



Journal Homepage: -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/10732
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/10732>



RESEARCH ARTICLE

SOUTIEN DU NIVEAU INTERMÉDIAIRE DU SYSTÈME DE SANTÉ AUX ÉQUIPES-CADRES DES DISTRICTS SANITAIRES: LECAS DE LA VILLE DE LUBUMBASHI, RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Chuy K.D¹, Criel B.², Belrhiti Z.³, Mwembo T.A⁴ and Chenge M.F⁵

1. Ecole de Santé Publique, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.
2. Unité D'équité et Financement de la Santé, Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Royaume de Belgique.
3. Ecole Nationale de Santé Publique de Rabat, Royaume du Maroc.
4. Départements de Gynécologie et de Santé Publique, Ecole de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.
5. Centre des Connaissances en Santé en République Démocratique du Congo.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 25 January 2020

Final Accepted: 27 February 2020

Published: March 2020

Key words:-

Niveau Intermédiaire, District Sanitaire, Équipe-Cadre, Leadership Et Gouvernance, Renforcement Du Système De Santé, Lubumbashi

Abstract

Cette étude de cas a utilisé une méthode mixte pour évaluer la cohérence et la pertinence des interactions entre le soutien du niveau intermédiaire du système de santé et la maturité des équipes-cadres à piloter les districts sanitaires dans la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Elle a analysé par contenu les données des entretiens de 26 participants et de 8 groupes de discussion ayant réuni chacun 9 participants, tous sélectionnés par choix raisonné, et a comparé les données d'un questionnaire répondu par un échantillon de 54 membres de neuf équipes-cadres des districts de la ville. Elle a trouvé une absence de modèle conceptuel, une faible harmonie et des indices nuls de cohérence et de pertinence de ces interactions.

Copy Right, IJAR, 2020, All rights reserved.

Introduction:-

Le soutien au leadership et à la gouvernance contribue au renforcement du système de santé (OMS, 2007a,b, 2009; Bradley et al., 2015; Dianne et al, 2015; Diana et al, 2017; Witter et al, 2019; Heerden et al, 2020). Ce soutien devrait être contingent en s'adaptant à la situation et développer la maturité des structures de leadership et de gouvernance du système de santé par un apport d'expertise, d'influence, des incitants et des ressources (Hersey et Blanchard, 1988; Tarimo, 1991; OMS, 2007a,b; Presqueux, 2008). Le développement de la maturité des structures de leadership et de gouvernance réfère au développement de leur autonomie, incluant les compétences et la motivation, pour l'accomplissement de leur mission (Hersey et Blanchard, 1988; Renard, 2003).

En Afrique subsaharienne, les systèmes de santé sont décentralisés et organisés en trois niveaux pour mettre en œuvre la politique des soins de santé primaires (SSP), à savoir: le niveau central, le niveau intermédiaire (NISS) et le niveau local ou district sanitaire - DS (WHO, 1987; Vaughan, 1991; Perot, 2005; Saltman et al, 2007; OMS, 2008) – Cfr Encadré 1.

Corresponding Author:- Chuy K.D

Address:- Ecole de Santé Publique, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Encadré 1. Les trois niveaux du système de santé et leurs rôles en Afrique

- *Niveau central ou stratégique*: C'est le ministère de la santé, chargé de définir les politiques sanitaires nationales fondées sur les SSP.
- *Niveau intermédiaire ou provincial (NISS)*: Ce sont les institutions sanitaires provinciales, chargées d'apporter un soutien au pilotage du niveau local pour la mise en œuvre des SSP.
- *Niveau décentralisé, local, opérationnel ou périphérique*: Ce sont les districts sanitaires – DS – (aussi appelés **zones de santé** en RDC), chargés de mettre en œuvre les SSP.

Le district sanitaire (DS) représente l'unité opérationnelle du système de santé (WHO, 1987). Il est géré par une équipe-cadre de district (ECD) qui en est la structure de leadership et de gouvernance (OMS, 2007a,b). La mission de l'ECD est de piloter le développement du DS en un système de santé intégré et offrant des services des soins de qualité à la population (WHO, 1987; OMS, 2007a,b). L'accomplissement de cette mission exige notamment une bonne maturité de l'ECD et conditionne la performance du DS (Fetene et al, 2019).

La maturité d'une ECD se développe grâce, entre autres, au soutien du NISS (Zakus et al, 2010; Oldenhoff, 2015).

En République Démocratique du Congo (RDC), le système de santé a une histoire des évolutions occasionnées par des fragilisations et des réformes jusqu'à l'amener à comprendre trois niveaux – Annexe 1 (Ministère de la santé, 2006a). La politique de santé, basée sur l'implantation d'un hôpital au centre de chaque territoire selon le Plan Van Hoff Duren défini en 1908, est fondée sur les SSP depuis 1982 (Ministère de la santé, 2001). Le niveau central a connu des réformes en nature et en nombre de ses structures (Ministère de la santé, 2016). Le NISS, né et composé des inspections régionales et sous régionales de la santé en 1982, a évolué en divisions et inspections des services médico-sanitaires des provinces et sous-provinces en 2003 (Ministère de la santé, 2006a, Kahindo et al, 2011a). Il a ensuite été réformé en trois structures, avec disparition des structures sous régionales en 2015. Les trois structures sont notamment le ministère provincial, l'inspection provinciale (IPS) et la division provinciale (DPS) de la santé en – Annexe 2 (Ministère de la santé, 2016). Le niveau local, au départ constitué des hôpitaux, des dispensaires et des équipes mobiles de lutte contre les épidémies depuis 1908, il a évolué vers la délimitation du pays d'abord en 306 DS en 1985 et actuellement en 515 DS depuis 2003 (Pangu, 1988, Ministère de la santé, 2006a).

A partir de l'année 1990, le pays a connu des crises socio-politiques, un relâchement de l'Etat, une baisse des financements des bailleurs des fonds et une détérioration des conditions de travail sur le terrain. La fuite conséquente des membres expérimentés des ECD vers d'autres pays de la région, et la libéralisation, la privatisation et le pluralisme des prestataires des soins, ont désorganisé et rendu les DS pluralistes auxquels les ECD n'ont pas été préparées, fragilisant ainsi le leadership et la gouvernance sanitaire particulièrement en ville (Ministère de la santé, 2006a; CoP, 2013; Chenge, 2013). Une stratégie de renforcement du système de santé, avec comme axe principal la redynamisation des DS à travers notamment le renforcement du leadership et de la gouvernance des ECD, a été définie et est en cours de mise en œuvre depuis 2006 (Ministère de la santé, 2006a, 2010a). Un investissement durable, à travers notamment le soutien du NISS, a été jugé nécessaire pour développer des ECD matures en matière de leadership et de gouvernance des DS (Nonaka, 1988; Emberston, 2006; Ministère de la santé, 2006a, 2010a, 2016; Oldenhoff, 2015). La durabilité d'un tel investissement implique que le soutien du NISS soit cohérent et pertinent par rapport au développement de la maturité des ECD (Presqueux, 2008). La pertinence renvoie à une structuration adéquate et bénéfique, alors que la cohérence réfère à l'existence d'un compromis et d'une harmonie entre les composantes d'un système, notamment les interactions NISS-ECD dans le cas de notre étude (Presqueux, 2008, Salgado, 2013). Des barrières logistiques et conceptuelles entravent encore la cohérence et la pertinence du soutien du NISS au développement de la maturité des ECD (Kahindo, 2011a, Tabrizi et al, 2017). A cet effet, la division provinciale de la santé a connu une réforme en quatre métiers, à savoir: 1) le métier 'appui sociotechnique'

aux districts, 2) le métier ‘gestion des ressources’, 3) le métier ‘information sanitaire, communication et recherche’, et 4) le métier ‘inspection-contrôle’ (Kahindo, 2011a,b, 2014a,b). A notre connaissance, l’impact de cette réforme sur la cohérence et pertinence du soutien du NISS aux ECD n’a pas encore été étudié, particulièrement en milieu urbain congolais, à l’instar de la ville de Lubumbashi où les services de santé sont encore mal organisés et le leadership et la gouvernance des DS défaillants (Chenge, 2010, 2013; Kahindo, 2014a, Ministère de la santé, 2018). Nous avons ainsi mené cette étude en vue d’évaluer la cohérence et la pertinence du soutien du NISS à la maturité des ECD pour le pilotage des DS dans la ville de Lubumbashi.

Methodes:-

Type d’étude:

Nous avons mené une étude de cas à méthode mixte (Yin, 2016), de Janvier à Juin 2018, combinant simultanément les données qualitatives et quantitatives. Le « cas » à l’étude est la cohérence et la pertinence du soutien du NISS à la maturité des ECD.

Milieu d’étude:

L’étude a été menée à Lubumbashi, ville chef-lieu de la province du Haut-Katanga dans le Sud-est de la RDC, qui s’étend sur 747 Km² dont 140 Km² urbanisés (Chenge, 2013). Cette ville regorge les structures du NISS de la province: la division provinciale, l’inspection provinciale et le ministère provincial de la santé (Annexe 2). Elle compte actuellement 9 DS, à savoir: Kamalondo, Kampemba, Katuba, Kenya, Kisanga, Lubumbashi, Mumbunda, Ruashi, Tshamilemba.

Unités d’analyse:

Les unités d’analyse ont été principalement les 9 ECD, chacune comptant neuf membres.

Population à l’étude:

Les membres de toutes les neuf ECD de la ville de Lubumbashi ont représenté la population à l’étude, faisant ainsi 9 ECD x 9 membres, soit 81 membres attendus. Deux experts, deux inspecteurs provinciaux, et deux encadreurs provinciaux polyvalents ont aussi participé comme informateurs-clés à la partie qualitative de l’étude.

Cadre d’analyse:

Nous avons utilisé, en l’adaptant à notre étude, le cadre d’analyse du soutien du NISS aux ECD de Kahindo et al. (2014a,b) – **Figure 1**.

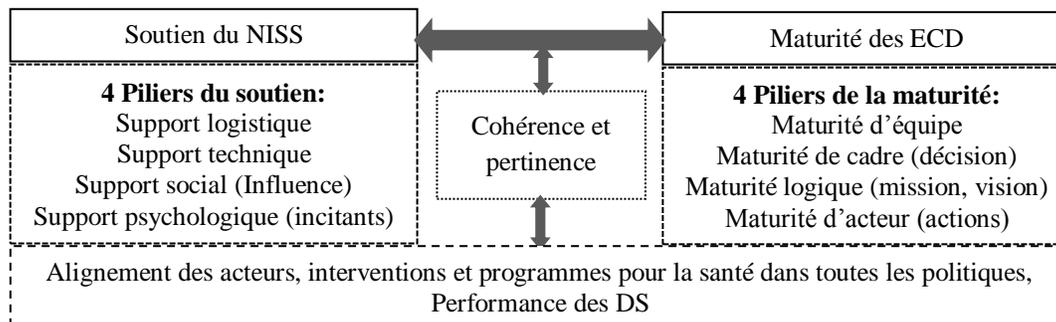


Figure 1:- Cadre d’analyse du soutien du NISS aux ECD (adapté de Kahindo, 2014a,b).

Nous avons sélectionné par choix raisonné un sous-cadre spécifique d’analyse, sur base des modèles spécifiques correspondants qui existent, pour chacun des piliers du soutien du NISS et de la maturité des ECD – Cfr. Encadré 2.

Des modèles structurés en cinq échelons hiérarchisés retenus pour chacun des quatre piliers du soutien du NISS sont notamment: 1) le développement des capacités ou soutien logistique (Potter et al, 2004), 2) l’accompagnement ou de soutien technique (Corchia, 2006), 3) le développement de l’influence ou du soutien social (Frenck et al, 1959), et 4) le modèle de motivation par la satisfaction des besoins ou de soutien psychologique (Maslow, 1954).

Des modèles structurés en cinq échelons hiérarchisés retenus pour chacun des quatre piliers de la maturité des ECD sont aussi notamment: 1) la maturité d’équipe (Devillard, 2005), 2) la maturité de cadre (Journal officiel, 1982), 3) la maturité de logique (Guilane, 2011), et 4) la maturité d’acteur-moteur de changement (Cooke-Davies, 2006).

Encadré 2. Raisons de recours à la notion de maturité organisationnelle (NISS, ECD)

- 1). La notion de maturité organisationnelle permet une analyse qui permet de décrire, de comparer et d'établir les normes en matière de développement d'une organisation comme le soutien du NISS et la maturité des ECD;
- 2). Le soutien du NISS et la maturité des ECD devraient être situationnels et s'édifier de manière progressive suivant un modèle pyramidal à cinq stades ou échelons hiérarchiques;
- 3). L'analyse selon le modèle de la maturité permet de prescrire et de structurer les interactions NISS-ECD, en vue d'un succès durable.

Références : Curtis et al, 1995; Grottke, 2001; Renard, 2003; Has et al, 2012; Gomes et al, 2014; Sterzik et al., 2018 ; Fryt, 2019.

