

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET UNIVERSITAIRE
ECOLE REGIONALE DE SANTE PUBLIQUE DE BUKAVU
UNIVERSITE CATHOLIQUE DE BUKAVU**



**EVALUATION DE LA PERFORMANCE DES ZONES DE SANTE
EN SITUATION DE CRISE : CAS DE LA PROVINCE DU SUD-
KIVU/RDCONGO DE 2011 A 2017**

Travail réalisé en vue de l'obtention d'un master en Santé communautaire
MAKALI LWAMUSHI SAMUEL, MD

Directeur : **BISIMWA BALALUKA GHISLAIN, MD, MPH, PHD**
Co-Directeur : **MOLIMA EBOMA CHRISTIAN, MD, MPH**

Appuyé par RIPSEC



Juillet 2018

AVANT PROPOS

Au programme RIPSEC de nous avoir appuyé tant financièrement que de façon organisationnelle dans la réalisation de ce travail.

Au Professeur BISIMWA BALALUKA Ghislain, doyen de la faculté de Médecine de l'Université Catholique de Bukavu et Directeur de l'école de santé publique de la même université, pour sa disponibilité malgré ses multiples tâches et ses conseils oh combien pertinentes!

Aux Docteurs MOLIMA Christian et BWENGE Espoir pour avoir pris son temps pour nous conduire durant ce travail, à mes collègues médecins : Dr AMANI Gaylord et MWENE-BATU Pacifique pour leurs corrections très précieuses

A toute ma famille: ma mère, CINYOFOLA Jacqueline ; mes sœurs Anny MAKALI, Francine MAKALI, Zenat Kalonda ; ma fiancée Docteur Joëlle LUNJWIRE pour tout leur amour et leur accompagnement.

A toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à la réalisation, de ce travail, nous adressons nos remerciements

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AAP: Agence d'Achat des Performances

CPS: Consultation Prénatale

CS : Centre de Santé

CORDAID : Organisation Catholique D'Aide humanitaire et de Développement

DPS : Division Provinciale de la Santé

FCAS : États Fragiles et Touchés par les Conflits

FOSACOF : Formation Sanitaire Complètement Fonctionnel

FOSA : Formation Sanitaire

GIZ : Agence de Coopération Internationale Allemande pour le Développement

HGR : Hôpital Général de Référence

KST : Kivu Security Tracker

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PBF : Financement Basé sur la Performance

PS : Poste de Santé

SQI : Approche Systémique d'Amélioration de la Qualité

RDC : République Démocratique du Congo

ZS : Zone de santé

Liste des tableaux

Tableau 1. Définition des indicateurs utilisés dans le score de performance

Tableau 2. Cotation des indicateurs utilisés selon l'approche Benchmarking

Tableau 3. Classification des ZS selon leur situation sécuritaire

Tableau 4. Performance dans les zones de santé « en crise »

Tableau 4. Performance dans les zones de santé « stable »

Liste des graphiques

Graphique 1 : Evolution de la performance des zones de santé du Sud-Kivu

Graphique 2 : Evolution de la performance dans les types de ZS

Graphique 3 : Comparaison de l'évolution de la performance entre les zones en crise

RESUME

Introduction

L'évaluation systématique de la performance des systèmes de santé est l'une des solutions pour améliorer les systèmes de santé. Cependant, la situation de crise influence de façon négative la performance du système de santé pour multiples raisons. Les modèles multidimensionnels d'analyse de performance sont difficile à appliquer dans ce contexte. Notre étude a pour objectif d'évaluer la performance des zones de santé du Sud-Kivu en comparant les zones de santé en crise de celles stables.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude longitudinale de 2011 à 2017 en excluant l'année 2015. Les données utilisées ont été récoltés à partir des revues annuelles de la province du Sud-Kivu et la classification des ZS a été guidé par des agents de terrain de la DPS. La compilation ainsi que l'analyse des données par benchmarking ont été faites grâce au logiciel Excel 2016 ayant permis d'établir un score de performance et Statat15 pour la comparaison des moyennes de performances obtenus.

Résultats :

La performance globale des ZS de la province du Sud-Kivu reste relativement bonne variant entre 59 et 77% durant les six années. Les ZS stables semblent avoir des moyennes performance plus élevé que mais la différence observée n'est pas statistiquement significative aux points correspondants aux fin d'années. La moitié de ZS en crise ont une performance au-dessus de la moyenne de performance de tout le groupe (65%).

