël	Responsable Diocésaine du Bureau Diocésain des O.M.Cath. Kisangani (Haut-Zaïre)	
DR. SAUTER DAVID	Directeur a.i. B.O.M. ECZ	
DR. KASELA PALA MAMBWE	Médecin-Inspecteur du Haut-Zaïre Médecin-Chef de Zone de Santé rurale de Bafwasende	
DR. DISASHI LCKETEMBO	Administrateur Gestionnaire	
CIT. LUMINGU NANJILU TSHINKUNKU	ZSR/Luiza (Kasaï-Occidental)	
CIT. MBUYI TAMBUE	Chargé de Banque de données (C.N.S.B.E.) Représentant Légal de la CECA/40	
PASTEUR CROWL H.	Gestionnaire Conventionné des HGR à B/Sendel	
CIT. SIYAKA TOTILESE	Responsable Régional OM Kimbanguistes Chef de Division (Kisangani/Haut-Zaïre)	