Le tableau 1 présente les échelons hiérarchiques des piliers du soutien du NISS et de ceux de la maturité des ECD.

Tableau 1:- Piliers et échelons du soutien du NISS et de maturité des ECD.

| Niveaux du système de santé | Piliers | Echelons de développement des piliers | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|---|--|---|---|--|
| | | I | II | III | IV | V |
| Soutien du NISS | <i>Soutien Logistique</i> | Etat des lieux | Structures, mission et système | Infrastructures équipements, personnel | Compétences et incitants | Intrants, outils, médicaments |
| | <i>Soutien technique</i> | Guidance, protection | Apprentissage et coaching | Enseignement et formations | Mentorat et modèles | Parrainage et promotion |
| | <i>Soutien social</i> | Coercition et réseautage | Contrats et récompenses | Normes et référentiels | Autorité et légitimité | Expertise et informations |
| | <i>Soutien psychologique</i> | Subsistance | Protection | Cohésion | Considération | Autonomie |
| Maturité des ECD | <i>Equipe</i> | Cohésion et orientation | Conflits, turbulences | Coalescence, unité/groupe | Intégration, Réunions | Délégation esprit d'équipe |
| | <i>Cadres décideurs</i> | Exécution simple | Exécution et rapport | Exécution avec évidence | Analyse, initiatives | Décisions, Responsabilité |
| | <i>Identité et logique</i> | vie et survie | Acquisition, biens/fonds | Preuve du savoir-faire | Résolution des problèmes | Mission et vision |
| | <i>Acteurs-moteurs</i> | Faible information, faible intérêt et faible engagement | Bonne information, faible intérêt, faible engagement | Bonne information, bon intérêt, faible engagement | Information, intérêt et engagement bons | Actions de pilotage pour le changement |

Conduite de l'étude:

La phase qualitative:

Nous avons conduit des entretiens approfondis, individuels et semi structurés auprès de 26 répondants choisis de façon raisonnée (guide d'entretien en Annexe 3) : deux encadreurs provinciaux polyvalents, deux experts - Professeurs en santé publique à l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi, deux inspecteurs provinciaux de santé, deux représentants des partenaires des DS et 18 membres des neuf ECD. Ces entretiens ont

porté sur les interactions entre le NISS et les ECD pour le pilotage des DS. L'observation directe des éléments objectivables évoqués par les répondants lors d'un entretien a été effectuée pour vérification (Guide d'observation, voir Annexe 4). Huit groupes de discussions focalisées, chacun ayant impliqué un membre par ECD, soit neuf membres au total, ont été animés en changeant des membres d'ECD d'un groupe de discussion à un autre. Les groupes de discussion ont respectivement porté sur les quatre piliers du soutien du NISS et les quatre autres de la maturité des ECD (Guide de discussion, voir Annexe 5). La collecte des données qualitatives s'est arrêtée à la saturation des informations (Corbin et al, 2008). Les rapports des entretiens, des observations et des groupes de discussion ont été notés manuellement dans un carnet de terrain au moment de la collecte et retranscrits en verbatim dans l'heure qui suivait la collecte. Toutes les données qualitatives ont été manuellement analysées par contenu en thématiques rattachées aux échelons et à chacun des piliers du soutien du NISS et de la maturité des ECD. Elles ont été validées par les participants à l'étude (Corbin et al, 2008).

La phase quantitative:

A un échantillon de six membres par ECD, soit 6x9 faisant 54 membres (66,6% des 81 membres des neuf ECD), nous avons administré un questionnaire préalablement testé en face-à-face aux 54 répondants. Le questionnaire comptait huit questions correspondant aux huit piliers (Annexe 6). Chaque question avait cinq assertions correspondant chacune à l'un des cinq échelons hiérarchiques de chaque pilier. Pour chaque question, le répondant avait la possibilité de choisir la/les assertions parmi les cinq, selon la situation concrètement vécue au sein de son ECD en 2018. Les 54 questionnaires ont été complètement remplis, et ensuite dépouillés et codifiés selon les ECD. Deux opérateurs indépendants ont saisi, vérifié, validé et analysé les données dans le logiciel Excel 2010. Le pourcentage (%) du nombre des fois qu'une assertion (échelon) a été cochée par tous les membres sur le maximum des 54 choix attendus des 54 membres des neuf ECD a été considéré comme étant le « poids des choix » de l'échelon correspondant dans le pilier considéré, aussi bien concernant le soutien du NISS que la maturité des ECD. Nous avons d'abord analysé la pertinence puis la cohérence des interactions NISS-ECD. L'analyse de la pertinence a consisté à comparer les poids des choix entre les échelons au sein de chacun des piliers. Nous avons jugé une progression ascendante décroissante des 'poids des choix' des échelons comme étant un critère d'harmonie verticale ou de pertinence d'un pilier. Dans ce cas, *l'indice de pertinence* est la proportion des piliers répondant au critère de pertinence sur le total des piliers concernés, soit du soutien du NISS, soit de la maturité des ECD, ou soit du couple NISS-ECD. Pour analyser la cohérence, nous avons appliqué le principe d'analogie isomorphique de l'analyse systémique, qui consiste à établir des correspondances entre les échelons de même niveau hiérarchique, sur base de la similarité morphologique qui existe entre les piliers mis en comparaison (Donnadieu, 2000; Turchany, 2014). Nous d'abord commencer par repérer les échelons-modes, ceux qui ont des 'poids des choix' les plus élevés que les autres, dans chaque pilier. Ainsi, l'indice d'harmonie transversale ou *indice de cohérence* entre les piliers désigne la proportion des piliers remplissant le critère de pertinence et ayant la même position de leurs échelons-modes respectifs, sur le total des piliers considérés, soit du soutien du NISS, soit de la maturité des ECD, ou soit du couple NISS-ECD. Nous avons enfin établi et visualisé une courbe qui passe par les échelons-modes de tous les piliers et l'avons appelée "pont de cohérence" du soutien du NISS à la maturité des ECD.

Aspects éthiques:

Cette étude fait partie intégrante d'une recherche dont le protocole a été approuvé par le Comité d'Éthique Médicale (CEM) de l'Université de Lubumbashi (N°008/CEM/2017). Le Médecin chef de division provinciale de la santé du Haut-Katanga a autorisé la collecte et l'utilisation scientifique des données de cette étude. Un consentement informé et libre (écrit et/ou oral) a été obtenu auprès de chaque participant avant l'entretien ou l'administration du questionnaire. L'anonymat, la confidentialité et la dignité des participants ont été respectés.

Resultats:-

Perception globale des parties prenantes concernant le soutien du NISS aux ECD:

Les perceptions des différentes parties prenantes sur le soutien du NISS aux ECD (équipes-cadres elles-mêmes, cadres de la division et de l'inspection provinciales de la santé, experts en santé publique impliqués, consultants et partenaires) sont divergentes.

Les experts en santé publique interrogés, membres du corps académique de l'école de santé publique de l'université de Lubumbashi, rapportent que le soutien du NISS aux ECD souffre d'une faible capacité d'encadrement et d'un manque de modèle conceptuel:

« ...Les cadres de la division provinciale de la santé (DPS) n'ont pas de modèle clair auquel ils se réfèrent et sur base duquel ils organisent et structurent le soutien qu'ils apportent aux ECD. Ils ne savent même pas exactement ce

qu'ils doivent faire et comment mieux le faire. Chacun d'eux le fait et le sait à sa manière. D'ailleurs, ils ne sont même pas suffisamment préparés à encadrer les ECD ». (NI-EC, EXP 01).

Les inspecteurs provinciaux de la santé interrogés perçoivent que les relations entre le NISS et les ECD sont hiérarchiques. Selon eux, ces relations concernent le contrôle et l'inspection de l'application des directives, des normes et de la politique sanitaire au niveau des DS. Ils ont aussi indiqué les conditions entravant l'efficacité de leur contrôle hiérarchique dans les DS:

*«La DPS a des analystes et des encadreurs qui accompagnent et renforcent les capacités des ECD à travers des supervisions, des formations et des conseils en cas de conflit. Nous, inspecteurs, contrôlons et vérifions la bonne exécution des directives du ministère de la santé dans les DS. Nous suggérons des **sanctions** au médecin inspecteur provincial en cas de constat des manquements. Une ECD peut s'autoévaluer, mais ce sera beaucoup plus subjectif. Nous apportons un regard externe pour améliorer l'objectivité dans l'évaluation des ECD et des DS par rapport aux normes sanitaires nationales. Cependant, les pratiques de corruption, des 'pots de vin', de tribalisme, de partialité et de 'deux poids deux mesures' de nos chefs fragilisent l'effort d'objectivité dans l'évaluation et les sanctions vis-à-vis des ECD »* (NI-EC, INSP-02).

Les Chefs des bureaux et les analystes de la division provinciale de la santé du Haut-Katanga reconnaissent leur rôle d'accompagnement des DS pour l'amélioration de la santé de la population, le rôle des ECD de mettre en application les directives, les normes et les politiques sanitaires nationales, et le manque de modèle du soutien du NISS aux ECD:

« La DPS accompagne les DS pour améliorer la santé de la population. Les ECD mettent en application les directives, les normes et la politique sanitaire du pays. Les cadres du bureau technique provincial leur assurent des formations, un coaching et un encadrement technique et logistique. Ce qui est positif est que les ECD veillent à ce que les prestataires respectent et mettent en application les normes et l'amélioration de la qualité des soins. Les ECD acceptent les formations et améliorent leurs défauts. C'est plutôt nous qui devons améliorer les choses au NISS. Nous pouvons franchement dire que les ECD ne sont presque pas encadrées. Elles évoluent de soi sur le terrain. Nous ne savons pas mieux le faire et n'avons ni modèle ni outils pour cela. L'inspection, les supervisions, le suivi et l'évaluation sont à renforcer en faveur des ECD» (NI-EC, EPP, 03).

L'un des partenaires appuyant les DS nous a fait constater que les encadreurs provinciaux polyvalents (EPP) ne disposaient pas des termes de référence pour le soutien aux ECD et DS:

« Nous sommes allés à la DPS pour savoir si les EPP avaient des termes de référence auxquels ils pouvaient se référer en matière d'accompagnement des ECD. Les EPP n'en ont pas! Chacun va dans le DS et fait ce qui lui passe par la tête. Un document de travail a ainsi été initié et proposé dans ce sens. Mais, la dernière décision pour son test et/ou utilisation revient aux autorités du NISS » (NI-EC, PAR 04).

Les membres des ECD et leur expérience par rapport au soutien du NISS:

Les membres des ECD rapportent globalement que le soutien du NISS est surtout administratif et technique. Ils posent le problème de son manque de modèle conceptuel, de régularité, de structuration et de systématisation. Ils indiquent aussi des facteurs contraignants de ce soutien comme la corruption, les descentes sans pertinence et le trafic d'influence.

« Le soutien du NISS est plutôt administratif et logistique (affectations, mouvement du personnel, fournitures en médicaments, dotation des matériels et mobiliers) et technique (coaching, formations, suivi et évaluation). Notre lien direct, nous ECD, et les cadres provinciaux constitue déjà un aspect positif. Nos besoins sont vite adressés et reçus au NISS. Ce qui reste à améliorer est le fait que les encadreurs provinciaux ne savent même pas ce qu'ils doivent faire. Ils nous compliquent la tâche et embrouillent au lieu de nous aider. Leur encadrement porte plus sur les activités de routine et laissent des grands problèmes d'harmonie des relations ou d'influence impliquant des autorités politiques ou des acteurs privés qui résistent aux directives des SSP dans le DS». (NI-EC, MEC 05).

Perception des membres des ECD sur le soutien du NISS:

Le soutien logistique:

Les membres des ECD rapportent que le soutien logistique du NISS est insuffisant, irrégulier et vient essentiellement des partenaires et des programmes spécifiques. Selon eux, ce soutien souffre du manque d'instructions et de suivi auprès des ECD.

«Le soutien logistique du NISS est insuffisant face aux besoins et à la taille vaste du DS. Il est irrégulier et mal organisé. Il vient surtout des partenaires et des programmes spécialisés de contrôle des maladies. Il comprend essentiellement l'approvisionnement en intrants, médicaments des programmes et vaccins, la dotation des kits informatiques et des mobiliers, la fourniture des outils de gestions (fiches, formulaires et registres) et le financement des réunions d'évaluation, de monitoring et des revues des données des structures sanitaires, tenues par les ECD avec les partenaires. Ces programmes financent aussi la supervision de leurs activités... Les cadres de la division provinciale de la santé (DPS) ne font que nous rassasier des promesses non tenues surtout concernant les infrastructures et les équipements. Il n'assurent pas de suivi d'utilisation des moyens logistiques mis à la disposition des DS, qui sont par conséquent détournés, mal utilisés, ou accaparés par le médecin chef et l'administrateur-gestionnaire au détriment de la population» (NI-EC, FGD 01).