Conclusion

La situation de crise a une influence sur la performance des ZS dans la province du Sud-Kivu. Néanmoins, il existerait des ZS « intermédiaires » classées encore en situation de crise qui auraient mis en place des mécanismes d'adaptation pour avoir un bon score de performance. Une étude ultérieure est nécessaire pour donner des éclaircissement sur ces mécanismes.

Mots-clés : Performance, Benchmarking, crise , ZS , Sud-Kivu

Table des matières

RESUME.....	1
I.INTRODUCTION	7
I.1. CONTEXTE	7
I.2. PROBLÉMATIQUE	8
I.3. PRÉSENTATION DU SUJET	10
II.REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	11
1. CADRES THÉORIQUES DE MESURE DE LA PERFORMANCE DANS LE SECTEUR DE SOINS	11
2. SITUATION SÉCURITAIRE À L'EST DE LA RD CONGO	13
3. MODÈLE CONCEPTUEL DE NOTRE ÉTUDE : L'ANALYSE COMPARATIVE (« BENCHMARKING »).....	15
A. PRÉSENTATION DU MILIEU ET PERIODE DE L'ÉTUDE	17
B. TYPE D'ÉTUDE	18
C. ECHANTILLONNAGE	19
D. VARIABLES ET COTATION DES INDICATEURS SELON LES TYPES DES ZS.....	19
E. COLLECTE DE DONNÉES	24
F. TRAITEMENT ET ANALYSE DE DONNÉES	24
G. LIMITES MÉTHODOLOGIQUES	25
H. CONSIDÉRATION ÉTHIQUE.....	25
I. CONFLITS D'INTÉRÊT.....	25
IV.RESULTATS	26
1. PERFORMANCE GLOBALE DES ZONES DE SANTÉ AU SUD-KIVU.....	26
2. ÉVOLUTION DE LA PERFORMANCE DANS LES TYPES DE ZS	28
3. COMPARAISON DE L'ÉVOLUTION DE LA PERFORMANCE ENTRE LES ZONES EN CRISE	28
V.DISCUSSION	30
VI.CONCLUSION	32
VII.RECOMMANDATIONS	33
BIBLIOGRAPHIE	34

I. INTRODUCTION

I.1. Contexte

Les États fragiles et touchés par les conflits (FCAS) accusent un retard dans la réalisation des objectifs internationaux en matière de santé(1)(2).

L'Est de la RDC (principalement les provinces du Nord et Sud-Kivu) est sujette à des instabilités récurrentes conduisant à des zones de conflits armés qui déstabilisent le système de santé.

Dans cette région, le déplacement interne s'est poursuivi à un rythme soutenu, atteignant 4,1 millions de personnes, plus qu'en Syrie et l'un des plus hauts niveaux jamais enregistrés depuis le début des différents conflits congolais en 1993, avec 550 000 déplacés d'Octobre à Décembre 2017. En même temps, groupes armés ont continué à se diviser et à proliférer. En 2017, Le « Kivu Security Tracker » (KST) a compté environ 120 groupes armés dans les provinces du Nord et du Sud Kivu, la plupart d'entre eux étant de petite taille et principalement ethnocentrique, mais de plus en plus enchevêtrés dans un réseau instable de coalitions, incluant parfois des réseaux politiques et d'affaires plus larges(3)(4)(5).

Un exemple récent est la situation humanitaire qui continue à se dégrader dans les Hauts-Plateaux de Bijombo (Territoire d'Uvira au Sud-Kivu) où on compte en Juillet 2018, suite aux violences intercommunautaires, environ 18 500 déplacés et la fermeture de huit formations sanitaires, dont l'Hôpital général de référence de Katanga, privant près de 60 000 personnes de soins de santé de qualité(6).

Dans ce contexte de crise, la performance des systèmes de santé est souvent difficile à mesurer de façon multidimensionnel vu l'irrégularité dans la complétude des données, se voit être compromis, altérant ainsi la qualité et l'équité en terme de soins de santé offerts à la population.

I.2. Problématique

L'information sanitaire a une place centrale dans la capacité d'un système de santé à améliorer la santé de sa population(7) en ce sens qu'elle fournit des données aidant à l'analyse de la performance du système de santé.

