



www.ccsc-rdc.net

Note de Politique n°8 **Novembre 2020**



Chuy Kalombola Didier
Bart Criel
Kirsten Accoe et
Chenge Mukalenge Faustin

Messages-clés

- Le développement des zones de santé en systèmes locaux de santé intégrés et unités de mise en œuvre des soins de santé primaires constitue la voie primordiale du renforcement du système de santé et de progrès vers la couverture sanitaire universelle.
- Tel développement d'une zone de santé n'est possible que sous une gestion, un leadership et un pilotage local adéquats, assurés par l'Equipe-Cadre.
- Cependant, les capacités et les performances des Equipes-Cadres des Zones de Santé sont faibles suite à un encadrement ou un accompagnement incohérents des Divisions Provinciales de la Santé et une insuffisance de mise en œuvre de la politique même de Zone de Santé.

Public ciblé

Niveau national :

- Ministre de la santé
- Inspecteur Général à la santé
- Secrétaire Général à la Santé
- Directeur d'Études et Planification
- Partenaires Techniques et Financiers du Ministère de la santé

Niveau Provincial :

- Ministres Provinciaux en charge de la santé
- Médecins Chefs des Divisions Provinciales de la santé
- Médecins Inspecteurs Provinciaux

Niveau local :

- Médecins Chefs des Zones de Santé

1. Introduction

Sans un système de santé performant, pas de Couverture Sanitaire Universelle (CSU) en République Démocratique du Congo (RDC)

Depuis 1960, le pays connaît des crises politiques et socio-économiques récurrentes. Presque 70% de la population vivent avec moins de 1 USD par jour et environ 45% de la population vivent maintenant en ville, et le taux d'urbanisation est de 4,5 %/an [1].

L'état de santé de la population est préoccupant en RDC [1,2]. L'espérance de vie à la naissance en RDC est seulement de 58,9 ans, traduisant un état de santé très faible de la population pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) d'ici 2030 [1,3]. Le taux brut de mortalité dans la population est de 13,7 pour 1000 habitants [3]. La morbidité se caractérise par un nombre total des années de vie corrigées d'invalidité (AVCI) de 722,7 pour 1000 habitants, ce qui est supérieure à la valeur moyenne africaine de 592,2 AVCI [3].

La politique nationale de la santé est basée sur les soins de santé primaires (SSP), avec la zone de santé (ZS), comme unité d'opérationnalisation placée sous la gestion, le leadership et le pilotage d'une Equipe-Cadre de ZS (ECZS) [1,4]. Cependant, le système des soins de santé congolais est défaillant et moins performant [1,5]. Il se caractérise par une faible accessibilité, une faible couverture, une faible qualité, une faible protection socio-financière, une faible redevabilité, une faible résilience et une faible utilisation des services des soins [1,6]. Par ailleurs, les mécanismes de protection de risque-maladie, à l'instar de l'assurance-maladie et des mutuelles de santé, sont peu développés et la majorité de la population n'est pas couverte dans le pays [1,6].

La CSU est, depuis quelques temps, reconnue comme un objectif social urgent dans le pays [1,6]. Elle consiste à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services des soins préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de la promotion de la santé dont elle a besoin, et que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers [1,4,6]. Ceci suppose la mise en place des systèmes des soins de santé fonctionnels, intégrés et qui offrent des soins de qualité raisonnable dans un contexte d'une protection financière et sociale efficace et équitable en RDC [9].

Pour un système de soins de santé fonctionnels: les ECZS doivent être au cœur de la stratégie en RDC

Pour faire face à d'innombrables problèmes de nature systémique auxquels était confronté le système des soins de santé, le gouvernement congolais via le ministère de la santé et ses partenaires a engagé le pays dans la marche vers la CSU, à travers l'élaboration d'une stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) en 2006, révisée en 2010 [1,6]. Cette SRSS se décline en un plan national de développement sanitaire (PNDS) tous les cinq ans, et la version 2016-2020 [6] a été recadrée pour la période 2019-2022 [1,6]. Elle a comme axe principal et primordial le développement et/ou la revitalisation des ZS, nécessitant ainsi des capacités et des performances avérées des ECZS en matière de gestion, de leadership et de pilotage des ZS [1,6,9-12]. Ceci oblige d'accorder une place centrale aux ECZS dans la mise en oeuvre de la SRSS en RDC [1,3,4-8].

Cependant, dans bon nombre de pays à l'instar de la RDC, le niveau d'autonomie, des capacités, de maturité et des performances en gestion et pilotage des systèmes locaux de santé est souvent limité [10-15]. La maîtrise du contexte local et l'organisation de l'offre des soins alignée aux besoins des populations locales, ne sont envisageables que si les ECZS ont des atouts de même qu'un niveau adéquat des marge des manoeuvres et de pouvoir [10-15].

2. Objectif de cette note de politique

La présente note de politique vise à informer les autorités sanitaires, à tous les niveaux du système de santé congolais, des capacités et des performances des ECZS, de la nature et de l'importance du soutien leur apporté par la Division Provinciale de la Santé (DPS), ainsi que du degré de l'effectivité du support au développement des ZS en tant que politique publique en RDC.

3. Conception de cette note de politique

Cette note de politique s'est essentiellement basée sur les résultats empiriques de trois études de cas à méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives) réalisées par Chuy et ses collaborateurs, dans la ville de Lubumbashi [15-17]. L'articulation entre les trois études a suivi le modèle de l'organisation en trois niveaux du système de santé congolais Cfr. Figure 1 [1,6].