Le soutien technique:

Les membres des ECD rapportent un faible encadrement du NISS, un manque de leur formation en management des SSP et en pilotage des DS, leur instabilité au sein de l'ECD et un besoin de renforcement de leurs compétences techniques:

« Les ECD ne sont pas encadrées par le NISS. L'encadrement technique du NISS est inexistant. Les formations, le monitoring (suivi), les retro-informations et les supervisions du NISS sont rares. L'encadreur provincial polyvalent vient évaluer l'atteinte des objectifs sanitaires, faire le coaching, et prodiguer des conseils face aux conflits. A presque 100%, les membres des ECD ne sont pas formés en management des SSP. Nous n'avons jamais reçu de formation sur le développement et le pilotage des DS. Les formations viennent surtout des activités des programmes spécialisés (paludisme, santé de la reproduction, tuberculose, VIH-SIDA, etc.). Les membres des ECD, notamment les médecins des ECD, sont permutés à tout moment. La division provinciale de la santé (DPS) devrait renforcer l'encadrement technique et la stabilité des ECD » (NI-EC FGD 02).

Le soutien à l'influence sociale:

Les membres des ECD rapportent que le soutien social du NISS aux ECD est faible face à la résistance des structures sanitaires qui sont à majorité privées, un trafic d'influence de ces privés auprès des autorités publiques, un suivi faible des normes et des référentiels des services des soins et une faible transparence des hauts responsables des DS.

«Le soutien social du NISS à l'harmonie des acteurs dans les ECD et avec les acteurs d'autres secteurs des DS est un besoin urgent! Il est faible face aux résistances des structures sanitaires qui sont à près de 100% privées et s'alignent mal aux directives des SSP dans les DS. Ces structures privées sont pour la plupart propres à des personnalités publiques et des cadres sanitaires qui les créent sans consulter l'ECD. La DPS ne nous facilite pas à les aligner aux directives nationales des SSP. Le médecin chef de la DPS sait bien que la qualité des soins est douteuse dans ces structures. Il a promis des mesures qu'il n'a jamais réalisées ni suivies par manque d'un soutien politique. La DPS a proposé la contractualisation de l'ECD avec ces privés pour les fidéliser et les intégrer grâce à des partenariats. Les arrangements sont conclus avec ces privés et profitent malheureusement aux intérêts personnels des médecins chefs et les administrateurs-gestionnaires des DS. Le soutien à l'application des normes des DS, des ECD et des structures est ainsi fragilisé ». (NI-EC FGD 03).

Le soutien psychologique (motivation):

Les membres des ECD rapportent que le soutien du NISS à la motivation aux ECD consiste en des discours en faveur d'un climat apaisé et une harmonie relationnelle dans les ECD. Ils rapportent aussi travail en otages des médecins chefs des DS, ce qui entrave leur détermination, leur autonomie, et leur liberté d'expression et d'opinion au sein des ECD.

«La DPS nous recommande un climat de paix, une cohésion, la démocratie, le dialogue, l'entente, l'esprit d'équipe, la tenue régulière des réunions au sein des ECD. Des conflits persistent cependant dans presque toutes les ECD. La

DPS nous forme et nous informe sur les activités programmées (campagnes). Elle nous soutient dans la planification et l'évaluation des activités et dans le respect des décisions de l'ECD. L'ECD semble télécommandée par la DPS à travers le médecin chef et n'est pas autonome en soi. Les membres se sentent comme des « otages » des intérêts des médecins chefs et des administrateurs-gestionnaires des DS: il n'y a pas de démocratie à réellement parler dans les ECD » (NI-EC FGD 04).

La perception des membres des ECD que le soutien du NISS souffre surtout du manque de modèle conceptuel et d'un faible support logistique, techniques, et motivationnel.

Le tableau 2 présente les poids des choix exprimés par les membres des ECD aux échelons des quatre piliers du soutien du NISS en 2018.

Tableau 2:- Poids des choix exprimés par échelon des piliers de soutien du NISS.

| N° | Piliers du Soutien du NISS | Echelons de développement du pilier | ECD Kamalondo | ECD Kampemba | ECD Katuba | EC Kenya | ECD Kisanga | ECD Lubumbashi | ECD Mumbunda | ECD Ruashi | ECD Tshamilemba | Nombre des choix exprimés par les membres des ECD par échelon | Pourcentage des choix exprimés par les membres des ECD par échelon | Pilier ayant rempli le critère de pertinence (Oui=1 ; Non=0) |
|----|------------------------------------|-------------------------------------|---------------|--------------|------------|----------|-------------|----------------|--------------|------------|-----------------|---|--|--|
| | | I à V | n | n | n | n | n | n | n | n | n | N=54 | % (54) | |
| 1 | Soutien logistique (ressources) | V | 3 | 6 | 3 | 6 | 3 | 4 | 2 | 4 | 5 | 36 | 66,7* | 0 |
| | | IV | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 32 | 59,3 | |
| | | III | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 6 | 11,1 | |
| | | II | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 | 7,4 | |
| | | I | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 5 | 9,3 | |
| 2 | Soutien technique (accompagnement) | V | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 7 | 13 | 0 |
| | | IV | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 5 | 9,3 | |
| | | III | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 9 | 9,7 | |
| | | II | 4 | 1 | 5 | 0 | 4 | 4 | 4 | 0 | 3 | 25 | 46,3* | |
| | | I | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 7 | 13 | |
| 3 | Soutien social (influence) | V | 3 | 0 | 3 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 12 | 22,2 | 0 |
| | | IV | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 6 | 11,1 | |
| | | III | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 2 | 17 | 31,5 | |
| | | II | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 0 | 3 | 5 | 3 | 21 | 38,9* | |
| | | I | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 10 | 18,5 | |
| 4 | Soutien psychologique (motivation) | V | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | 5 | 2 | 0 | 1 | 14 | 25,9 | 0 |
| | | IV | 2 | 3 | 0 | 0 | 2 | 1 | 5 | 3 | 1 | 17 | 31,5 | |
| | | III | 2 | 2 | 6 | 4 | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 | 21 | 38,9* | |
| | | II | 1 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 9,3 | |
| | | I | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | |
| 5 | Indice de pertinence | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0/4 | |
| 6 | Indice de cohérence | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0/4 | |

Note: (*): indique le niveau-mode de chaque dimension.

Le tableau 2 montre la dominance des apports en intrants, outils de gestion et médicaments, des apprentissages et évaluations, des appels aux ententes et contrats, et des appels à la cohésion. Le soutien du NISS souffre d'une faible harmonie **dans et entre** ses piliers.

Perception de la maturité des membres des ECD pour le pilotage des DS:**Maturité d'esprit d'équipe:**

Les membres des ECD rapportent leur faible considération par les médecins chefs des DS, une méfiance, des manipulations, et une non congruence entre le leadership autoritaire des médecins chefs des DS et la satisfaction des besoins psychologiques des membres des ECD, avec comme conséquence des conflits et une faible ouverture de l'ECD aux autres secteurs.

« Les médecins chefs des DS sèment une confusion des rôles entre les membres des ECD. Ils s'accaparent des fonds reçus suite à leur égoïsme exagéré. Ils étouffent par exclusion les tâches des membres qui discutent ou s'opposent à leur mode de gestion. Ils créent ainsi deux camps et une discrimination parmi les membres des ECD: partisans et opposants. Ils prennent la part du lion et détournent des fonds surtout des activités de masse du DS. Ils se prennent pour les seuls interlocuteurs et répondants du ministre, de la DPS et des partenaires du DS. Ils sont des dictateurs et prennent les autres membres de l'ECD pour des 'subordonnés' soumis à leurs ordres: le plus fort domine! Ils apprivoisent et manipulent la DPS via des retro commissions. L'esprit d'équipe et la considération mutuelle sont faibles au sein des ECD. Les primes des membres de l'ECD se payent sans reddition des comptes ni traçabilité. Les conséquences sont une crise de confiance, de cohésion, de collaboration et d'unité, une rareté des réunions et de prise des décisions au sein de l'ECD. Les médecins chefs des DS ont parfois leurs propres données que celles qu'ont les autres membres des ECD. Ces faits peuvent entraîner des conflits internes et une faible ouverture des ECD aux autres secteurs avec faible partage des informations » (NI-EC FGD 05).

Une ECD a cependant montré une collaboration et un esprit de travail en équipe qui fonctionne mieux, associés à un leadership partagé et participatif qui est tenu par le médecin chef envers les membres de l'ECD.

« Dans notre ECD Lubumbashi il y a moins de problèmes concernant l'esprit d'équipe qui est harmonieux. Le médecin chef de DS est conciliant. Il délègue et fait participer les membres de l'ECD à la prise et la mise en œuvre des décisions. L'aspect de partage des primes ne semble pas poser des problèmes au sein de notre ECD. Il y a une cohésion et une collaboration remarquables. Chacun a ses attributions et peut se référer aux collègues dans leurs attributions. Tout marche bien par rapport à l'esprit d'équipe » (NI-EC FGD 05).

Maturité de 'cadre' ou de 'décideur':

Les membres des ECD rapportent une faible expérience, le manque de formation initiale sur le management et le pilotage des DS, et le besoin de mettre en place un système de designation des membres des ECD qui accroît la légitimité et leur qualité.

« Les membres des ECD ont une faible expérience en management et pilotage des DS. Ils n'ont pas suivi de formation les préparant à cela. Les médecins chefs et les autres membres des ECD sont souvent nommés sans remplir aucune condition ni satisfaire à un quelconque test de recrutement. Ils sont souvent des 'protégés' des autorités. Ils dictent leurs décisions. Ils résistent au changement et ne prennent pas d'initiative au niveau du DS. Il y a peu de consultation, de discussion, d'échange et de responsabilisation au sein de nos ECD. Un médecin chef de district qui est peu expérimenté, évite de discuter avec les autres membres de l'ECD et des infirmiers titulaires plus expérimentés que lui. Il va éviter d'organiser régulièrement les réunions. Il va aussi chercher à imposer ses avis sans requérir le consensus avec tous les autres membres de l'ECD. Moi je me demande, pourquoi ne pouvons-nous pas envisager un système d'élection ou un recrutement sur test pour désigner les médecins chefs et les membres des ECD? » (NI-EC FGD 06).

Une ECD a rapporté une certaine capacité de créativité et d'initiative au niveau des DS, par à une conscience et un sens élevé d'organisation et de responsabilité du médecin chef et des membres de l'ECD.

« Dans notre ECD Lubumbashi, les membres sont plus anciens pour la plupart, et ayant auparavant travaillé dans des DS considérés comme « pilotes ». Ils savent ce que doit et fait une ED. Ils prennent des décisions surtout de manière collégiales et s'adaptent aux réalités d'un DS situé au cœur de la ville et comptant environ 120 structures sanitaires presque toutes privées » (NI-EC FGD 06).

Maturité de 'logique':

Les discussions membres des ECD rapportent que la logique des stratégies d'enrichissement, des intérêts et de survie individuels au détriment d'être pleinement au service de la santé de la population pour un intérêt général.

« La situation est déplorable! Les membres des ECD développent des stratégies pour sauvegarder ou tirer ses intérêts personnels, visant d'abord s'enrichir au plus vite et laissant tout le reste au second plan. Les "chefs" détournent des fonds des équipements, et même des médicaments pour leur propre intérêt, en ne laissant que des miettes aux ECD et aux DS. Les moyens sont utilisés sans efficience » (NI-EC FGD 07).

Les membres de deux ECD ont rapporté l'existence d'une bonne dynamique de groupe, d'un leadership partagé, d'un climat de confiance, d'une conscience des tâches, et des initiatives, associés à la redistribution des incitants et la transparence entre les membres des ECD.

« Nous nous réunissons autour du Médecin Chef pour discuter, décider et résoudre les problèmes du DS. Les motos sont utilisées aux fins des services par tout le monde. Chez nous, c'est d'abord les activités du DS. Le reste vient après... Notre souci est d'avoir un travail bien fait. Cela est possible grâce au climat de confiance qui règne au sein de notre ECD: il y a la culture de reddition des comptes et de redistribution équitable de ce que gagnons ensemble. Nous mobilisons les fonds à partir des partenaires, des donateurs et des promoteurs de structures sanitaires du DS. Nous avons acheté un terrain, y avons construit un centre de santé de référence de l'Etat et créé un centre de santé d'excellence ou 'pilote' » (NI-EC FGD 07).

Maturité "d'acteur-moteur":

Les membres des ECD rapportent être des acteurs de développement surtout dans les programmes de contrôle des maladies. Ils sont prudents de prendre des initiatives innovantes en renforcement des DS par crainte de perdre leurs postes.

« Certains membres des ECD craignent de perdre leur intérêts ou leurs postes. Ils n'appliquent pas les leurs attributions et les orientations du développement des DS. La plupart des changements concernent les programmes spécifiques de lutte contre les maladies qui apportent des fonds. C'est par exemple le programme national de lutte contre la tuberculose, le paludisme, l'infection à VIH. Le développement intégré du district manque de financement alors qu'il est le pilier du renforcement du système de santé » (NI-EC FGD 08).