La performance des systèmes de santé a été une préoccupation majeure des décideurs du système de santé depuis plusieurs années. De nombreux pays ont récemment introduit des réformes dans le secteur de la santé avec l'objectif d'amélioration leur de performance(8)(9).

L'OMS insiste sur le fait de s'appuyer sur l'évaluation systématique de la performance des systèmes de santé nationaux dans cette optique d'améliorer les systèmes de santé(10).

Les violences , conduisant à des situations de crise, ont un impact assez important sur la santé et les soins de santé(11). Le rapport de la Banque mondiale sur le développement de 2011 rapporte qu' aucun pays fragilisé ou touché par un conflit n'a encore atteint un objectif du Millénaire pour le développement(12).

La mesure de la performance vise à surveiller, évaluer et communiquer la mesure dans laquelle les différents aspects du système de santé atteignent les objectifs fixés. Il existe un certain degré de consensus selon lequel ces objectifs peuvent être résumé sous un nombre limité de rubriques, telles que : la santé conférée aux citoyens par le système de santé, la réactivité aux besoins individuels et aux préférences des patients, la protection financière offerte par le système de santé et la productivité de l'utilisation des ressources de santé(7).

Actuellement, plusieurs débats sont menés sur la meilleure façon de mesurer performance afin que l'impact des réformes puisse être évalué. La mesure de la performance nécessite un cadre explicite définissant les objectifs d'un système de santé contre quels résultats peuvent être jugés et la performance quantifiée(13)(14).

En RDC, plusieurs cadres de mesure de la performance du système de santé, souvent s'alignant aux exigences d'un partenaire d'appui (AAP, CORDAID, GIZ...), ont été adoptés (SQI, FOSACOF, PBF, ...) touchant plusieurs aspects : soins (préventifs, curatifs, promotionnels), la capacité organisationnelle et la gestion des différentes ressources à tous les niveaux du système de santé.

Néanmoins, ces cadres ne mettent pas en valeur la part que peut avoir le contexte de crise dans le calcul de la performance des zones de santé. D'où, il y a des zones de santé qui se voient être défavorisé en termes d'appui (p.ex. : l'achat des performances avec AAP) parce qu'elles ont réalisé des mauvaises cotes en termes de performance.

Notre étude se propose de relever l'effet que pourrait avoir le contexte de crise (dans lequel se trouve actuellement une part non négligeable des zones de santé du Sud-Kivu) sur leur performance en termes de soins offert à la population.

I.3. Présentation du sujet

1.1.1. Titre du sujet

Notre étude s'intitule : « **EVALUATION DE LA PERFORMANCE DES ZONES DE SANTE EN SITUATION DE CRISE: CAS DE LA PROVINCE DU SUD-KIVU/RDCONGO DE 2011 A 2017** »

C'est une étude portant sur la manière dont la performance de 34 zones de santé du Sud-Kivu, selon leur caractéristique (stable ou en crise) a évolué. Nous dégagerons les différents mécanismes d'adaptation des zones de santé en crise pour essayer d'améliorer leur performance en terme de soins de santé offert à leur population.

1.1.2. Objectifs

1.1.2.1. Objectif général

Contribuer au renforcement du système de santé dans le contexte de crise

1.1.2.2. Objectifs spécifiques

1. Evaluer la performance des zones de santé du Sud-Kivu de 2011 à 2017
2. Comparer le niveau de performance de ces zones de santé dans deux contextes différents : crise et non crise (stable ou intermédiaire)

1.1.3. Hypothèses

- Le contexte de crise influencerait la performance des zones de santé du Sud-Kivu
- Certaines zones de santé en crise auraient un score de performance élevé par rapport à d'autres à cause d'une certaine adaptation acquise.

II. REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Cadres théoriques de mesure de la performance dans le secteur de soins

La performance d'une organisation, selon Sicotte, se définit par sa « *capacité à établir et maintenir une tension dynamique entre la réalisation de sa mission, l'acquisition et le contrôle des ressources, le développement des ressources humaines et l'intégration et la prévisibilité de ses activités de production* »(15) .

Cette définition suppose une analyse multidimensionnelle de la performance.

Néanmoins, il existe plusieurs autres cadres de référence pour mesurer la performance dans le secteur de soins dont les modèles unidimensionnels.

Quatre principaux modèles unidimensionnels sont retenus pour évaluer cette performance(16)(17) :

a) Le modèle rationnel ou d'atteinte des objectifs (Rational/goal model)(18)

Il prône le fait qu'une organisation n'a son raison d'être qu'en l'atteinte de ses objectifs fixés et donc sa performance sera évalué par rapport à la réalisation de ces objectifs en terme de volume de production et de qualité de biens ou de services.