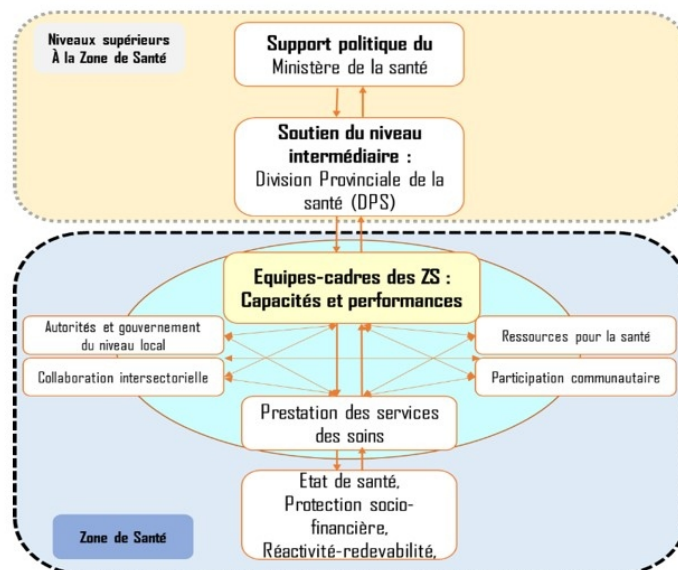


Figure 1. Modèle conceptuel intégré des trois études de Chuy et al. [1, 15-17].

La première étude a évalué l'effectivité opérationnelle de la mise en œuvre de la politique des ZS, d'après les points de vue des membres des ECZS à Lubumbashi [15]. Sa base est l'idée que la création, l'organisation et le développement d'une ZS découlent d'une décision politique, appelée ici "la politique publique de ZS", dont la mise en œuvre requiert un support politique et des mécanismes de suivi. Ainsi, le développement d'une ZS est souvent moins effectif si la politique même de ZS est moins opérationnalisée sur le terrain. Cette étude a utilisé les éléments traduisant l'effectivité de la mise en œuvre d'une politique publique selon Mény et Thoenig Cfr. Figure 2 [15,18].

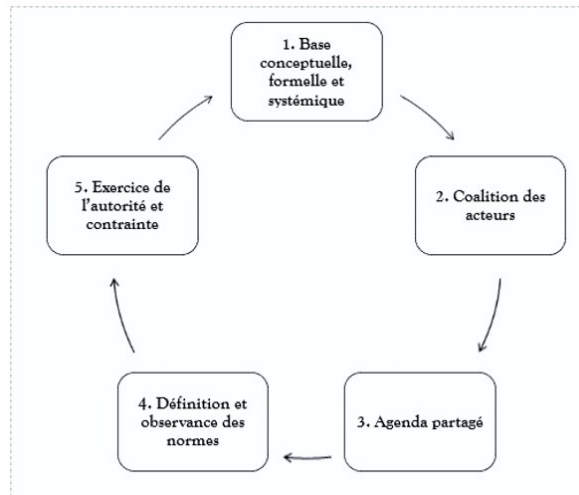


Figure 2. Eléments d'effectivité de mise en œuvre de la politique de ZS, adapté de Mény et Thoenig [15, 18].

La deuxième étude a évalué la cohérence du soutien de la DPS au développement de la maturité des ECZS à piloter les ZS à Lubumbashi [16]. Selon Kahindo et al., le soutien de la DPS devrait s'adapter et répondre aux besoins des ECZS. Il comprend quatre dimensions : (i) logistique, (ii) technique, (iii) sociale et (iv) psychologique. De manière similaire et en réponse au soutien de la DPS, le développement de la maturité des ECZS comprend aussi quatre dimensions : (i) la maturité d'équipe (cohésion), (ii) la maturité de prise de décision (cadres), (iii) la maturité de logique (vision), et (iv) la maturité d'action (initiatives) Figure 2 [17, 19]. Chacune des dimensions, aussi bien du soutien de la DPS que de la maturité des ECZS, est construite selon cinq niveaux hiérarchiques.

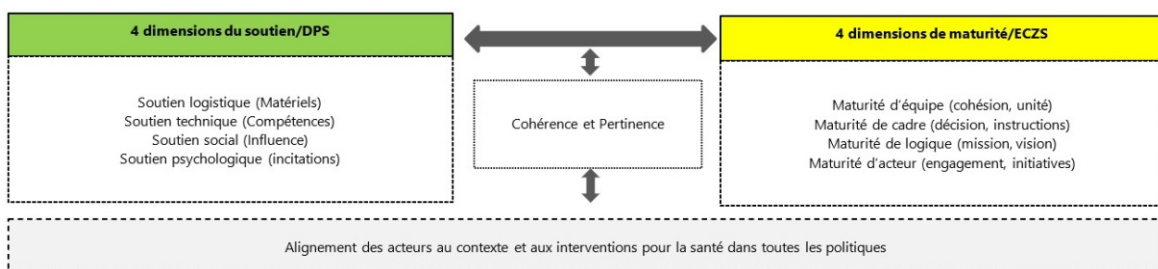


Figure 3. Modèle conceptuel du soutien de la DPS au développement des maturités des ECZS [16, 20].

La troisième étude a évalué les capacités et les performances des ECZS à piloter le développement des ZS en systèmes locaux de santé intégrés et offrant des soins de qualité dans la ville de Lubumbashi. Pour une ECZS, la capacité désigne le niveau d'aptitude alors que la performance désigne génériquement le niveau de réalisation (efficacité, efficience, cohérence, pertinence) des fonctions de pilotage dans une ZS [12,17-21].

Les capacités des ECZS ont été évaluées en quatre dimensions définies, à savoir : (i) le nombre et

la rotation des membres des ECZS, (ii) les compétences appropriées, (iii) la fonctionnalité du système de gestion, et (iv) le cadre de travail des membres des ECZS Cfr. Figure 4 [13,17]. Elles contribuent aux performances des ECZS [13,17-21]. Les capacités requièrent l'existence des éléments 'physiques' ('hardware', en anglais) [21-24], notamment les équipements, les finances, les infrastructures, le personnel, les technologies [21-24, 26-29]. Elles requièrent aussi l'existence des éléments immatériels tels que les valeurs, le pouvoir et les normes, à la base des attitudes, des croyances, des décisions, des pratiques, de la redevabilité et des relations entre les acteurs dont les communautés locales et la hiérarchie [21-29].