Les membres de l'ECD du DS Lubumbashi ont rapporté des faits exprimant leur créativité et leur sens d'innovation.

« Notre DS se trouve au centre-ville, avec beaucoup des structures sanitaires presque toutes privées et offrant des paquets spécialisés des soins plus que ceux de premier et des deuxième échelon. Nous avons instauré l'approche de centre de santé d'excellence dans les aires de santé, sur base de plusieurs critères combinés (exemple: la promptitude dans le rapportage des données sanitaires). Nous sommes engagés d'aller de l'avant pour notre DS en corrigeant ce qui ne va pas par des solutions innovantes » (NI-EC FGD 08).

La perception de la maturité des membres des ECD est dominée par des conflits, une faible capacité de prise des décisions et d'initiatives collectives, des accaparements ou captures des biens et des fonds, et les discours d'auto-affichage comme "acteurs de développement" des DS.

Le tableau 3 présente les poids des choix exprimés par les membres des ECD aux échelons des quatre piliers de la maturité des ECD en 2018.

Il montre que la maturité des ECD est dominée par des conflits, une attitude d'exécutants-rapporteur, une logique d'enrichissement et une tendance à l'auto déclaration comme 'acteurs' des DS. Cette maturité souffre d'une faible harmonie dans et entre ses piliers.

Tableau 3:- Poids des choix exprimés par échelon des piliers de la maturité des ECD.

| N° | Piliers de la maturité des ECD | Echelons (stades) de développement | ECD Kamalondo | ECD Kampemba | ECD Katuba | ECD Kenya | EC Kisanga | ECD Lubumbashi | ECD Mumbunda | ECD Ruashi | ECD Tshamilemba | Nombre des choix exprimés par les membres des ECD par échelon | Pourcentage des choix exprimés par les membres des ECD par échelon | Pilier ayant rempli le critère de pertinence (OUI=1 ; NON=0) |
|----|--|------------------------------------|---------------|--------------|------------|-----------|------------|----------------|--------------|------------|-----------------|---|--|--|
| | | (I à V) | n | n | n | n | n | n | n | n | n | n=54 | % (54) | |
| 1 | Maturité d'équipe | V | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 5 | 9,3 | 0 |
| | | IV | 3 | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 | 5 | 0 | 0 | 16 | 29,6 | |
| | | III | 1 | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 8 | 14,8 | |
| | | II | 0 | 5 | 5 | 4 | 1 | 0 | 0 | 4 | 5 | 24 | 44,4* | |
| | | I | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 7 | 13 | |
| 2 | Maturité managériale (de cadre) | V | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 5,6 | 0 |
| | | IV | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 | 3 | 3 | 0 | 0 | 11 | 20,4 | |
| | | III | 5 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 15 | 27,8 | |
| | | II | 1 | 4 | 0 | 5 | 2 | 1 | 0 | 3 | 2 | 18 | 33,3* | |
| | | I | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | 3 | 9 | 16,7 | |
| 3 | Maturité logique (identité, mission, et vision) | V | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 | 9,3 | 0 |
| | | IV | 2 | 1 | 1 | 0 | 5 | 1 | 2 | 0 | 0 | 12 | 22,2 | |
| | | III | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 | 15 | 27,8 | |
| | | II | 1 | 6 | 0 | 6 | 2 | 1 | 3 | 4 | 1 | 24 | 44,4* | |
| | | I | 0 | 1 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 | 17 | 31,5 | |
| 4 | Maturité d'acteur-moteur (développeur) | V | 2 | 0 | 6 | 0 | 4 | 5 | 4 | 0 | 0 | 21 | 38,9* | 0 |
| | | IV | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 8 | 14,8 | |
| | | III | 1 | 5 | 0 | 6 | 0 | 1 | 1 | 5 | 1 | 20 | 37,0 | |
| | | II | 0 | 5 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 6 | 5 | 19 | 35,2 | |
| | | I | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | |
| 5 | Indice de pertinence | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0/4 |
| 6 | Indice de cohérence | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0/4 |

Note: (*): indique le niveau-mode de chaque dimension.

Pont entre les échelons-modes des piliers du soutien du NISS à la maturité des ECD:

Les résultats présentés ci-dessus peuvent se résumer sur le plan qualitatif qu'il y a globalement une souffrance dans le soutien du NISS aux ECD.

La souffrance s'exprime quantitativement par l'absence de piliers ayant une progression ascendante bien cohérente (cohérence verticale): des échelons-modes reposent tous sur des bases fragiles faites des échelons à poids faibles des choix exprimés.

Il existe ainsi une faible cohérence globale partant du soutien du NISS à la maturité des ECD. Nous pouvons la présenter à l'aide d'une courbe qui passe par et qui prend en compte en les reliant entre-elles les cases (en noir) des échelons-modes des huit piliers (quatre du soutien du NISS à gauche et quatre de la maturité des ECD à droite). Nous appelons cette courbe: « pont ou poutre de cohérence transversale » du soutien du NISS aux ECD. Nous pouvons la voir dans le tableau 4 (en noir).

Tableau 4:- Pont de cohérence transversale du soutien du NISS aux ECD.

| Niveaux | Poids d'attestation des membres des ECD aux échelons des piliers du soutien du NISS | | | | Poids d'attestation des membres aux échelons des piliers de la maturité des ECD | | | | |
|----------|---|------------|-----------|----------|---|----------|----------|----------|----------|
| | Piliers | Logistique | Technique | Social | Psycho. | Equipe | cadre | logique | acteur |
| Echelons | % (n=54) | % (n=54) | % (n=54) | % (n=54) | % (n=54) | % (n=54) | % (n=54) | % (n=54) | % (n=54) |
| 5 | 66,7% | 13% | 16,7% | 25,9% | 9,3% | 5,6% | 9,3% | 38,9% | |
| 4 | 59,3% | 9,3% | 9,3% | 31,5% | 31,5% | 20,3% | 22,2% | 14,8% | |
| 3 | 11,1% | 16,7% | 35,2% | 38,9% | 14,8% | 27,8% | 27,8% | 37,0% | |
| 2 | 7,4% | 46,3% | 38,9% | 3,7% | 44,4% | 33,3% | 44,4% | 35,2% | |
| 1 | 9,3% | 13% | 18,6% | 0% | 13% | 9,7% | 40,7% | 0% | |

Les interactions entre le soutien du NISS et la maturité des ECD sont moins harmonieuses **dans et entre** tous les piliers. Leur indice global de pertinence est de 0/8 (=0). Leur indice global d'harmonie transversale et de cohérence est ainsi de 0/8 (=0). Les échelons-modes des huit piliers reposent tous sur des échelons inférieurs fragiles, ayant des faibles poids des choix des membres des ECD. Le pont de cohérence entre le soutien du NISS et la maturité des ECD est brisé (signes d'incohérence). Sa première cassure profonde est située entre le soutien logistique et le soutien technique (avec les soutiens social et psychologique), ce qui traduit que le NISS apporte surtout des intrants, des outils de gestion et des médicaments (échelon 5) alors qu'il apporte peu d'accompagnement, d'influence et de motivation aux ECD pour le pilotage des DS. La deuxième cassure profonde est entre la maturité logique (avec la maturité de cadre et d'équipe) et la maturité d'acteur, signifiant que les membres des ECD travaillent moins en équipe, avec moins des décisions consensuelles et de sens d'accomplissement de leur mission, et se déclarent être des acteurs de développement des DS (échelon 5). Ces incohérences entre le soutien du NISS et la maturité des ECD fragilisent le leadership et la gouvernance au niveau des DS.

Discussion:-

Cette étude vient de trouver que les interactions entre le soutien du NISS et la maturité des ECD souffrent d'un manque de modèle conceptuel, des insuffisances dans le soutien logistique, technique, social et psychologique du NISS, et d'une faible maturité de l'esprit d'équipe, des aptitudes de décision, de sens de la mission et d'initiation des actions de développement des DS au niveau des ECD à Lubumbashi. Les indices de pertinence et de cohérence sont tous deux de 0/4 en ce concerne le soutien du NISS, de 0/4 pour ce qui concerne la maturité des ECD et de 0/8 pour le soutien du NISS et la maturité des ECD tous les deux pris ensemble- **Encadré 2**.

Encadré 2. Echelons-modes des piliers du soutien du NISS-de maturité des ECD

Echelons-modes aux piliers du soutien du NISS:

- Logistique: intrants et médicaments (66,7%)
- Technique: apprentissages et coaching (36,3%)
- Social: appels aux contrats et ententes (38,9%)
- Psychologique: appels à la cohésion (38,9%)

Echelons-modes aux piliers de maturité des ECD:

- Equipe: conflits et tensions (44,4%)
- Cadre: exécution-rapports (33,3%)
- Logique: gain des biens et des fonds (44,4%)
- Acteurs: actions de développement (38,9%)

Les échelons-modes se situent à des positions différentes et reposent tous sur des échelons inférieurs à 'poids' faibles au sein des piliers du soutien du NISS et de ceux de maturité des ECD. Ceci traduit un défaut de congruence entre les échelons ou stades des apports du NISS et ceux de la maturité des EDC pour le pilotage des DS (Kahindo, 2011a,b, 2012 ; 2014a,b).

Ces résultats corroborent ceux d'autres études menées notamment en Afrique Subsaharienne (Afrique du sud, Ouganda, RDC, Togo) sur l'encadrement du NISS aux ECD (OMS, 2007, Kahindo, 2011a,b, 2012, 2014a,b).

Un soutien faible et incohérent du NISS:

Le manque de modèle conceptuel du soutien du NISS peut être lié à la carence des recherches sur les cadres intermédiaires dans les systèmes de santé (Bertaux et al, 2006; Kahindo, 2011a,b, 2014a,b; Rousseau, 2012; Buisson-Fenet et al 2015). L'encadrement intermédiaire est une fonction récente et née des mutations des services publics face aux contextes des changements, des réformes et des transformations managériales notamment dans le champ de la santé (Bossert et al 1998, 2002; Crozet et al, 2005; Bertaux et al, 2006; Alis et Fergelot, 2015, Guilmot et al, 2012a,b). Elle se rapproche de celle des managers des équipes et de proximité, et contribue à la performance des ECD (Ramond, 2004; Duséhu, 2017).

Le soutien logistique du NISS est faible à Lubumbashi, corroborant les résultats des études menées notamment en Afrique (OMS, 2007a,b), en Inde (Potter et al, 2004), et en Suisse (Resenterra, 2013; Barrier et al, 2015). Selon ces études, les cadres intermédiaires se plaignent notamment de l'impossibilité de jouer leur rôle d'encadrer sans avoir les ressources nécessaires (Potter, 2002; Bertaux, 2006; Labin et al, 2012; Resenterra et al, 2013).

Le soutien technique du NISS est aussi faible, non structuré ni systématisé. D'autres études ont trouvé les mêmes résultats et insisté sur le rôle de l'encadrement intermédiaire dans la construction, la traduction et la diffusion du sens des dispositions stratégiques en activités et compétences pour les équipes opérationnelles (ici, les ECD) dans les processus de changement (Alis et al, 2012a,b; Fergelot, 2015; Bischoff et al, 2016). D'autres études ont aussi trouvé le déficit et la nécessité de formations et renforcement des ECD en matière de développement des talents en de leadership sanitaire, notamment en Afrique (Conn et al., 1996 ; OMS, 2007a,b; Kokku et al, 2009; IMT-Anvers, 2013; Kwamie et al, 2014; Czabanowska et al, 2014, 2015; Wilder et al, 2014; West et al, 2015; Bonenberger et al, 2015, 2016; Daire et al, 2016 ; Mutale et al, 2017;Gholipour et al, 2018; Kimbali et al, 2019 ; Witter et al, 2019).

Le soutien social du NISS est lui aussi insuffisant pour le développement d'un leadership et d'une gouvernance efficaces, entravant la construction des coalitions autour et au sein des ECD, dans les DS. Ce constat rejoint celui d'autres études (Nonaka, 1988; Agyepong et al, 2017; Aurélie, 2018; Gholipour et al, 2018; Kimbali et al, 2019; Witter et al, 2019).

Le soutien psychologique est lui aussi faible et se réduit aux conseils et aux discours du NISS appelant à la cohésion contre les conflits au sein des ECD. Ce résultat exprime la perception de la motivation comme faible telle que rapportée par les membres des ECD. Ce résultat a aussi été trouvé par d'autres études (Conn et al., 1996; OMS, 2007a,b ; Chokshi et al, 2014 ; Belrhiti et al, 2020a,b).

Une maturité faible des ECD:

La maturité des ECD à piloter les DS étudiés est faible dans ses quatre piliers, ce qui fragilise les capacités de leadership et de gouvernance des DS (OMS, 2007a,b; Gorgën et al, 2004).