Avec ce modèle, les défis pour le chercheur sont : faire le choix des objectifs à choisir pour évaluer la performance surtout dans des systèmes complexes comme la santé et établir une distinction entre les objectifs de l'organisation et ceux de ses membres.

b) Le modèle naturel ou des relations humaines (Human relations/satisfaction/strategic constituency/natural system model) (17)(19)(20)(21)

Ce modèle, élaboré avec les contributions de l'école des relations humaines et politique. Il stipule que la satisfaction des membres de l'organisation favoriserait la collaboration, la motivation, l'absence de conflit, et le développement humain. La performance est donc mesurée par des dimensions telles que le climat social, le moral, l'absence de conflits, ou encore la cohésion des membres et des groupes au sein de l'organisation. D'où une organisation performante serait celle qui comprendrait un climat de travail positif et des membres engagés.

D'après ceux qui soutiennent le modèle des constituants stratégiques, l'organisation est une arène politique, un endroit où dans plusieurs parties prenantes interagissent tout en défendant chacune leurs intérêts.

Dans cette optique, les organisations performantes devront avoir des attributs comme la négociation et le compromis.

c) Le modèle ouvert ou d'adaptation (open system model) (16)(16)(22)(23)

Dans ce modèle, l'organisation est une unité en interaction avec son entourage. La survie de l'organisation dans son environnement est possible grâce à sa capacité à acquérir des ressources, à son adaptation et sa croissance dans l'environnement dans lequel elle se retrouve.

Sur ce, une organisation performante sera celle qui arrivera à obtenir les ressources nécessaires à sa croissance grâce à la flexibilité, à l'adaptation et au support externe.

d) Le modèle de processus interne ou de production (internal/decision process model)(16)(24)

L'attention est portée sur la démarche ou le processus qui a conduit à la production des services et des biens.

Les courants de la gestion totale de la qualité, la réingénierie des processus et l'amélioration continue et viennent appuyer cette approche.

On ne peut cependant pas prouver lequel de ces modèles d'analyse de la performance unidimensionnels (chacun visant un aspect particulier dans une organisation) est le meilleur que les autres(25)

En dehors de ces quatre modèles « unidimensionnels » classiques, il existe d'autres modèles unidimensionnels de l'analyse de la performance en santé :

➤ Le modèle de la légitimité sociale(21)

Ce modèle, assez proche du modèle des relations humaines, considère comme performante une organisation qui parvient à mettre en musique les processus et les résultats avec les valeurs sociales, les normes et les processus.

➤ *Le modèle zéro défaut*(26).

Aux temps où la sécurité est devenu préoccupante dans les discussions lors des réformes du système de santé, ce modèle a été de plus en plus utilisé. Il considère une organisation comme performante lorsqu'elle ne fait pas d'erreurs ou elle n'accuse pas des stigmates d'inefficacité.

➤ *Le benchmarking*(27)

Plutôt vu comme une approche d'identification des cibles d'excellence par rapport aux autres et des façons ou conditions d'amélioration des organisations, ce modèle est cependant utilisé par plusieurs systèmes de santé en s'appuyant sur son caractère comparatif.

Aux modèles unidimensionnels s'ajoute les modèles multidimensionnels comme celui de l'OMS et de Sicotte, qui regroupent et analyse plusieurs dimensions et entrent dans un cadre plutôt social.

Le modèle de Sicotte, construit à l'aide de la théorie de l'action sociale de Parsons, permet de concevoir la performance d'une organisation de la façon la plus large possible couvrant toutes les dimensions de l'organisation(24). En effet, cette théorie considère une organisation comme un système dont les buts sont définis par la société et qui est vu à la fois de l'extérieur (accomplissement de ses buts et objectifs) et de l'intérieur (système socio-technique). Le système de l'action sociale de Parsons se compose donc de deux axes (« intérieur-extérieur » et « fins-moyens») et de 4 catégories de fonctions (adaptation à l'environnement, atteinte des buts, production, culture et valeurs)(28). Il a comme avantages sa capacité a) d'intégrer modèles de la performance organisationnelle, b) de faire ressortir le maximum des dimensions de la performance habituellement négligées, ce qui enrichi ce concept et 3) de présenter un modèle intégrateur de la performance dans lequel chaque perspective est bien définit et respectée(28).