Les performances des ECZS ont été aussi évaluées selon quatre dimensions : (i) l'adaptation à l'environnement, (ii) l'atteinte des buts et des objectifs, (iii) l'intégration et la production des services, et (iv) la motivation et le maintien d'une culture et des valeurs positives, des ECZS Cfr. Figure 4 [21-26].

Pour être évaluée, chacune des quatre dimensions des capacités ou des performances a été déclinée en quatre indicateurs/sous-questions auxquelles 7 à 8 membres de chacune des neuf ECZS ont répondu par OUI pour « l'indicateur existe » (1 point) ou NON pour « l'indicateur n'existe pas » (0 point). La médiane des moyennes des proportions pondérées (exprimées en %) des points (OUI) des neuf ECZS à une dimension a représenté le profil médian des capacités (PMC) ou des performances (PMP) des ECZS pour la dimension considérée, dans la ville de Lubumbashi [13,17]. Un PMC ou PMP < 50% est considéré comme étant inacceptable, mais un PMC ou PMP ≥ 50% est considéré comme acceptable[13,17].

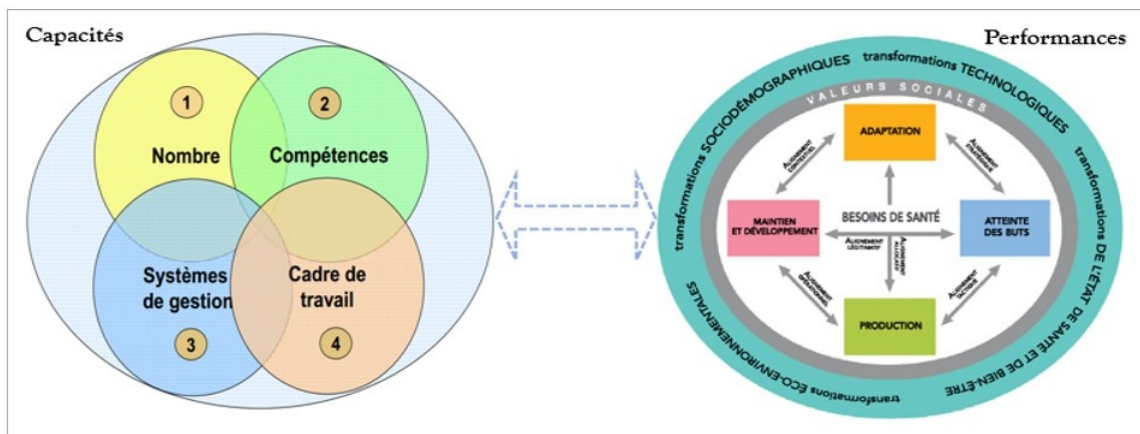


Figure 4. Cadre d'analyse des capacités et performances des ECZS, adapté de [13,17].

Le support de la politique des ZS et le soutien de la DPS aux ECZS favorisent le développement des ZS [13,23].

Une extrapolation des observations à l'ensemble des ECZS en RDC

L'organisation du système de santé est quasi-similaire dans les villes de la RDC [1,4-8,14-17]. Ainsi, nous sommes d'avis que les observations faites à travers les études empiriques sur les ECZS de la ville Lubumbashi peuvent être transposables à la réalité des ECZS de l'ensemble des villes en RDC. Les ECZS urbaines étant les plus accessibles et proches par rapport aux autorités et cadres du niveau provincial (DPS) et central (Ministère de la santé) [1,2,8], il est fort probable que la situation des ECZS rurales soit moins bonne [1, 2, 6-8]. Partant, les évidences empiriques tirées de la ville de Lubumbashi peuvent refléter la situation générale des ECZS du pays [1,2,8].

4. Principales observations issues des études empiriques

Observation 1 : Le support politique au développement des ZS est peu effectif [15]

Alors que la ZS est l'institution fondant l'existence même de l'ECZS, les résultats empiriques ont montré que le support politique au développement des ZS est moins effectif et faible au niveau des ZS [15]. Le tableau 1 montre un degré faible de mise en œuvre de la politique de ZS, à travers des indices d'effectivité opérationnelle à valeurs faibles concernant toutes les cinq dimensions (IEO compris entre 20-39%) et même globalement, à Lubumbashi [15].

Tableau 1 : Effectivité opérationnelle des dimensions de la politique de ZS à Lubumbashi [15]

Dimension d'effectivité	Description	Indice d'effectivité opérationnelle (IEO)	Extrait narratif des résultats qualitatifs
Base conceptuelle, formelle, et systémique	Conception claire, budget et fonds, actes administratifs-juridiques, discours, prises de position, et vulgarisation par les autorités publiques et vision systémique à développer les ZS.	IEO : 34,4% Sens : présence faible de la dimension	« ... Moi je n'ai pas de connaissance claire sur cette stratégie [du système de santé de district, de ZS] ... C'est ma première fois d'en entendre parler de ça ... »
Coalition des acteurs pour développer ZS	Implication, participation cohérente et synergique des acteurs locaux, provinciaux et nationaux, informels et informels, publics et privés, au développement intégré des ZS	IEO : 22,5% Sens : présence faible de la dimension	« ...Les chefs à la DPS nous contournent et traitent directement avec les prestataires pour les autoriser d'ouvrir ou les parrainer dans la ZS. Les services de l'Etat aussi nous envahissent...»
Agenda partagé entre les acteurs	Développer les ZS fait partie d'un cadre large d'action du gouvernement/ministère de la santé, en cours de mise en œuvre	IEO : 22,2% Sens : présence faible de la dimension	« ...C'est le nœud du problème : le désordre ! il n'y a pas d'agenda/de programme commun [et consensuel] de développement des ZS... »
Définition et observance des normes	Principes, repères ou valeurs de référence sur base desquels s'opère le développement des ZS.	IEO : 38,8% Sens : présence faible de la dimension	« ...Je sais que le recueil des normes d'organisation des ZS existe. Nous ne l'avons ni l'exploitons pas dans la ZS...».
Autorité et contrainte	Exercice d'une 'coercition' ou contrainte par l'autorité étatique (ECZS) pour aligner les comportements des acteurs locaux à l'équité et à la qualité des soins	IEO : 21,5 % Sens : présence faible de la dimension	« ...L'ECZS a perdu la mainmise sur la majorité des prestataires des soins devenus à plus de 95% privés dans la ZS. Ils ont des 'parapluies' [qui les protègent contre le contrôle de l'ECZS]»

Observation 2 : Le soutien de la DPS aux ECZS est encore insuffisant [16]

Les perceptions des acteurs : les acteurs interviewés ont des perceptions faisant suggérer une défaillance dans la cohérence et l'importance du soutien de la DPS aux ECZS pour le pilotage des ZS dans la ville de Lubumbashi. Cfr Encadré 1 et Tableau 2 [16].