La maturité d'esprit d'équipe est faible dans les ECD. D'autres études ont aussi trouvé que le manque de confiance, la peur de confrontation, le manque d'engagement et d'attribution des responsabilités et des rôles, et l'indifférence aux résultats, notés dans cette étude fragilisent la performance d'une ECD (Lencioni, 2002; Belbin, 2010).

La maturité de cadre ou de décideure est aussi faible au sein des ECD, et se caractérise par un faible espace de concertation et de décision, constatée aussi par d'autres études (Bossert et al, 1998, 2002; Cooke-Davies, 2006, Belasen et al, 2017; Gregory et al, 2018).

La maturité de logique est encore faible par rapport au degré du sens d'identité, de mission et de vision qui règne au sein des ECD. Ceci entrave l'instauration, du professionnalisme dans le travail des membres des ECD, comme trouvé par une autre étude (OMS, 2007a,b; Morais et al, 2013; Le Boterf, 2016; Belasen et al, 2017; Linnander et al, 2017).

La maturité d'acteur est elle aussi encore voilée par des discours d'affichage et d'auto-déclarations comme acteurs caractérisant les membres des ECD alors que leurs capacités et occupations managériales sont faibles et moins

efficientes (WHO, 1987; Gershon et al, 2004; OMS, 2007a,b; Ridde et al, 2011; CoP, 2013; Bonenberger et al, 2015,2016; Agyepong et al, 2018; Gregory et al, 2018; Heerdegen et al, 2020).

Interaction entre le soutien du NISS et la maturité des ECD:

L'interaction entre le soutien du NISS à la maturité des ECD est complexe et incohérente, comme le montre le 'pont' d'harmonie transversale, rejoignant les résultats des diverses autres études ayant même soutenu que la fonction d'encadrement intermédiaire devienne un métier ou une profession à part entière à laquelle les cadres devraient être (Barbe, 2002 ; Autissier et al, 2004 ; Shedleur et al, 2008 ; Gagnon et al, 2009 ; Roland, 2010 ; Agnoux et al, 2013 ; Blackburn et al, 2013 ; Czabanowska et al, 2014 ; Bischoff et al, 2016; Aurélie, 2018).

L'encadrement intermédiaire devrait, d'un côté, accomplir des tâches plus opérationnelles et de l'autre, réaliser des tâches plus stratégiques (Blackburn et al, 2013), Ainsi, les cadres du NISS ont à savoir que leur rôle n'est pas seulement 'd'apporter de haut vers le bas' mais aussi à 'd'apprennent de bas vers le haut' des ECD qui assurent la gestion, le leadership et la gouvernance, constituant ainsi un levier capital de la performance des DS (Nonaka, 1988; Bourgeois et al, 2013a,b; Bloom et al, 2014; Kahindo, 2011a,b, 2012, 2014a,b; Bradley et al, 2015; Oldenhoff, 2015 ; Tabrizi et al, 2016, 2018 ; Martineau, 2018).

Implications pour la pratique du soutien du NISS aux ECD:

Le renforcement des interactions de soutien du NISS aux ECD est important et nécessite des entrées ou moyens (inputs), des processus et des résultats à suivre (Agnoux et al, 2013; Bertaux, 2006; Checkland et al, 2011; Fergelot, 2015).

Les entrées comprennent une bon recrutement, une formation adéquate et structurée, des compétences et savoirs spécifiques des cadres du NISS et des ECD, un modèle conceptuel cohérent et pertinent et des guides des activités et des évaluations périodiques du soutien du NISS et de développement de la maturité des ECD, ainsi qu'une professionnalisation en métier des cadres tant du NISS et des ECD (Mostefaoui et al, 2007; Gagnon et al, 2009; Kahindo, 2014a,b; Minciotti et al, 2015; Le Boterf, 2016; DGAFP, 2017). Elles incluent aussi l'adoption et la revalorisation de l'identité et de la posture « intermédiaire » entre le 'haut' et le 'bas', des conditions et des savoirs, ainsi qu'une mise en disposition des ressources (Potter et al, 2004; Presquill et al, 2008 ; Simonet et al, 2008).

Le processus comprennent, entre autres, la définition des attributions, des interactions réciproques, les activités d'encadrement et de pilotage, l'évaluation périodique des progrès dans l'évolution des compétences managériales et dans la gestion des changements, et le développement des talents en leadership et gouvernance au NISS et au niveau des ECD (Nonaka, 1988; Potter et al, 2004; Bonnet et al, 2008; Shedleur et al, 2008; Paul, 2004, 2009; Jacquet, 2010 ; Roland et al, 2010; Oldenhoff, 2015 ; Day, 2017).

L'encadrement intermédiaire est capital dans le contexte des changements et des réformes de renforcement du système de santé, tel en RDC (Bartaux, 2006; Embertson, 2006; Oldenhoff, 2015; Ministère de la santé, 2018). Il est indispensable pour l'innovation et assure cinq rôles (Urquhart et al, 2018): planification, coordination, facilitation, motivation et évaluation. La mise en place d'un encadrement intermédiaire cohérent et pertinent se fait en trois étapes (Danquigny et al, 2007; Blackburn et al, 2013): 1) la définition du périmètre d'activités et des compétences nécessaires (besoins et type d'encadrement nécessaire), 2) le recrutement des encadreurs selon les besoins, et 3) le démarrage de l'encadrement et l'anticipation des changements des responsabilités.

Les résultats du soutien du NISS devrait être défini, entre autres, en termes de ses effets notamment sur le développement de la maturité des ECD et du pilotage des DS. Ainsi, l'établissement de l'évaluation de la situation et la fixation des objectifs devraient être guidées par cette logique. La réforme du NISS à travers sa réorganisation en quatre métiers comme proposée par le ministère de la santé a été plutôt structurelle que fonctionnelle.

Pour rendre le soutien du NISS performant, il est nécessaire d'aligner chacun des quatre métiers à un pilier spécifique de soutien permettrait à cette réforme de favoriser un soutien cohérent et pertinent du NISS aux ECD, pour une durabilité des effets sur la maturité des ECD (Presqueux, 2008; Kahindo, 2014a,b). Ce modèle peut contribuer à une réforme fonctionnelle qui soit utile: c'est le modèle fonctionnel du soutien du NISS à la maturité des ECD que nous proposons à l'Encadré 3 à travers cette étude.

Encadré 3.**Proposition d'un modèle fonctionnel de cohérence et de pertinence du soutien du NISS à la maturité des ECD**

En plus des réformes structurelles du NISS des quatre métiers, un modèle de cohérence fonctionnelle du soutien du NISS devrait spécifiquement aligner chaque métier à un pilier du NISS et à un type de maturité des ECD.

- Le métier *Gestion des ressources* peut s'occuper du *soutien logistique* et développer la *maturité d'équipe* par une allocation adéquate des ressources et un suivi du développement du travail en équipe des ECD.
- Le métier *Appui aux districts* peut s'occuper du *soutien technique* et développer la *maturité de cadre pour la prise de décision et d'initiative* grâce à un accompagnement bien structuré des membres des ECD.
- Le métier *Information sanitaire, communication et recherche* peut s'occuper du *soutien social* et développer la *maturité logique* par le renforcement de l'influence des ECD.
- Le métier *Inspection-contrôle* peut s'occuper du *soutien psychologique* et développer la *maturité d'acteur-moteurs* en veillant sur les incitants et la motivation des ECD.

Sources : Zakus, 2016; Potter et al, 2004 ; Corchia, 2006 ; Frenck et al, 1998; Maslow, 1954; Devillard, 2005; Journal Officiel, 1982 ; Guilane-Nanchez, 2011 ; Dreyfus, 1986-Cooke-Davies, 2006.

Ainsi, les ECD devraient voir se développer leur maturité et leurs talents en matière de leadership et gouvernance sanitaires. Cinq talents traduisent ainsi un soutien du NISS efficace au niveau des ECD (Day et al, 2014) : 1) talent d'encadreur, 2) talent de formaliste - organisateur, 3) talent de connecteur-metteur en réseau, 4) talent de connaisseur-interprète, et 5) talent d'avocat-conseiller.

Mérites et limites de l'étude:

L'étude a porté sur l'interaction du soutien du NISS aux ECD, un objet encore peu étudié dans le système de santé, surtout en milieu urbain de la RDC (Kahindo, 2011a,b; Chenge, 2013). La triangulation des techniques d'échantillonnage, de collecte et d'analyse des données sont un facteur de validité de l'étude. Les limites de l'étude concernent la grille d'analyse, à la procédure d'analyse de cohérence et pertinence, et à l'analyse approfondies des variations constatées. La grille d'analyse et son utilisation sont nouvelles et construites de façon raisonnée. Elle semble un peu 'artificielle' et 'mécanique' et n'a pas tellement pris en compte les dynamiques sociales des acteurs du NISS et des ECD. Elle n'est pas une fin, mais bien un outil d'analyse qui reste perfectible. Le calcul de l'indice 'alpha' de Cronbach, qui consiste à apprécier le degré d'exclusion et de cohérence entre des catégories échelonnées et faisant partie des dimensions différentes d'analyse, n'a pas été appliqué entre les échelons et les piliers du soutien du NISS et ceux de la maturité des ECD. En fin, les variations entre les échelons, les piliers (NISS, ECD) et les situations des ECD de la ville n'ont pas été analysées. Nous n'avons pas non plus comparé la situation du milieu urbain et à celle du milieu rural. L'étude est transférable aux milieux comparables à la ville de Lubumbashi.

Conclusion:-

Le soutien du NISS souffre encore d'une faible cohérence et d'une faible pertinence, qui fragilisent son efficacité dans le développement de la maturité des ECD pour un leadership et une gouvernance adéquats des DS de la ville de Lubumbashi. Les cadres du NISS devraient constamment adapter leur soutien aux besoins des ECD, à travers notamment une acquisition et allocation des moyens nécessaires, une bonne définition et utilisation d'un modèle conceptuel fonctionnel, un recrutement et une préparation adéquats des cadres, et un suivi régulier des moyens, des activités et des résultats des interactions NISS-ECD. Le ministère de la santé peut, à son niveau, repenser l'allocation des ressources, les procédures de recrutement et de préparation des cadres, et les directives de suivi des activités et des résultats du soutien du NISS aux ECD en RDC.

Des recherches futures peuvent analyser les variations entre les échelons, les piliers et les ECD, comparer les situations des DS entre les villes et/ou entre les DS des villes et ceux des milieux ruraux. Elles peuvent aussi viser à améliorer la grille d'analyse et les tests de d'analyse de la cohérence et/ou de la pertinence utilisés dans cette étude.

Abbreviations et sigles:

DPS: Division Provinciale de la santé

DS: District Sanitaire

ECD: équipe-cadre de district
ECDS: Équipe-Cadre de/des District Sanitaire
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
SSP: Soins de Santé Primaires

Conflits d'intérêts:

Aucun.

Financement:

Programme RIPSEC (Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur les Évidences en République Démocratique du Congo).

Contributions:

Auteur, concepteur, investigateur principal et réalisateur de l'étude: Chuy Kalombola Didier.

Revision: Bart Criel, Bruno Marchal, Zakaria Berlhiti, Chenge Mukalenge Faustin.

Financement: Programme de Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur les Evidences en République Démocratique du Congo (Programme RIPSEC).

Encadrement Institutionnel: Ecole de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi, Institut de Médecine Tropical d'Anvers, Division Provinciale de la Santé du Haut-Katanga.

Remerciement:

A Bruno Marchal et Ghislain Mashini Ngongo pour leurs orientations méthodologiques.