2. Situation sécuritaire à l'Est de la RD Congo (29)(30)(5)

L'est de la RDC est sujette à des conflits armés de manière régulière, basés souvent sur des conflits ethniques, entraînant un déplacement important des populations et une entrave à la santé des populations.

Dans le cadre du projet « Tufaidike wote » en collaboration avec USAID et International Alert, une analyse, basée sur la documentation des conflits locaux, a été menée en 2015 dans 15 villages du Nord et Sud-Kivu. Ce projet a répertorié 13 conflits de grande ampleur, sur 151 conflits documentés et médiatisés par les 15 comités de paix, survenant dans quatre zones géographiques du Nord et du Sud Kivu, essentiellement dans les territoires de Beni, Kalehe, Mwenga et Walunga. Ces conflits concernaient principalement la terre (74/151) ou le pouvoir (25/151); et dans une plus ou moins grande mesure, une dimension liée à l'identité selon qu'ils sont entre les familles, clans ou communautés ethniques.

Le rapport annuel du mois de Février 2018 de KST rapporte des flambées de conflits armés dans quelques territoires du Nord et Sud-Kivu avec 106 meurtres, 80 enlèvements et 15 enlèvements et 52 affrontements entre belligérants.

En prenant particulièrement la province Sud-Kivu, on remarque au travers de ces deux rapports qu'il y a essentiellement Six territoires qui sont plus en crise :

Dans le **territoire de Walungu**, la population de Kaniola a été particulièrement traumatisée par la violence et les massacres perpétrés par le groupe armé Rasta. D'autres conflits répertoriés avaient comme source le pouvoir coutumier dans le groupement de Kaniola où le chef de la chefferie Ngweshe a décidé de limoger le chef de groupement et le problème de terre dans le groupement de Mulamba.

Le **territoire de Kalehe** est marqué par des tensions récurrentes entre les communautés ethniques sur le contrôle de la terre et du pouvoir. Ces tensions proviennent de l'histoire de l'établissement dans la région et l'organisation administrative du territoire hérité de la période coloniale. Des tensions ont également été significativement accrues par les guerres et les conflits armés qui ont déchiré l'est du Congo pendant 20 ans.

Dans le **territoire de Mwenga**, le conflit principal qui a eu un impact sur l'ensemble de la population de Bulende et de Kabalole dans le territoire de Mwenga concernait l'exploitation de l'or sur le site minier de Twangiza par l'entreprise canadienne Banro.

Dans le **territoire d'Uvira**, les attaques ont plus augmenté dans la plaine de la Ruzizi . Ces attaques ont été attribuées aux forces de libération nationale.

Dans le **territoire de Fizi**, la violence a été concentrée dans l'ouest près de Misisi. Des cas de violence contre les civils sont devenus une routine, œuvre des divers groupes armés (pillage, blessure grave ou viol).

On a enfin noté, dans le **territoire de Shabunda**, une multitude de groupes armés, plus au Sud, qui s'affrontent régulièrement avec l'armée congolaise.

3. Modèle conceptuel de notre étude : L'analyse comparative (« Benchmarking »)

a. Concept benchmarking dans le système de santé

L'analyse comparative, concept à priori commercial, utilisé comme méthode de comparaison des coûts de production par rapport à la concurrence d'un même secteur a été conceptualisé en termes d'analyse concurrentiel à la fin des années 1970 par la société Xerox et en 1979 par la division Fuji-Xerox au Japon. Le concept « benchmarking » s'est ensuite étendu aux autres secteurs comme méthode d'amélioration continue de la performance(31)(32).

L'approche « benchmarking » a fait son apparition officielle dans le système de santé à partir des années 1990 grâce à la *Joint commission on accreditation of healthcare organizations* (JCAHO) aux États-Unis la définissant comme un « outil de mesure pour surveiller et évaluer l'impact de la gouvernance, du management et des fonctions cliniques et logistiques »(32)(33)

Malgré la multitude de définitions accordées à l'analyse comparative, dans le secteur de la santé, peu de définitions ont été adaptées. Celle d'Ellis semble être plus utilisée exprimant le *benchmarking* comme « un processus d'évaluation comparative et d'identification des causes profondes qui conduisent à la réalisation de performances supérieures »(34)

S'inscrivant dans le cadre conceptuel de la roue de la qualité de Deming comme toute méthode d'amélioration continue, la mise en œuvre nécessite d'avoir des informations utiles, fiables et à jour(32)

b. Types de benchmarking dans le système sanitaire

L'analyse comparative peut être principalement séparée en deux types: benchmarking interne et externe qui comprend les benchmarks compétitifs, fonctionnels et génériques(35)(36)(37).