L'encadré 1 montre que les cadres de la DPS ne reçoivent pas, eux-mêmes aussi, d'appui ni d'encadrement adéquats du niveau central, pouvant leur permettre à leur tour de mieux assurer en relais, le rôle de soutien aux ECZS en pilotage de la ZS. Le niveau provincial n'est donc pas apte à encadrer les ECZS et les ZS, et son rôle n'est pas clair et s'accomplit avec plus de tâtonnements.

Encadré 1 : Perceptions des acteurs sur le soutien de la DPS aux ECZS pour le pilotage des ZS [16]

Experts : « Les cadres de la DPS n'ont pas de modèle clair auquel ils se réfèrent et sur base duquel ils organisent et structurent leur soutien aux ECZS ».

Partenaires : « Les Encadreurs Provinciaux Polyvalents (EPP) n'ont même pas des termes de référence sur l'encadrement des ECZS ! Chacun va dans la ZS faire ce qui lui passe par sa tête ».

Inspecteurs provinciaux : « La DPS a des EPP pour un accompagnement et un renforcement des capacités des ECZS par la supervision, la formation et les conseils. Nous, inspecteurs, avons pour mission de contrôler et de vérifier l'exécution des directives du ministère de la santé dans les ZS... Nous apportons un regard externe pour évaluer et améliorer le travail des ECZS à piloter le développement des ZS par rapport aux normes. Cependant, les pratiques de corruption, des "pots de vin", de tribalisme, de partialité et de "deux poids deux mesures" de nos chefs, fragilisent nos efforts vis-à-vis des ECZS 'protégées' ».

Cadres de DPS : « Les cadres du bureau technique provincial assurent des formations, un coaching et un encadrement technique et logistique aux ECZS et ZS. Les ECZS acceptent les formations et améliorent les défauts. C'est plutôt nous qui devons améliorer les choses à la DPS. Franchement, nous ne savons pas bien accompagner ni encadrer les ECZS. Nous n'avons ni modèle ni outils pour mieux le faire. Les ECZS évoluent de soi... ».

Membres d'ECZS : « Les encadreurs provinciaux ne savent même pas ce qu'ils doivent faire. Ils nous compliquent la tâche et embrouillent au lieu de nous aider ».

Le soutien de la DPS : Le tableau 2 montre la tendance des proportions des membres des ECZS ayant attesté l'existence d'un apport par rapport à chacun des cinq niveaux hiérarchiques de chaque dimension du soutien de la DPS (logistique, technique, social, psychologique) à Lubumbashi.

Tableau 2. Tendance d'attestation des apports aux niveaux hiérarchiques des dimensions du soutien de la DPS [16]

<p>Soutien logistique</p> <p>Etat des lieux : faible</p> <p>Structures et système : faible</p> <p>Infrastructures et équipements: faible</p> <p>Compétences et incitants : moyen</p> <p>Intrants, outils, médicaments : moyen</p>	<p>Soutien technique</p> <p>Guidance, protection : faible</p> <p>Apprentissage et coaching : moyen</p> <p>Enseignement et formations : faible</p> <p>Mentorat et modèles : faible</p> <p>Parrainage et promotion : faible</p>
<p>Soutien social</p> <p>Coercition et réseautage : faible</p> <p>Contrats et récompenses : moyen</p> <p>Normes et référentiels : faible</p> <p>Autorité et Légitimité : faible</p> <p>Expertise et Informations : faible</p>	<p>Soutien psychologique</p> <p>Appui pour la subsistance : faible</p> <p>Appui a la sécurité d'emploi : faible</p> <p>Appui pour la cohésion : moyen</p> <p>Appui pour la reconnaissance : faible</p> <p>Appui à l'autonomie : faible</p>

Légende : En couleur bleu: soutien le plus rapporté dans une dimension.

Ces résultats montrent que le soutien de la DPS est à la fois faible et peu cohérent aux besoins des ECZS, et surtout fait des apports logistiques en intrants (médicaments des programmes verticaux, registres des activités des ZS, intrants de vaccination, etc.), opérés souvent sans un état des lieux rigoureux ni instructions suffisantes d'usage. Les apports sont faibles en encadrement technique, social et psychologique.

La maturité des ECZS : Le tableau 3 montre la tendance des proportions des membres des ECZS ayant attesté leur position sur les cinq niveaux hiérarchiques de chaque dimension de maturité pour le pilotage de leurs ZS (équipe, décideur, logique, acteur) à Lubumbashi.

Tableau 3: Tendance des positions aux niveaux hiérarchiques des dimensions de maturité des ECZS [16]

<p>Maturité d'équipe (cohésion) Quête d'orientation : faible Phase des conflits et tensions : moyen Phase de coalescence : faible Phase d'intégration : faible Phase de coordination : faible</p>	<p>Maturité de cadre (Décision) Simple exécution des tâches : faible Simple exécution et rapport : faible (dominant) Exécution avec contextualisation : faible Analyse et simples propositions : faible Décision, mise en oeuvre, suivi : faible</p>
<p>Maturité logique (vision) Quête de subsistance : faible Quête d'acquisition de profit : moyen Montrer le savoir-faire : faible Respect des principes/valeurs : faible Sens d'identité et de mission : faible</p>	<p>Maturité d'acteur (initiative) Non connaissance de la mission d'ECZS: faible Faible connaissance de la mission: moyen Bonne connaissance de la mission : moyen Très bonne connaissance et décisions: faible Très bonne connaissance et actions : moyen</p>

Légende : En couleur rouge : niveau de maturité le plus rapporté dans une dimension.