Références:-

1. Agnoux E, Bourgade M, Collette T et al, (2013), Connaître et reconnaître l'encadrement intermédiaire dans la Fonction publique territoriale : Intermédiaire mais central.
2. Agyepong et al, (2018), Strategic leadership capacity building for Sub-Saharan African health systems and public health governance: a multi-country assessment of essential competencies and optimal design for a Pan African DrPH, *Health Policy and Planning*, 33, ii35–ii49 doi: 10.1093/heapol/czx162.
3. Angotti, A. (2004). *Aborder facilement la complexité*. Paris: Editions d'organisation.
4. Alis D. et Fergelot V., (2012), Le rôle des cadres intermédiaires dans le processus de changement des collectivités publiques: pour un modèle dynamique de la construction de rôle. *Management international / International Management / Gestión Internacional*, 16 (3), 25–37. <https://doi.org/10.7202/1011414ar>.
5. Aurélie B, (2018), *La notion d'accompagnement*.
6. Autissier D et al, (2004), Comportements et rôles de l'encadrement intermédiaire dans les projets de changement.
7. Barbe L, (2002), *Réflexions sur la fonction de cadre intermédiaire*. COPAS.
8. Barrier J, Pillon JM et Quéré O. (2015), *Les cadres intermédiaires de la fonction publique. Travail administratif et recompositions managériales de l'État*. Presses de Sciences Po « Gouvernement et action publique ». 2015/4 N° 4 | pages 9 à 32. ISSN 2260-0965 ISBN 9782724634051.
9. Belasen A and Belasen AR, (2016), Value in the middle: cultivating middle managers in healthcare organizations, *Journal of Management Development*, Vol. 35 Iss 9 pp. 1149 - 1162 Permanent link to this document: <http://dx.doi.org/10.1108/JMD-12-2015-0173>
10. Belbin MR, (2010), *Team roles at work*. Second edition. Elsevier.
11. Belrhiti Z, Van Damme W, Belalia A. & Marchal B, (2020a), The effect of leadership on public service motivation: A multiple embedded case study in Morocco. *BMJ Open* 10(1).
12. Belrhiti Z, Van Damme W., Belalia A, & Marchal B, (2020b). Unravelling the role of leadership in motivation and performance of health workers in a Moroccan public hospital: a realist evaluation *BMJ Open*, 10(1).
13. Bertaux R, Hirlet P, Prépin O, et Streicher F, (2006), *L'encadrement intermédiaire dans les champs sanitaire et social : un métier en construction*. Paris, Seli Arslan (penser l'action sanitaire et sociale), 2006, 352 p.
14. Bischoff O. et Velasquez S., (2016), Fiche concept : Accompagnement : définitions et postures. 2016-1-FR01-KA202-023941.
15. Blackburn B et Bonaventure S., (2013), *L'actualisation du rôle du cadre intermédiaire*. ISBN : 978-2-89636-183-0 (PDF). Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux.
16. Bloom N, Sadun R and Reenen JV., (2014), *Does Management Matter in Healthcare?* Centre for Economic Performance, NBER and Stanford, Harvard, and LES.

17. Bonenberger M, Aikins M, Akweongo P, Bosch-Capblanch X, Wyss K, (2015), What Do District Health Managers in Ghana Use Their Working Time for ? A Case Study of Three Districts. PLoS ONE 10(6):e0130633.doi:10.1371/journal.pone.0130633.
18. Bonenberger M, Aikins M, Akweongo P, Wyss K, (2016), Factors influencing the work efficiency of district health managers in low-resource settings: a qualitative study in Ghana. BMC Health Services Research (2016) 16:12 DOI 10.1186/s12913-016-1271-3.
19. Bonnet R et Bonnet J, (2008), Postures managériales et évolution des compétences d'encadrement et de direction, Communication et organisation [En ligne], 33 | 2008, mis en ligne le 01 juin 2011, consulté le 01 mai 2019. URL:<http://journals.openedition.org/communicationorganisation/498>;DOI: 10.4000/communicationorganisation.498.
20. Bossert T.,(1998),Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. Soc Sci Med; 47(10):1513-27.
21. Bossert TJ, Beauvais JC., (2002), Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and Philippines: a comparative analysis of decision space. Health Policy Plan 2002 ; 17 : 14-31
22. Bourgeois, I., and Cousins, J.B. (2013a). Understanding dimensions of organizational evaluation capacity. American Journal of Evaluation, 34 (3), 299- 319.
23. Bourgeois, I., Toews, E., Whynot, J., and Lamarche, M. K., (2013b). Measuring organizational evaluation capacity in the Canadian federal government. Canadian Journal of Program Evaluation, 28 (2), 1- 19.
24. Bradley EH, Taylor LA, Cuellar CJ., (2015), Management matters: a leverage point for health systems strengthening in global health. Int J Health Policy Manag.; 4(7):411–415. doi:10.15171/ijhpm.2015.101.
25. Buisson-Fenet H et Dutercq Y, (2015), Les cadres de l'encadrement : la gouvernance intermédiaire des systèmes éducatifs en question.
26. Checkland K, Snow S, McDermott I, et al, (2011). Management practice in primary care organisations: the roles and behaviours of middle managers and GPs. Final report. NIHR Service delivery and organisation programm.
27. Chenge MF et al. (2010). La carte sanitaire de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo Partie I : problématique de la couverture sanitaire en milieu urbain congolais. Global Health Promotion, (1757–9757; Vol 17(3): 63–74; 375173.). <https://doi.org/10.1177/1757975910375173>.
28. 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.
29. Chokshi H, Mishra R, Sethi H, and Jorgensen A, (2014), Health Systems Strengthening and Effective Management for Jharkhand Family Planning. Manual for District and Block Managers. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.
30. Conn C, Jenkins p, Touray SO, (1996), Strengthening health management: experience of district teams in The Gambia. Health Policy and Planning; 11(1): 64-71.
31. Cooke-Davies T, (2006), Measuring Organizational Maturity. Milan.
32. CoP, Communauté de Pratique Prestation des services de santé, (2013), Rapport de la Conférence Régionale « Les districts sanitaires en Afrique: Progrès et perspectives 25 ans après la déclaration d'Harare », Renouveler la stratégie du district sanitaire pour faire avancer la Couverture Sanitaire Universelle en Afrique. Dakar, Sénégal.
33. Corbin, J., & Strauss, A. (2008). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory (3rd ed.). Los Angeles, CA: Sage Publications.
34. Corchia O., (2006), Les différents rôles du coach. Regnum Coaching. CQPNL
35. Crozet P et Desmarais C., (2005), L'encadrement des organisations publiques face à la modernisation managériale : concilier l'inconciliable ? Institut d'Administration des Entreprises, CRIISEA, Amiens.
36. Curtis B, Helley WE, and Miller S., (1995), Overview of the People Capability Maturity Model, Maturity Model CMU/SEI-95-MM-01.
37. Czabanowska K, Rethmeier KA, Lueddeke G, (2014), Public health in the 21st century: working differently means leading and learning differently. European Journal of Public Health, Vol. 24, No. 6, 1047–1052
38. Czabanowska K, Smith T, Karen D. K. et al, (2015), In search for a public health leadership competency framework to support leadership curriculum—a consensus study. European Journal of Public Health, Vol. 24, No. 5, 850–856.
39. Daire J, Gilson L and Cleary S., (2016), Developing leadership and management competencies in low and middle-income country health systems: a review of the literature. Working Paper 4. RESYST. Health Economics Unit, University of Cape Town. South Africa.
40. Danquigny F, Belin C, Bertin J, Levi-Alvarès R, et al, (2007), Mettre en place un encadrement intermédiaire. Boîte à outils GRH en PME – Dossier n°4

41. Day M, Shickle D, Smith K, Zakariasen K et al, (2017), Training public health superheroes: five talents for public health leadership. *Journal of Public Health* | Vol. 36, No. 4, pp. 552–561 | doi:10.1093/pubmed/fdu004.
42. Devillard O, (2005), *Dynamique d'équipe*, Editions d'organisations, Paris, 3^{ème} Edition.
43. DGAFP, (2017), *Guide de l'encadrante et de l'encadrant dans la fonction publique*. Edition 2017. Paris.
44. Diana ML, Yeager VA and Hotchkiss DR? (2017), Health systems strengthening: A literature review. MEASURE.
45. Dianne B, Love M, et Ayadi F.,(2015), Redefining the Core Competencies of Future Healthcare Executives under Healthcare Reform, *Administrative Issues Journal: Connecting Education, Practice, and Research* (Winter 2015), Vol. 5, No. 2: 3-16, DOI: 10.5929.2015.5.2.1. doi:10.1136/bmjopen-2017-020603.
46. Donnadiou, G. & Karsky, M. (2002). *La systémique, penser et agir dans la complexité*. Paris : Editions de liaisons.
47. Duséhu B, (2017), *Le manager de proximité: le management opérationnel au Coeur de la performance des entreprises*. 4^{ème} édition. Gereso.
48. Embertson MK, (2006), The importance of middle managers in healthcare organizations. *Journal of healthcare management*. 51 : 4. Oregon.
49. Fergelot V, (2015), Le rôle des cadres intermédiaires dans la capacité de changement des organisations publiques: étude d'un cas de mutualisation des services au sein du bloc communal. *Gestion et management*. NNT: 2015REN1G021.
50. Fetene N, Canavan ME, MegenttaA, Linnander E, Tan AX, Nadew K, et al. (2019), District-level health management and health system performance. *PLoS ONE* 14(2): e0210624. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210624>
51. French, J.R.P., & Raven, B. (1959), 'The bases of social power,' in D. Cartwright (ed.) *Studies in Social Power*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
52. Fryt M, (2019), Process Maturity Models – Applicability and Usability Review, *WSN* 129 (2019) 51-71.
53. Gagnon, Serge et Michel Desjardins, (2009), Les conditions d'exercice des cadres intermédiaires du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, cadre de référence préparé pour le ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec, CRISO, 35 p
54. Meyer CB. and Stenaker IG, (2006), Developing capacity for change. *Journal of Change Management*, 6 (2), p. 217-231.
55. Gershon RRM, Stone PW, Bakken S, Larson E, (2004), Measurement of Organizational Culture and Climate in Healthcare, *JONA* • Vol. 34, No. 1.
56. Gholipour K, Tabrizi JS, Farahbakhsh M, et al.,(2018), Evaluation of the district health management fellowship training programme: a case study in Iran. *BMJ Open*;8:e020603.
57. Gomes J et al, (2014), Organizational Maturity and Projects Performance: the Mediation of Benefits Management.
58. Gorgën H, Kirsch-Woik T., Schmidt-Ehry B., (2004), *Le système de santé de district: Expériences et perspectives en Afrique*. Manuel à l'intention des professionnels de la santé Publique. Wiesbaden, 2^{ème} édition.
59. Gregory P. et al, (2018), *Federalism and Decentralisation in Health Care: A Decision Space Approach*. Toronto: University of Toronto Press, 2018, 272 pp.
60. Grottke M et al, (2001), Software Process Maturity Model Study. IST-1999-55017 SWProcessMaturityModelStudy.pdf.
61. Guilane-Nachez E., (2011), Vous n'aimez pas ce que vous vivez ! Alors, changez-le. Reprogrammez-vous avec le subliminal visuel. Éditions Neo Cortex – 7 place d'Austerlitz. Strasbourg.
62. Guilmot N. et Vas A, (2012a), Les cadres intermédiaires au cœur du processus de création et de diffusion de sens en contexte de changement organisationnel. UCL.
63. Guilmot N. et Vas A, (2012b), les cadres intermediaires au cœur du processus de sensemaking en contexte de changement organisationnel. UCL.
64. Hass KB et al., (2007), Organizational Maturity Assessment An OMM-Based Appraisal of Project Management Practices.
65. Heerdegen ACS, Aikins M, Amon S, Agyemang S, Wyss K, (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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227974>.
66. Hersey P. et Blanchard KH, (1988), *Management of organizational behavior : understanding human resource*. 5^{ème} ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

