

Les Equipes-cadres doivent adapter l'organisation des Zones de santé de Lubumbashi au contexte urbain



Note de Synthèse
N°1
Novembre 2020



Développement des Zones de Santé (ZS), une priorité de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé

La population congolaise est confrontée à une multitude de problèmes de santé qui requièrent des ZS capables de répondre efficacement aux besoins et demandes de santé de la population, à maintenir, promouvoir et restaurer sa santé. A cet effet, la République Démocratique du Congo (RDC) a mis au point depuis 2006, la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) dont l'un des axes principaux est la revitalisation et/ou le développement des ZS pour une mise en œuvre efficace des Soins de Santé Primaires (SSP).

Le développement des ZS à Lubumbashi ne tient pas compte du contexte urbain

La ville de Lubumbashi est le chef-lieu de la province du Haut-Katanga. Elle est, de par sa superficie (747 Km²), la deuxième ville de la RDC après Kinshasa, la capitale. Mais en considérant la taille de la population (environ 2500000 habitants), elle occupe la troisième position après Kinshasa et Mbuji-Mayi.

La ville de Lubumbashi compte 11 ZS dirigées chacune par une Equipe-cadre (ECZS) placée sous l'autorité hiérarchique de la Division Provinciale de la Santé (DPS).

Notons que le concept de « ZS » (*Annexe 1 : Composantes organisationnelles et fonctionnelles d'une ZS*) a été essentiellement développé à partir d'expériences réalisées en milieu rural. On se contente ainsi d'appliquer à la ville des expériences réalisées en zones rurales sans les adapter au contexte urbain différent. Cette application dogmatique des expériences rurales dans la ville de Lubumbashi a eu comme conséquence que l'organisation et le fonctionnement des ZS dans cette ville n'ont jamais été efficaces depuis leur création en 1983. Il s'avère donc nécessaire et justifié d'adapter leur organisation et fonctionnement aux réalités spécifiques du milieu urbain.

Les spécificités du milieu urbain de Lubumbashi (1,2)

- 1 Grande diversité des acteurs dans l'offre de soins (Etat, Confessions religieuses, Entreprises, ONG, Privé lucratif), faiblement régulés
- 2 Grande proximité des Formations Sanitaires (FOSA) de 1^{ère} ligne (en moyenne 1,6 FOSA/Km²) dont 90% concentrées dans la partie urbanisée
- 3 Marginalisation de l'offre publique de soins de première ligne (5%) versus émergence de l'offre privée (84%)
- 4 Progression rapide de la pratique médicalisée à la 1^{ère} ligne de soins : 67,6% en 2006 versus 81,1% en 2019

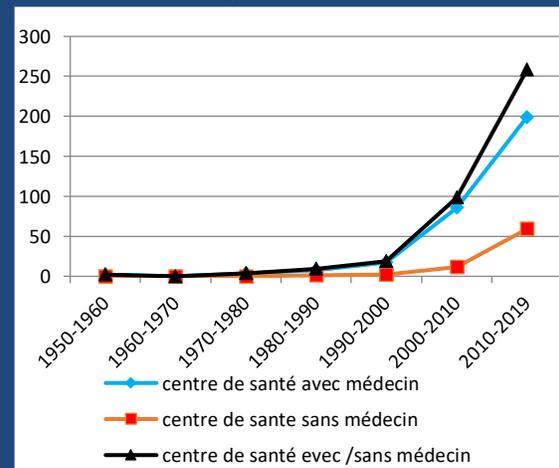


Figure 1. Evolution du nombre de FOSA de 1^{ère} ligne avec ou sans pratique médicalisée, Lubumbashi 1950-2019 (1)

Tableau 1.
Importance de l'offre de soins par acteur et par niveau, Lubumbashi, 2019