La maturité des ECZS est aussi faible et incohérente pour le pilotage des ZS. Les membres des ECZS s'auto-décrivent en acteurs-moteurs de développement des ZS. Ils présentent cependant, une faible réflexivité collective ainsi qu'un faible sens de travail d'équipe, d'initiatives, de réactivité, de redevabilité et de responsabilité.

Observation 3 : Les capacités et les performances des ECZS sont plutôt faibles [17]

Les capacités des membres des ECZS contribuent à leurs performances en pilotage et en développement des ZS. Les tableau 4 et 5 montrent respectivement que les ECZS ont encore des capacités et des performances faibles.

Les capacités des ECZS sont fragilisées surtout par la défaillance des compétences, mais aussi du système de leur désignation pour faire partie du nombre et/ou de la rotation entre les ZS. En réalité sur le terrain, c'est le médecin chef de ZS qui invite celui qu'il désire à prendre part aux activités des membres des ECZS. Les performances des ECZS sont surtout fragilisées par leur défaillance en adaptation à leur environnement et en atteinte de leurs buts et de leurs objectifs dans les ZS [17].

Tableau 4. Capacités des ECZS dans la ville de Lubumbashi [17]

Dimension	Définition	Profils médians des capacités (PMC)	Extraits des narratifs qualitatifs
Nombre et rotation des membres des ECZS	L'effectif et la permutation (d'une à l'autre ECZS) des membres dans les ECZS. Il est souhaitable d'avoir une stabilité des membres dans les ECZS	53,1%	« ...C'est le médecin chef de ZS qui choisit seul ceux qu'ils veulent comme membres de l'ECZS ... Il n'y a pas de document officiel qui nous désigne en tant que tels ... »
Compétences	Le savoir, le savoir-faire et le savoir être, acquis d'une formation qui prépare les membres des ECZS au pilotage des ZS	16,7%	« ...Je n'ai pas d'expertise pour accomplir les tâches en tant que membre d'ECZS. Nous n'avons pas été formés à ces fonctions... »
Cadre de travail	Technologie, infrastructure, soutiens et supports stratégiques du Ministère de la santé facilitant le travail des ECZS	60,7%	« ...Il n'y a pas d'appui ni de contrôle de la gestion et des performances de notre ECZS. Le médecin chef fait ce qui passe par sa tête, sans rendre des comptes à personne... »
Système de gestion	Disponibilité des Ressources et leur allocation aux activités de pilotage du développement d'un système de santé intégré suivant des procédures de gestion/ZS	50,0%	« ...Mes activités comme membre de l'ECZS ne sont ni reprises, ni budgétisées, ni financées dans le plan d'action de la ZS. La gestion de l'ECZS est opaque et profite au médecin chef... »

Légende : Si le PMC est <50%, il est inacceptable. Si le PMC est ≥50%, il est acceptable.

Tableau 5. Performances des ECZS dans la ville de Lubumbashi [17]

Dimension	Définition	Profils médians des Performances (PMP)	Extraits des narratifs qualitatifs
Adaptation à l'environnement	Degré d'acquisition des ressources, d'alignement aux demandes, d'interaction avec les différents acteurs, et d'ouverture et réactivité des ECZS à la situation dans leurs ZS	68,7%	« Les autorités locales ne nous financent pas et ont peu de volonté à le faire. L'ECZS a des difficultés de mobilisation locale des acteurs et des fonds, y compris l'implication des communautés locales et la collaboration intersectorielle »
Atteinte des buts/objectifs	Degré d'accomplissement de la mission et des attentes des acteurs au niveau local (communauté, partenaires, secteurs, DPS, ministère de la santé, etc.) par les ECZS	58,3%	« ...Au premier semestre...le médecin chef nous a communiqué des cibles et des objectifs des activités qu'il a définis sans nous avoir consultés... »
Production des services	Degré d'exécution d'activités dévolues aux ECZS pour le pilotage du développement de leurs ZS. C'est aussi l'intégration et transformation des ressources en activités de pilotage des ZS.	25,0%	« Nos activités au sein de l'ECZS sont surtout la participation aux revues mensuelles, le monitoring et les supervisions des formations sanitaires. Nous les menons avec des marges faibles des manœuvres et peu d'expertise »
Maintien des valeurs	Degré de préservation d'une culture organisationnelle, d'une motivation et des valeurs positives, compatibles avec les orientations de santé publique.	25,0%	« ...La communication n'est pas franche au sein de notre ECZS, car il y a une forte méfiance et une faible transparence entre nous membres de l'ECZS. Il n'y a pas d'esprit d'équipe...»

Légende : Si le PMP est <50%, il est inacceptable. Si le PMP est ≥50%, il est acceptable.

5. Les contraintes au renforcement des capacités des ECZS

Des contraintes contextuelles et liées à la gouvernance à tous les niveaux du système de santé peuvent défier le renforcement des capacités et des performances des ECZS [30-35].

Facteurs contextuels pouvant défier le renforcement des capacités et des performances des équipes de gestion des ZS [30-33] :

- o Politique : crise, instabilité, manque de volonté politique,
- o Economique : faible ou manque de budget alloué au développement des ZS
- o Socio-culturel : corruption, faibles partenariats, trafic d'influence,
- o Sanitaire : crises sanitaires, mauvais recrutement des membres des ECZS, proportion et résistance des privés, faible financement, grande superficie, grande taille démographique, absence des partenaires techniques et financiers dans les ZS.
- o Technologique : faible adaptation aux nouvelles technologies de communication et information.
- o Ecologique : difficultés d'accès géographiques pour la DPS
- o Légal : corruption, impunité, une loi sanitaire 'symbolique'

Facteurs de gouvernance à tous les niveaux du système de santé :

L'implication des acteurs au renforcement des capacités et des performances des ECZS dans le système de santé peut notamment être défiée par [30-33] :

- o Un faible partage d'objectifs et des programmes entre acteurs/niveaux
- o Une faible acquisition, transmission et utilisation des ressources
- o Des défaillances et résistances au changement

- o Des mauvaises perceptions des rôles des acteurs
- o Un faible accompagnement et soutien de la DPS
- o Un faible support politique au développement des ZS
- o Un faible alignement des partenaires au développement des ECZS
- o Un conflit d'agenda avec les bailleurs des fonds pouvant étouffer la SRSS
- o Une ambiguïté par chevauchement, confusion, interférence et/ou lacune des responsabilités, des ressources, des directives/lois, des espaces des décisions, etc.
- o Un manque de volonté et de partage des intérêts/du pouvoir avec les communautés et avec les autres secteurs suite à une centralisation à outrance.