66. Institut de Médecine Tropical d'Anvers - IMT, (2013), Programme de Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en République Démocratique du Congo – « RIPSEC ». Partie B. Formulaire complet de demande.
67. Jacquet S., (2010), Vous avez dit accompagner?
68. Journal Officiel (JO), (1982),. Ordonnance no 82-027 du 19 mars 1982 fixant l'organisation et le cadre organique des départements du conseil exécutif et du commissariat général au Plan.
69. Kahindo JBM et al, (2014a), Réforme des structures intermédiaires de santé en République démocratique du Congo. Afrique, santé publique & développement. Santé publique volume 26 / N° 6.
70. Kahindo JBM et al, (2014b), Rôles exercés par le Niveau intermédiaire du système sanitaire en République démocratique du Congo: représentations des acteurs. Afrique, santé publique & développement. Santé publique volume 26 / N° 5.
71. Kahindo JBM. Et al, (2011a), Structures intermédiaires de santé: concepts et conditions d'émergence en République Démocratique du Congo.
72. Kahindo JBM. Et al. (2011b), Gouvernance et soutien provincial au district sanitaire en RD Congo. Médecine Tropicale • 71 • 2.
73. Kahindo JBM. et al., (2012), Soutien du niveau intermédiaire au district sanitaire urbain à Kinshasa (1995-2005), RD Congo. Santé Publique, HS Vol. 24, p. 9-22.
74. Kimball AM, MD, Harper D, Creamer K and al.(2019), Strengthening Public Health Leadership in Africa: An Innovative Fellowship Program. Academic Medicine, Vol. 94, No. 8 / August 2019:1146.
75. Kokku SB, (2009), Capacity building programs for DHMTs: A case study of Simanjiro district, Tanzania.
76. Kwamie et al. , 2014, Advancing the application of systems thinking in Health : realistic evaluation of the Leadership Development Programm for district manager decision-making in Ghana. Health Research Policy and Systems 2014, 12:29 <http://www.health-policy-systems.com/content/12/1/29>
77. Labin, S., Duffy, J. L., Meyers, D. C., Wandersman, A., & Lesesne, C. A. (2012). A research synthesis of the evaluation capacity building literature. American Journal of Evaluation, 33, 307-338.
78. Le Boterf G, (2016), Professionnaliser Construire des parcours personnalisés de professionnalisation. Collections Ressources Humaines, Eyrolles. Editions d'organisations.
79. Lencioni PM, (2002, Optimisez votre équipe. Les cinq dysfonctions d'une équipe. Fable pour les dirigeants, Québec, Editions Marquis, 238 p.
80. Linnander EL, Mantopoulos JM, Allen N, Nembhard IM, Bradley EH, (2017), Professionalizing healthcare management: a descriptive case study. Int J Health Policy Manag. 2017;6(10):555–560. doi:10.15171/ijhpm.2017.40.
81. Martineau T, Raven J, Aikins M, 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; doi:10.1136/bmjgh-2017-000619.
82. Maslow, A. (1954), « A theory of human motivation », The Psychological Review, vol.50, n°4, p.370-396.
83. Minciotti F, Michel V, Jean-Marc Sylvestre JM et al, (2015), Revaloriser l'encadrement intermédiaire par la gestion des compétences: un levier de création de valeur.
84. Ministère de la santé – RDC, (2006a), Stratégie de renforcement du système de santé, 1ère Edition, Kinshasa.
85. Ministère de la santé – RDC, (2006b), Normes d'organisation et de fonctionnement des districts sanitaires. 1ère Edition. Kinshasa.
86. Ministère de la santé – RDC, (2010a), Stratégie de renforcement du système de santé, 2ème Edition, Kinshasa.
87. Ministère de la santé – RDC, (2010b), Référentiel de compétences intégré de l'équipe cadre de la zone de santé pour les situations professionnelles relatives au management de la zone de santé en RDC, Un cadre de référence pour la formation et l'action, Kinshasa.
88. Ministère de la santé – RDC, (2012), Normes d'organisation et de fonctionnement des structures sanitaires de la zone de santé. 2ème édition, Kinshasa.
89. Ministère de la santé – RDC, (2016), Plan national de développement sanitaire 2016-2020. Kinshasa.
90. Ministère de la santé – RDC, (2018), Plan national de développement sanitaire 2019-2022. Kinshasa.
91. Morais LF and Graça LM, (2013), A glance at the competing values framework of Quinn and the Miles & Snow strategic models: case study in health organizations. rev port saúde pública.2013;31(2):129–144.
92. Mostefaoui R, (2007), Les compétences managériales, principale condition de succès de changement. Revue internationale sur le travail et la société. Volume 5, Numéro 1, ISSN 1705-66#6.
93. Mutale W, Vardoy-Mutale A-T, Kachemba A, Mukendi R, Clarke K, Mulenga D (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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174536>.
94. Nonaka I, (1988) Toward middle-up-down management : accelerating information creation, Sloan Management Review, Vol. 29-3, p. 9-18.
 95. Oldenhof L, (2015), The Multiple Middle: Managing in Healthcare.
 96. OMS, (2007a), 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.
 97. OMS, (2007b), Renforcement des capacités de gestion sanitaire dans les pays à faible revenu: Que savons-nous ?
 98. OMS, (2008), Soins de santé primaires: maintenant plus que jamais. Genève.
 99. OMS, (2009), Pour une approche systémique de renforcement des systèmes de santé. Genève.
 100. Paul M., (2004a), L'encadrement intermédiaire: une posture professionnelle spécifique ? L'Harmattan. Collection savoir et formation. EAN: 9782747574945.
 101. Paul M., (2004b), Le concept d'accompagnement. Note de synthèse effectuée à partir de l'intervention de Maela Paul.
 102. Paul M., (2009), Autour du mot accompagnement. Recherche et formation • N° 62 - 2009
 103. Perrot J., (2005), La décentralisation administrative et la contractualisation. In : Perrot J, de Roodenbeke E, éditeurs. La contractualisation dans les systèmes de santé. Paris : Karthala ; pp. 211-230.
 104. Pesqueux Y., (2008), De la Corporate Governance à la gouvernance organisationnelle. Colloque international "Fiscalité, droit, gestion. Hammamet, Tunisie. hal-00480092.
 105. Potter and Brough, (2004), Systemic capacity building: a hierarchy of needs. Health policy and planning; 19(5): 336–345. doi: 10.1093/heapol/czh038.
 106. Preskill, H., & Boyle, S. (2008). A multidisciplinary model of evaluation capacity building. American Journal of Evaluation, 29 (4), 443- 459.
 107. Ramond P, (2004), Le management opérationnel, direction et animation des équipes. 3ème édition. Maxima.
 108. Renard L et St-Amant G, (2003), Capacité, capacité organisationnelle et capacité dynamique: une proposition de définitions. Management et systèmes d'information, Département de Management et Technologie, Montréal, CP. 6192. QC, H3C 4R2.
 109. Resenterra F. et al., (2013), Les cadres intermédiaires entre contraintes managériales et défense des identités professionnelles : l'exemple des hôpitaux de Suisse romande, Humanisme et Entreprise, 2013/5 n° 315, p. 1-24.
 110. Ridde V. (2011). Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso. Cahiers d'Etudes Africaines, 51(1), 115–143.
 111. Roland F, (2010), Gérer les talents et les compétences: fondements de la gestion des talents et des compétences, Montréal, Éditions Nouvelles, tome 1, 280 p.
 112. Rousseau C, 2012, Cadres intermédiaires en contexte de changements multiples: appropriation, préoccupations et interventions efficaces en développement organisationnel. Bibliothèque et Archives Canada.
 113. Salgado M, (2013), La performance: une dimension fondamentale pour l'évaluation des entreprises et des organisations. <hal-00842219>
 114. Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K., (2007), Decentralization in health care: strategies and outcomes. Londres: McGraw Hill - Open university press; 326 p.
 115. Shedleur, Catherine (2008). Validation d'un instrument de mesure des rôles et responsabilités des superviseurs, HEC Montréal, 228 p.
 116. Simonet J, (2008), Le développement des compétences managériales : Professionnaliser les managers. Les Cahiers Bernard Brunhes. N°19.
 117. Sterzik HS et al, (2018), A Capability Maturity Model for Life Cycle Management at the Industry Sector Level. Sustainability, 10, 2496.
 118. Tabrizi JS, Gholipour K, Farahbakhsh K, Hasanzadeh A, et al. (2017), Managerial barriers and challenges in Iran public health system: East Azerbaijan health managers' perspective. JPMA 67: 409.
 119. Tabrizi JS, Gholipour K, Iezadi S, Farahbakhsh M and Ghiasi A, (2018), A framework to assess management performance in district health systems: a qualitative and quantitative case study in Iran; Cad. Saúde Pública; 34(4):e00071717
 120. Tabrizi SJ, Gholipour K, Bakhsh MF, Jahanbin H, Karamuz M, (2016), Developing management capacity building package to district health manager in north west of Iran :A sequential mixed method study. JPMA 66:1385.
 121. 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. Organisation Mondiale de la Santé. Genève.

122. Turchany G, (2014), Théorie des systèmes et systémiques.
123. Tumusiime P, Kwamie A, Akogun OB, et al., (2019), Towards universal health coverage: reforming the neglected district health system in Africa. *BMJ Global Health*. 4:e001498. doi:10.1136/bmjgh-2019-001498
124. Turnel G, (2014), Évolution de la capacité organisationnelle à changer : le développement d'un modèle de maturité, Montréal.
125. Urquhart R, Kendell C, Folkes A, et al., (2018), Making It Happen: Middle Managers' roles in innovation Implementation in healthcare. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1–10.
126. Vaughan JP., (1991), Leçons de l'expérience. In : Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I, éditeurs. *Décentralisation des systèmes de santé. Concepts, problèmes et expériences de quelques pays*. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 1991. pp. 157-174.
127. West, M., Armit, K., Loewenthal, L., Eckert, R., West, T. and Lee, A. (2015) *Leadership and Leadership Development in Healthcare: The Evidence Base*. London, Faculty of Medical Leadership and Management.
128. WHO. (1987). Report of the International Meeting on Strengthening District Health Systems Based on Primary Health care. Harare. Zimbabwe. WHO/SHS/DHS/87, 13 Rev.
129. Wilder RS, Guthmiller JM, (2014), Empowerment Through Mentorship and Leadership, *The Journal of Evidence-Based Dental Practice*, doi: 10.1016/j.jebdp.2014.04.006.
130. Witter S, Palmer N, Balabanova D, Mounier-Jack S, Martineau T, Klicpera A et al, (2019), Health system strengthening—Reflections on its meaning, assessment, and our state of knowledge. *Int J Health Plann Mgmt*. 2019; 1–10.
131. Witter S., Palmer N., Balabanova D., et al, (2019), Health system strengthening—Reflections on its meaning, assessment, and our state of knowledge. *Int J Health Plann Mgmt*. 2019;1–10.
132. Yin RK, (2011), *Qualitative Research : from start to finish*. The Guilford Press. New York London.
133. Zakus D and Bhattacharyya O, (2014), *Health Systems, Management, and Organization in Low- and Middle Income Countries*.

Annexes:

ANNEXE 1:- Evolution du système de santé et du soutien du niveau intermédiaire en RDC

| Elément | Période | | | | | | |
|------------------------------------|----------------------|----------------------|---|--|--|---|--|
| | 1908-1954 | 1954-1960 | 1960-1973 | 1973-1982 | 1982-1985 | 1985-1997 | 1997- ce jour |
| Contexte national | Colonial | Préindépendance | Indépendance Départ des cadres belges, Troubles politiques | Postindépendance Monopole de l'État Légère stabilité | Monopole de l'état, Légère stabilité politique | Crise et libéralisation économique et troubles politiques | Crise et libéralisation économique transitions politiques |
| Politique sanitaire du pays | Plan Van Hooft Duren | Plan Van Hooft Duren | Plan Van Hooft Duren | Plan Van Hooft Duren | Adhésion a la politique des SSP en 1984, Santé pour tous en 2000 | Déclaration de la politique des SSP, 2001 | Politique des SSP et renforcement du système. |
| Système de santé | Centralisé | Centralisé | Centralisé | Centralisé | Décentralisé | Décentralisé | Décentralisé |
| Niveau Central | ? | ? | Ministère, Secrétariat général, directions | Conseil National de la Santé | Ministère, secrétariat général, directions | Ministère, secrétariat général, directions | Ministère, secrétariat général, directions, et Inspection générale (en 2019) |
| Niveau Intermé- | - | - | - | - | Inspection régionale | Inspection régionale et | Division, inspection, |

| diaire | | | | | et sous – régionale | sous – régionale | Ministère provinciaux |
|----------------------------------|---|--|--|---|---|---|--|
| Annexe 1 (suite) | | | | | | | |
| Niveau opérationnel | Un hôpital au centre d'un territoire, Dispensaires, Equipes-mobiles contre endémies | Trois piliers : Services médicaux du gouvernement (1), des sociétés (2), et philanthropiques (3) | Trois piliers des services médicaux Départ des cadres et soignants coloniaux | Expériences de médecine communautaire à Bwamanda, Kasongo, Kisantu et Vanga | Délimitation de 306 DS (en 1985) Focus sur le Médecin chef de DS | Délimitation de 515 DS (2003), Focus sur les Médecins Chefs des DS | Existence de 515 DS Mise en place des ECD (2006) |
| Nature du soutien du NISS | Intervention des équipes mobiles | Intervention des équipes mobiles | Intervention des équipes mobiles | Participation des Eglises, des ONG, et des équipes mobiles | Inspection du niveau local | Inspection du niveau local | Appui et inspection, administrati, logistiques, techniques |

ANNEXE 2: Organisation des niveaux intermédiaire et local du système de santé à Lubumbashi
(Source: Ministère de la santé, 2018)

| Niveaux | Structures | Statut | Nombre | Composition | Rôle |
|---|---|---------------------------------|--------|--|--|
| Niveau intermédiaire du système de santé | Ministère Provincial de la santé | Structure décentralisée | 1 | Ministre et son cabinet | Organisation et gestion des SSP |
| | Inspection Provinciale de la santé (IPS) | Structure déconcentrée | 1 | Médecin Inspecteur et les Inspecteurs | Contrôle et inspection des établissements pharmaceutiques, des soins et d'enseignement des sciences de la santé |
| | Division Provinciale de la santé (DPS) | Structure décentralisée | 1 | Médecin Chef de division ; Chefs des bureaux ; Analystes ; Encadreurs provinciaux polyvalents (EPP) | Encadrement technique, suivi et traduction des directives, des instructions, des stratégies et des politiques édictées par le niveau central pour leur mise en œuvre dans les DS |
| | Prestataires des soins de du niveau tertiaire | Structures des soins tertiaires | 3 | Centrale d'achat des médicaments (CAMELU), Hôpital général provincial de référence Sendwe Laboratoire Provincial | Prestations des soins du niveau tertiaire |

Annexe 2 (suite).

| | | | | | |
|-----------------------------------|----|---------------------------|---|------------------------|-----------------------|
| Niveau local du système de | DS | Structures décentralisées | 9 | ECD, FOSA, Population. | Mise en œuvre des SSP |
|-----------------------------------|----|---------------------------|---|------------------------|-----------------------|

| | | | | | |
|-------|--------------------|---|---------------------|--|--|
| santé | ECD | Structures locales de gestion, leadership et gouvernance des DS | 9 | 9 membres (Médecins Chef et Directeur, Infirmiers superviseurs, Pharmaciens, Administratifs) | Pilotage du développement des DS en système de santé intégré et de l'organisation des soins de qualité |
| | FOSA | Structures opérationnelles des SSP | Environ 800 | FOSA à 99% privées et < 1% étatiques | |
| | Population urbaine | | 2 500 000 habitants | Citadins | Bénéficiaires |

ANNEXE 3: Guide d'entretien individuel sur le soutien du NISS aux ECD**L'entretien individuel a eu lieu avec les cadres des DS et du NISS, les experts et les représentant des partenaires sur la question de savoir:**

1. Sur base de votre expérience au cours de cette année 2018, comment pouvez-vous décrire la manière dont se présentent les interactions entre les NISS et les membres des ECD dans la ville de Lubumbashi?
2. Qui sont les principaux acteurs impliqués dans les interactions entre les NISS et les membres des ECD dans la ville de Lubumbashi?
3. Quelle appréciation (avis, considération, opinion, point de vue) avez-vous concernant la nature et les composantes des interactions existant entre les NISS et les membres des ECD dans la ville de Lubumbashi?
4. Quels sont les problèmes que vous identifiez en ce qui concerne les interactions existant entre les NISS et les membres des ECD dans la ville de Lubumbashi?
5. Quelles mesures d'amélioration des interactions de soutien du NISS et aux ECD que pouvez-vous pour contribuer au renforcement du pilotage des DS à Lubumbashi?