Acteurs de l'offre de soins	FOSA de 1 ^{ère} ligne	FOSA intermédiaires	Hôpitaux
Gouvernement	20 (4,8%)	5 (8,8%)	11 (73,3%)
Confessions religieuses	33 (8,0%)	3 (5,2%)	2 (13,3%)
Autres (Entreprises, ONG locales)	14 (3,4%)	1 (1,8%)	2 (13,3%)
Privés lucratifs (Professionnels de santé, Autres)	347 (83,8%)	48 (84,2%)	0 (0,0%)
Total	414 (100%)	57 (100%)	15 (100%)

Recommandations aux ECZS, dès Janvier 2021, sous la supervision de la DPS

- 1 **Elaborer et faire appliquer un plan de couverture sanitaire réaliste avec l'implication de tous les acteurs de l'offre de soins dans un esprit de dialogue et de négociation**
- 2 **Déterminer la population de responsabilité de FOSA par une stratégie de fidélisation des patients (p.ex. ouverture de la fiche familiale en plus du dossier individuel et du registre des contacts)**
- 3 **Coordonner et réguler l'offre privée pour ne pas laisser la loi du marché s'appliquer librement et garantir la qualité de soins par des supervisions et des contrôles dans les FOSA**

Implications pour la pratique

L'absence d'un plan de couverture de chaque ZS et une forte concentration des FOSA dans la partie urbanisée de la ville qui est en pleine expansion géographique et démographique, risquent à terme de créer un déséquilibre dans la couverture sanitaire au détriment de la périphérie.

La grande diversité des acteurs impliqués dans l'offre de soins appelle une évolution conséquente du rôle de l'Etat. Celui-ci devrait davantage se concentrer sur la coordination et la régulation de l'offre privée pour mieux affirmer son autorité. Faute de quoi, la situation risquerait de lui échapper fatalement au détriment de la population.

Par ailleurs, dans un contexte de diversité et de proximité de l'offre de soins, la définition géographique de la population de responsabilité d'une FOSA n'est plus pertinente, car la population ne se reconnaît pas forcément dans une FOSA de proximité, ce qui rend difficile toute planification réaliste. Nous pensons que la population de responsabilité de chaque FOSA devrait être déterminée par une stratégie de fidélisation.

Les actions préconisées impliquent un leadership fort des ECZS, capables d'adapter, en fonction du contexte, la manière d'organiser et faire fonctionner efficacement les services de santé. Les ECZS doivent être capables, non seulement de faire de la planification de haut en bas à partir des instructions venant de la hiérarchie et adaptées au contexte local, mais aussi de la planification de bas en haut à partir de l'interaction entre FOSA et population. Faute d'un tel leadership, les ZS continueront de se caractériser par leur manque d'efficacité.

Encadré 1 : Composantes organisationnelles et fonctionnelles d'une ZS (2)

- Un 1^{er} échelon, accessible dans tous les sens du terme, et qui offre un paquet de soins de santé dynamique en réponse aux besoins ressentis par les populations locales ;
- Un 2^e échelon qui offre des soins de santé de référence en backup au 1^{er} échelon, et qui est aussi un lieu de formation et d'apprentissage ;
- Une complémentarité entre les deux échelons de soins ;
- Une relation longitudinale dans le temps et l'espace avec une population de responsabilité définie, quelle qu'en soit la manière ;
- Une coordination des deux échelons : une équipe/un pilote qui structure et optimise la relation entre les différents échelons de services et qui promeut activement une participation communautaire à la gestion et l'organisation des services et des soins.

Références

1. Kaya MC, Chuy KD, Chenge MF, Mwembo TA, Mashini NG, Bisimwa BG, Luboya NO (2020). Prestations des médecins au niveau de la première ligne des soins dans la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo. IOSR Journal of Nursing and Health Science 9(3), 2020, 15-23
2. Chenge MF. (2013). De la nécessité d'adapter le modèle de district au contexte urbain : Exemple de la ville de Lubumbashi en RD Congo. Studies in Health Services Organisation & Policy,31.

Ont contribué à l'élaboration de cette Note de Synthèse : Faustin Chenge, Mada Kabuya, Joël Ekofô, Dieudonné Bagalwa et Nasreen Jessani



Contact:

Faustin Chenge
 Tél. : +243825145465
 Email : fchenge@ccsc-rdc.net