6. Points d'action prioritaires

Les observations empiriques ci-dessus font formuler des recommandations à toutes les parties prenantes impliquées dans le développement des ZS [1,6].

1. Placer les ECZS au cœur du processus de renforcement du système de santé congolais

L'OMS et plusieurs auteurs s'accordent sur la priorité à investir dans le renforcement des capacités et le suivi des performances de gestion et leadership des ECZS, et leur association avec la performance des zones et du système de santé [10-13, 35-30]. Une ECZS proche de la population et des réalités du terrain, autonome et compétente améliore à son tour les performances du système local de santé qu'elle pilote [25-30].

2. Adopter une logique d'intervention et de recherche-action (RA) pour renforcer des ECZS

Le ministère de la santé est invité à prendre des décisions et édicter des directives qui engagent les trois niveaux du système sanitaire, chacun en ce qui le concerne, dans un ensemble cohérent d'interventions [10,13,36]. Il doit veiller à apporter des ressources nécessaires, mettre en place des véritables « équipes » des 'cadres' autonomes, aptes et compétentes, instaurer un système de gestion fonctionnel et aligné aux besoins locaux, supporter adéquatement le travail de pilotage d'une ECZS, créer un espace de pouvoir où l'ECZS peut participer à la prise des décisions selon l'expertise et la compréhension du contexte local dans les ZS [10-13, 30,36].

Il est en même temps utile d'introduire une attitude réflexive (recherche-action) au sein de quelques ECZS, de la DPS et du Ministère [30,37]. Ceci permettra d'adapter continuellement et de suivre les interventions, selon la situation, les leçons apprises, les modèles conceptuels, les hypothèses émergentes, l'allocation des ressources, et les évaluations opérationnelles, tout en impliquant les parties prenantes au développement des capacités et performances des ECZS et des ZS [30,37-40]. Dans les ZS, la recherche-action peut être entreprise pour tester et affiner les hypothèses de changement [37-42].

3. Renforcer le soutien de la DPS aux ECZS [16, 36-37, 47-49]

- o Renforcer le soutien au système logistique : soutien à la réalisation des états des lieux, à l'organisation et au fonctionnement du système logistique, à la disponibilité et à l'utilisation efficiente et responsable des équipements et des infrastructures, aux compétences logistiques, et à l'approvisionnement régulier en intrants, en outils de gestion et en médicaments essentiels et génériques traceurs.
- o Renforcer l'encadrement technique : tenir des sessions de guidance, de coaching, des

briefings et des formations trimestrielles, des sessions de partage ou des visites d'échanges des expériences entre les ECZS, et la promotion des pratiques d'excellence des ECZS.

- o Renforcer le soutien (l'influence) social : soutenir la contractualisation, le réseautage des ECZS et des formations sanitaires, l'unité de commandement et de coordination des ECZS, l'instauration d'un système d'accréditation des officines et des prestataires modernes et tradipraticiens observant les principes et les valeurs des SSP, le fonctionnement réguliers des espaces de décisions (comité de gestion, conseil d'administration), le dialogue entre les ECZS et les communautés locales, et entre avec les prestataires privés-clés des ZS.
- o Renforcer le soutien psychologique (motivation) : accompagner la gestion de la carrière, l'obtention de la mécanisation et de la paie du personnel des ZS, la sécurité d'emploi (stabilité aux postes), le climat de cohésion et d'entente au sein des ECZS, et la mise en place d'un système de reconnaissance (signalement annuel des ECZS ?), de l'autonomie et de l'estime de gestion des ECZS.

4. Renforcer les capacités et suivre l'amélioration au niveau des ECZS [13-14, 17, 28-30,36]

- o Instaurer un système adéquat de désignation des membres des ECZS: la DPS peut veiller à prendre un acte officiel de désignation d'une équipe de 9 à 10 membres par ECZS. Ces membres devraient être des anciens, compétents, expérimentés, de bonne moralité et issus de la ZS, élus pour un mandat de cinq ans pour des tâches horizontales (organisation des services) et verticales (fonction ou programme bien spécifique), et représentant les différentes parties prenantes du développement des ZS au sein de l'ECZS.
- o Renforcer les compétences des membres des ECZS : organiser une formation intermittente sur le pilotage de développement intégré des ZS. Selon l'OMS, la formation peut prendre cinq semaines au total, que nous suggérons d'étaler sur trois mois, en intercalant deux semaines d'intervalles pour des travaux d'assimilation. Elle devra se fonder sur une approche didactique de résolution des problèmes et un programme comprenant cinq thématiques [43-44, 48-52] :
 - Les soins de santé primaires, le système de santé de district et les transitions;
 - La politique de santé, les modes de pilotage et les stades de développement des ZS;
 - L'épidémiologie managériale et la gestion des catastrophes, des crises, des maladies chroniques et émergentes, des urgences et de la sécurité sanitaire dans la ZS;
 - Le bien-être, la couverture sanitaire universelle, et les objectifs de développement durable;
 - Les évidences, la recherche, la santé dans toutes les politiques, l'urbanisation et la santé, etc.

Cette formation devra être accompagnée des échanges trimestriels, des supervisions formatives et des ateliers d'échanges d'expériences et des évidences entre les ECZS, les cadres de la DPS et les cadres/experts scientifiques [17].