ANNEXE 4: Guide D'observation Sur Le Soutien Du Niss Aux Ecd

Pour chaque élément à support objectivable et évoqué par le participant au cours de l'entretien individuel avec les cadres des DS et du NISS, les experts et les représentant des partenaires, une observation directe et libre devra être effectuée pour vérifier en vue de confirmer pour raison d'une triangulation.

ANNEXE 5: Guide Des Groupes De Discussion Sur Le Soutien Du Niss Aux Ecd

Huit groupes de discussion de neuf participants chacun ont été animés respectivement sur huit thèmes relatifs aux interactions de soutien du NISS au développement de la maturité des ECD à Lubumbashi.

Thèmes du soutien du NISS:

1. Soutien logistique (administration, ressources)
2. Soutien technique (accompagnement, formation)
3. Soutien social (influence, leadership, pouvoir)
4. Soutien psychologique (incitants, motivation)

Thèmes de la maturité des ECD:

1. Maturité d'équipe (cohésion, concertations, esprit d'équipe)
2. Maturité de Cadre (capacité d'analyse, de décision et d'initiative)
3. Maturité logique (sens d'identité, de mission, de projet et/ou vision)
4. Maturité d'acteurs-moteurs (Capacité d'action de développement du DS)

Chaque session de groupe de discussion a réuni 9 personnes venues respectivement des 9 DS de la ville de Lubumbashi.

La discussion s'est effectuée autour des informations suivantes:

1. Sur base de votre expérience au premier semestre 2018, comment pouvez-vous décrire (thème) tel que vous l'avez vécu dans vos ECD ?
2. Qui sont les principaux acteurs impliqués dans le développement de (thème) tel que vous l'avez vécu dans vos ECD ?
3. Comment le développement de (thème) a-t-il évolué dans vos ECD ?

4. Quelles sont les forces et les faiblesses que le (thème) a connu pour son développement dans vos ECD ?
5. Quelles sont les opportunités et les menaces que le (thème) a connu pour son développement dans vos ECD ?
6. Quelle appréciation (avis, considération, opinion, point de vue) avez-vous en matière de (thème) par rapport au pilotage de vos DS ?
7. Quelles sont les mesures d'amélioration que vous proposez concernant les problèmes de (thème) pour renforcer les interactions de soutien du NISS et aux ECD et contribuer au renforcement des DS ?

ANNEXE 6: QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE SUR LE SOUTIEN DU NISS AUX ECD

Date :**Heure** :**Lieu**:**Code**:**DS**:**Durée**: ...

Demande de consentement éclairé: Ce questionnaire comprend 10 questions (1 à 10) ayant des sous-questions. Il vise recueillir votre perception concernant « **les interactions entre votre équipe-cadre (EC) a eu avec le niveau intermédiaire du système de santé, représenté par la division provinciale de la santé (DPS), au cours de l'année 2018** ». Il va durer 45 Minutes. Votre participation est anonyme, confidentielle et libre. Les données recueillies seront confidentiellement conservées, et ne seront utilisées que pour raison de recherche. Vous êtes libre de renoncer à participer à ce questionnaire à n'importe quel moment, et cela n'entraînera aucune conséquence. Paraphedu participant pour son consentement éclairé à participer à l'étude (ici):
.....

Question 1: En quoi a consisté le soutien logistique qui a été le plus utilisé et apporté par la DPS à votre EC pour développer votre ZS en 2018? (Cochez la vignette correspondante).

1. L'apport des directives guidant la mise en place du système, des structures et des rôles de travail de l'EC (directives écrites, instructions, fonds, partenaires, réunions intersectorielles).
2. L'appui en équipements, technologies et infrastructures de votre EC (bâtiments, mobiliers, équipements).
3. L'appui au fonctionnement de votre Equipe Cadre (job-descriptions, gestion des conflits, appui à la recherche opérationnelle de l' ECD).
4. L'appui aux compétences des membres de votre ECD (contrôle de qualité, supervisions, suivi de performance et monitoring, évaluations)
5. L'apport régulier en fournitures et consommables (stocks des médicaments, outils de gestion, imprimés, registres, fiches, vaccins)

Commentaire:

Question 2: En quoi a consisté le **mode d'encadrement technique** qui a été le plus utilisé et apporté par la DPS à votre EC pour développer votre ZS en 2018 ? (Cochez la vignette correspondante).

1. Apport d'une guidance par des manuels ou des guides des procédures pour tous les membres de votre EC.
2. Encadrement par un coaching de tous les membres de votre EC dans votre propre BCZS et votre ZS.
3. Enseignements/formations communes aux membres d'EC sur la gestion et le leadership de la ZS, les SSP.
4. Encadrement par un ancien cadre de ZS (Ex-MCZ, Ex-AG, Ex-MSup, Ex-ISSP), comme modèle à suivre.
5. Sponsorisation ou parrainage en vous donnant des conseils et éclaircissement pour résoudre vos problèmes.

Commentaire:

Question 3: En quoi a consisté le **mode de renforcement du leadership (capacité d'influence)** qui a été le plus utilisé et apporté par la DPS à votre EC pour développer votre ZS en 2018 ? (cochez la vignette correspondante).

1. Soutenir votre EC à s'imposer et contraindre toutes les structures sanitaires de répondre aux directives en vigueur.
2. Soutenir votre EC à signer des arrangements, des ententes de collaboration ou de partenariats avec les autres services de l'Etat, acteurs privés et confessionnels, et partenaires locaux.
3. Appuyer votre EC à appliquer/utiliser les normes et les référentiels d'évaluation des structures des soins.
4. DPS a organisé régulièrement des descentes de terrain pour le contrôle de viabilité des structures sanitaires, avec tous les membres de votre EC.
5. La DPS a fournit les informations et toute l'expertise utile au pilotage de développement de la ZS par votre EC.

Commentaire:

Question 4: En quoi a consisté le **mode de motivation** qui a été le plus utilisé et apporté par la DPS à votre EC pour le pousser aux activités de développement intégré de votre ZS en 2018? (Cochez la vignette correspondante).

1. La DPS a surtout veillé à la satisfaction des besoins physiologiques des membres de l'EC au lieu de travail.
2. (Confort, restauration, bureau ou cadre de travail, repos, congés, moyen de transport, communication)
3. La DPS a surtout veillé à assurer la protection et la sécurité du travail des membres de votre EC contre toutes les menaces (prise en charge sanitaire, contrer les interférences d'autres services, bons salaires).
4. La DPS a surtout veillé à maintenir l'amour, un bon climat social, et la cohésion au sein de votre EC (gestion des vos conflits, soutien à l'esprit de toujours travailler en équipe, apprendre l'un de l'autre)
5. La DPS a surtout veillé à la liberté d'expression et à la démocratie, à la définition des buts, calendriers et objectifs des activités, et au respect de votre règlement d'ordre intérieur dans votre EC.
6. La DPS a surtout veillé à l'autonomie et la liberté de votre EC, en la poussant à prendre, mettre en œuvre, suivre et évaluer ses décisions et sa performance dans le développement de la ZS (pousser EC à être libre d'avoir des relations et des partenaires).

Commentaire:

Question 5: Quelle perception avez-vous en rapport concernant le développement de l'**esprit d'équipe** ayant régné au sein de votre EC en 2018 (cochez la vignette correspondante).

1. Vous percevez que rien n'a avancé en 2018, votre EC avait encore besoin des **orientations en matière** pilotage du développement de la ZS en système de santé intégré.
2. Vous percevez que votre EC a vécu des tensions et des conflits internes concernant les attributions ou les primes, qui vous ont entravé à bien développer votre ZS en 2018.
3. Vous percevez qu'il y a eu des réconciliations au sein de votre EC, et ceci lui a permis de rebâtir une bonne cohésion d'équipe et de bien travailler pour le développement de la ZS en 2018.
4. Vous percevez que votre EC s'est bien organisée, avec tenue régulière des réunions, une prise des décisions par consensus, une coopération franche et transparente, et une implication de tous ses membres, en 2018.
5. Vous percevez que l'harmonie règne dans votre EC, chaque membre a joué son rôle bien spécifique au sein de l'équipe, sans chevauchement, et chacun faisait rapport de ses activités aux autres membres en 2018.

Commentaire:

Question 6: Quelle perception avez-vous concernant le développement de la **capacité de commandement (prise des décisions)** ayant régné au sein de votre EC en 2018 (cochez la vignette correspondante).

1. Vous percevez que la plupart des membres de votre EC sont sans expérience en leadership et gestion d'une ZS, sont des simples exécutants des ordres de la hiérarchie, et il faut qu'ils soient poussé pour travailler concernant l'organisation des services de santé
2. Vous percevez que la plupart des membres de votre EC ont une petite expérience en leadership et gestion d'une ZS, ils exécutaient après discussions les ordres de la hiérarchie, et ils ont nécessité des supervisions dans leur travail pour l'organisation des services de santé.
3. Vous percevez que la plupart des membres de votre EC ont une bonne expérience en leadership et gestion d'une ZS, ils exécutaient les ordres de la hiérarchie tout en prenant aussi leurs propres décisions, ils avaient besoin d'être aidés occasionnellement dans le travail d'organisation des services de santé.
4. Vous percevez que la majorité des membres de votre EC ont une meilleure expérience en leadership et gestion d'une ZS, et n'étaient pas des exécutants des ordres de la hiérarchie, mais ils les adaptaient toujours à la situation locale avec un esprit d'initiative très poussé et élaboration des instructions concernant l'organisation des services de santé.
5. Vous percevez que la majorité des membres de votre EC ont une excellente expérience en leadership et gestion d'une ZS, ils revoient les ordres de la hiérarchie, font des recherches opérationnelles en vue d'envoyer des feedbacks à la hiérarchie concernant l'organisation des services de santé.

Commentaire:

Question 7: Quelle perception avez-vous en ce qui concerne la **logique derrière les actions** de la plupart des membres de votre EC, à commencer par votre MCZ, en 2018. (Cochez la vignette correspondante).

La plupart des actions des membres de l'EC c'étaient pour....

1. Avoir des biens matériels, payer une parcelle, construire sa maison, et/ou acheter une voiture.
2. Prouver le savoir-faire et les compétences dans l'organisation des services de la ZS.
3. Acquérir et/ou utiliser de façon efficiente les ressources pour développer la ZS.
4. Résoudre les problèmes rencontrés par la ZS en promouvant luttant contre les antivaleurs

5. Avoir, présenter et mettre en œuvre un projet de développement de la ZS.

Commentaire:

Question 8:Quelle perception avez-vous concernant **la capacité d’agir** pour la plupart des membres de votre EC, en commencer par votre MCZ, en 2018. (Cochez la vignette correspondante).

Concernant l’agir pour le changement et le développement de la ZS en 2018, les membres de l’EC ont ...

1. Été conservateurs en s’opposant à tout changement de la ZS et en préférant le statuquo.
2. Accepté les changements, mais en se réservant d’agir car ils craignaient de perdre certains intérêts.
3. Accepté les changements, mais en se réservant d’agir disant que le changement n’apporterait rien.
4. Mis en œuvre les changements, en se lamentant qu’ils ne gagnent rien par rapport audit changement.
5. Pris des décisions, mis en œuvre les changements, et se disent satisfaits des apports dudit changement.

Commentaire:

Merci de votre participation!