- o L'aménagement du cadre de travail des ECZS: doter les ECZS des documents stratégiques et des outils de gestion des ZS (financière, logistique, humaine, pharmaceutique, etc), et réduire les tailles des ZS (définir une stratégie innovante par rapport au découpage/définition de la population cible via un exercice réflexif dans le

cadre de la RA) surtout dans le milieu urbain où l'effort de coordination des formations sanitaires et des soignants est accru, et où des populations se concentrent en des petits espaces. Il est souhaitable d'instaurer un encadrement effectif de la DPS au cas par cas, pour répondre aux besoins en formations, en ressources, et en profils des membres des ECZS. Il sera aussi utile d'organiser trimestriellement des évaluations, des supervisions formatives-intégrées et des visites de terrain aux ECZS [17].

- o Renforcer les systèmes de gestion dans les ECZS : veiller à la disponibilité des outils de gestion des ressources et des activités, et de celle des ressources en question, et orienter le système de gestion aux fonctions de pilotage et à l'utilisation efficiente des ressources pour le développement des ZS [17].

5. Assurer le suivi-évaluation de l'amélioration des performances des ECZS [50] :

- o La DPS, en collaboration avec l'Inspection Provinciale de la Santé (IPS), devra organiser des sessions de monitoring trimestriel et d'évaluation semestrielle des interventions, des capacités et des performances des ECZS.
- o L'évaluation d'impact peut porter sur l'amélioration de l'organisation, du fonctionnement et des performances des ZS.
- o Toutes les parties prenantes devront veiller à ce que le suivi/évaluation ne devienne pas une inspection/évaluation quantitative, qui se fonde simplement sur des indicateurs quantitatifs mais aussi sur le dialogue avec les ECZS pour définir les défis, les lacunes, et les orientations à prendre. Le modèle d'analyse dynamique des systèmes complexes et adaptatifs des ECZS et des ZS, proposé par Van Olmen, peut faciliter la conception et l'instauration d'un suivi consensuel, inclusif et participatif [46, 50-54].

7. Conclusion

Les capacités et les performances des ECZS sont encore faibles pour le pilotage d'un développement optimal des ZS en systèmes locaux de santé intégrés et offrant des soins de santé de qualité aux populations locales. Investir en valorisant les capacités et les performances des ECZS représente une priorité d'action pouvant mieux contribuer au renforcement des ZS.

Le renforcement des capacités et des performances des ECZS implique aussi le renforcement de l'effectivité du support politique et une adaptation du soutien de la DPS. Ceci nécessite, entre autres, une formation spéciale couplée au mentorat et à un accompagnement des ECZS, en matière de pilotage des ZS. Il sera aussi capital d'assurer un suivi régulier des performances des ECZS et des ZS.

L'approche de recherche-action s'avère utile pour définir et tester la mise en place des conditions-clés et d'un environnement favorable au renforcement des capacités et des performances des ECZS, afin de nourrir la politique sanitaire nationale et de renforcer le système de santé en RDC.

Références

1. Ministère de la santé, (2018), Plan National de développement sanitaire recadré pour la période de 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle. Kinshasa.
2. Chenge et al. (2013), De la nécessité d'adapter le modèle de district sanitaire au contexte urbain : Exemple de la ville de Lubumbashi en RD Congo. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 31.
3. OMS-Afrique, (2018), État de la santé dans la Région africaine de l'OMS, page 126.
4. OMS, (2008), Soins de santé primaires : Maintenant plus que jamais. Rapport sur la santé dans le monde. Genève.
5. O'Connell T et Sharkey A, (2013), Reaching Universal Health Coverage through District Health System Strengthening: Using a modified Tanahashi model sub-nationally to attain equitable and effective coverage. UNICEF/BANA2009-00914/Noorani.
6. Ministère de la santé, (2016), Plan National de développement sanitaire de 2016-2020: Vers la couverture sanitaire universelle. Kinshasa.
7. Lozano R. et al, (2018), Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018; 391: 223671.
8. Meessen B et al, (2014), No universal health coverage without strong local health systems. *Bull World Health Organ* 2014;92:7878A.
9. Centre des Connaissances en Santé RDC (CCSC-Asbl), (2017), Couverture Sanitaire Universelle (CSU) : comment financer l'inclusion du secteur informel en République Démocratique du Congo (RDC) ? Note de politique.
10. Kieny MP. et al., (2017), Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. *Bull WHO* 2017;95:537539.
11. Community of Practice Health Service. (2013). Renewing health districts for advancing universal health coverage in Africa Report of the regional conference " Health districts in Africa : progress and perspectives 25 years after the Harare Declaration " Community of Practice Health Service Delivery. COP and HHA, Dakar.
12. Tumusiime P et al., (2019), Towards universal health coverage: reforming the neglected district health system in Africa. *BMJ Global Health* 4:e001498.
13. OMS, (2007), Améliorer le leadership et la gestion sanitaires: rapport d'une consultation internationale sur le renforcement du leadership et de la gestion dans les pays à faible revenu, pour un bon fonctionnement des systèmes de santé: document de travail n° 10.
14. Cleary S, (2018), Enabling relational leadership in primary healthcare settings: lessons from the DIALHS collaboration. *Health Policy and Planning*, 33, ii65ii74 doi: 10.1093/heapol/czx135
15. Chuy KD et al, (2019), La politique publique du système de santé de district et sa mise en œuvre : une étude mixte d'évaluation dans la ville de Lubumbashi, RDC. *Cahiers REALISME N°17*.
16. Chuy KD et al, (2020a), Soutien du niveau intermédiaire du système de santé aux équipes-cadres des districts sanitaires: le cas de la ville de Lubumbashi, RDC. *Int. J. Adv. Res.* 8(03), 1114-1139
17. Chuy KD et al, (2020b), Capacités et performances des équipes-cadres des districts sanitaires dans la ville de Lubumbashi, RDC. *iosrjournals.org*. Vol. 9, Issue 2 Ser. VII, pp44 60.
18. Meny et Thoenig, (1989), Politiques publiques. Paris Presses universitaires de France 1989 18cm 392p Bibliogr Themis Science politique.
19. Heerdegen ACS et al, (2020), How Does District Health Management Emerge Within a Complex Health System? Insights for Capacity Strengthening in Ghana. *Front. Public Health* 8:270. doi: 10.3389/fpubh.2020.00270.
20. Kahindo JBM. et al, (2011a), Structures intermédiaires de santé: concepts et conditions d'émergence en République Démocratique du Congo.
21. Champagne F et al, (2005), Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé). GRIS.
22. Sheikh et al.'s (2011) 'HardwareSoftware' framework. Sheikh K, Gilson L, Agyepong IA et al. 2011. Building the field of health policy and systems research: framing the questions. *PLoS Medicine* 8: e1001073.
23. Stephanie MT et al, (2014), Understanding the dynamic interactions driving Zambian health centre performance: a case-based health systems analysis. *Health Policy and Planning* 30:485499.
24. Prashanth NS, (2015), Capacity Building and performance in local health systems. A realist evaluation of a local health system strengthening intervention in Tumkur, India.
25. Bradley EH et al, (2015), Management matters: a leverage point for health systems strengthening in global health. *Int J Health Policy Manag.*; 4(7):411415.
26. Martineau T et al., (2018), Strengthening health district management competencies in Ghana, Tanzania and Uganda: lessons from using action research to improve health workforce performance. *BMJ Glob Health*.3:e000619. doi:10.1136/bmjgh-2017-000619.
27. Mutale W et al, (2017), Leadership and management training as a catalyst to health system strengthening in low-income settings: Evidence from implementation of the Zambia Management and Leadership course for district health managers in Zambia. *PLoS ONE* 12 (7): e0174536.
28. Fetene N et al., (2019), District-level health management and health system performance. *PLoS ONE* 14 (2): e0210624.

29. Heerdegen ACS et al., (2020), Managerial capacity among district health managers and its association with district performance: A comparative descriptive study of six districts in the Eastern Region of Ghana. *PLoS ONE* 15(1): e0227974.
30. Tarimo E., (1991), Pour une meilleure santé au niveau du district: Comment organiser et gérer des systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires. OMS. Genève.
31. Henriksson et al, (2017), Enablers and barriers to evidence based planning in the district health system in Uganda; perceptions of district health managers. *BMC Health Services Research* (2017) 17:103.
32. Asante A, et al., (2012), Strengthening Health Management and Leadership at the District Level: What can we learn from high performing districts in the West Java Province of Indonesia?, *Human Resources for Health Knowledge Hub*, Sydney, Australia.
33. Susan E et al., (2020), How district health decision-making is shaped within decentralised contexts: A qualitative research in Malawi, Uganda and Ghana, *Global Public Health*.
34. Henriksson DK, (2018), Health systems bottle-necks and evidence-based district health planning: experiences from the district health system in Uganda. Stockholm: The Expert Group for Aid Studies; p.16.
35. Gilson L. et al, (2014), Practice and power: a review and interpretive synthesis focused on the exercise of discretionary power in policy implementation by front-line providers and managers. *Health Policy Plan.* 2014;29:5169.
36. Tetui, M et al., (2016) Building a competent health manager at district level: a grounded theory study from Eastern Uganda. *BMC Health Services Research*, 16: 665.
37. Tetui M, (2018a), Participatory Approaches to Strengthening District Health Managers' Capacity: Ugandan and Global Experiences. UMEA.
38. Tetui M et al, (2018b), Elements for harnessing participatory action research to strengthen health managers' capacity: a critical interpretative synthesis. *Health Research Policy and Systems*; 16:33.
39. Lê G et al, (2015), How to use Action Research to Strengthen District Health Management: A Handbook. Leeds: PERFORM Consortium.
40. Mshelia C, et al., (2013), Can action research strengthen district health management and improve health workforce performance? A research protocol. *BMJ Open*;3: e003625.
41. The RESYST/DIAHLS learning site team, (2020), Learning sites for health system governance in Kenya and South Africa: reflecting on our experience. *Health Research Policy and Systems* (2020) 18:44.
42. Chatora R et al, (2004), District Health Management Team. Facilitator's Guide. WHO.
43. Gholipour K, et al. Evaluation of the district health management fellowship training programme: a case study in Iran. *BMJ Open* 2018;8:e020603. doi:10.1136/bmjopen-2017-020603.
44. Geneviève M et al, (2020), Développement des Zones de Santé d'Apprentissage et de Recherche en République Démocratique du Congo : enseignements utiles d'une évaluation qualitative des expériences antérieures en Afrique Subsaharienne. *Global Health Promotion* 1757-9759; Vol 0(0): 110; 784537.
45. Zakus D et al., (2014), Health Systems, management and organization in Low- and Middle Income Countries.
46. Van Olmen J et al, (2010), Analysing Health Systems To Make Them Stronger. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 27.
47. Gorgën H et al, (2004), Le système de santé de district: Expériences et perspectives en Afrique. Manuel à l'intention des professionnels de la santé Publique. Wiesbaden, 2ème édition.
48. Oldenhof L, (2015), The Multiple Middle: Managing in Healthcare
49. Tabrizi JS et al, (2018), A framework to assess management performance in district health systems: a qualitative and quantitative case study in Iran. *Reports in public health*.
50. Diana ML et al., (2017), Health systems strengthening: A literature review. MEASURE.
51. Witter S et al., (2019), Health system strengthening Reflections on its meaning, assessment, and our state of knowledge. *Int J Health Plann Mgmt.* 2019; 110.
52. Wickremasinghe D et al, (2018), District decision-making for health in low income settings: a systematic literature review. *Health Policy and Planning*, 31, 2016, ii12ii24.
53. Communauté des Pratiques. Prestation des services de santé, (2013), Renouveler la stratégie du district sanitaire pour faire avancer la Couverture Sanitaire Universelle en Afrique. Dakar, Sénégal.
54. Maruthappu M. et al, (2015), Enablers and Barriers in Implementing Integrated Care, *Health Systems & Reform*, 1:4, 250-256.