Dans le secteur de la santé, on applique deux types de benchmarking(31):

L'analyse comparative interne (benchmarking interne), est celle dans laquelle les fonctions au sein d'une organisation sont comparées entre elles. Une fois qu'une partie d'une organisation a un meilleur indicateur de performance, d'autres peuvent apprendre comment cela était atteint. Les résultats de l'analyse comparative interne peuvent alors être utilisés comme référence pour étendre l'analyse comparative à inclure des organisations externes (38)(39)(40). Cette approche a comme avantages sa capacité de traiter avec des partenaires qui partagent une même vision, ayant un accès facile à données, et donner une base pour les comparaisons futures(41)

L'analyse comparative concurrentielle (benchmarking compétitif) se produit lorsqu'une organisation analyse un autre processus organisationnel ou un service similaire et compare les objectifs ou les résultats de cette organisation avec les siens(31). Elle fait référence à une Comparaison avec des concurrents directs seulement(35).

Pour notre travail, nous avons choisi comme cadre conceptuel d'analyse de la performance, le benchmarking interne qui va nous aider à comparer les performances des zones de santé dans la province du Sud-Kivu. La performance sera définie sur base de quelques indicateurs sanitaires clés récoltés couramment au sein de toutes les structures sanitaires dans ces zones de santé et la distinction entre les zones de santé se fera grâce à leur situation sécuritaire.

III. MATERIEL ET METHODES

a. Présentation du milieu et période de l'étude(42)

Notre milieu d'étude est constitué par la province du Sud-Kivu qui est une province de l'est de la RD Congo avec une superficie de 65128 km² pour une population totale estimée à 4.760.057 habitants.

Le secteur de la santé du Sud Kivu, est organisé en deux niveaux :

Le **niveau intermédiaire** : constitué par la division provinciale de la santé, dix Bureaux administratifs fonctionnels et douze coordinations des programmes spécialisés

Le **niveau périphérique** : comprend 34 ZS encadrées par les cinq anciens districts Sanitaires comme suit :

- Bukavu : ZS de Bagira-Kasha ; Ibanda et Kadutu
- Centre : ZS de Walungu, Mubumbano, Kaniola, Mwana, Kaziba, Nyangezi et Nyantende
- Nord : ZS de Katana, Miti Murhesa, Kabare, Kalehe, Minova, Idjwi, Bunyakiri et Kalonge
- Sud : ZS d'Uvira, Ruzizi, Lemera, Fizi, Nundu, Hauts Plateaux d'Uvira, Kimbi-Lulenge,
- Itombwe, Minembwe
- Ouest : ZS de Shabunda, Kalole, Lulingu, Mulungu, Kitutu, Mwenga et Kamituga

Les trente-quatre zones de santé sont subdivisées en 503 aires de santé (soit en moyenne 15 aires de santé par zone de santé). La province compte 26 hôpitaux généraux de référence et 503 CS et connaît une participation très active des acteurs privés (lucratifs et non lucratifs) dans le secteur en partenariat participatif et constructif.

Notre période d'étude a été de six ans incluant les années 2011,2012,2013,2014,2016 et 2017. L'année 2015 a été écarté du fait que nous n'avons pas eu des données sur les indicateurs de performance retenus dans notre étude durant cette année.

b. Type d'étude

Il s'agit d'une étude longitudinale comparative portant sur la performance des zones de santé du Sud-Kivu (selon qu'elles sont en crise ou non) au cours de six années.



1.

SOURCE: PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE DE LA PROVINCE DU SUD KIVU 2011-2015

Considérant la ZS comme unité d'analyse, notre échantillonnage a été exhaustif, incluant toutes les 34 ZS du Sud-Kivu.

d. Variables et cotation des indicateurs selon les types des ZS

Pour calculer le niveau de performance des zones de santé, nous avons utilisé 10 indicateurs sanitaires couramment récoltés au niveau des ZS et reflétant la qualité de soins offert par les structures sanitaires comprise dans la ZS (HGR,CS,PS,..).

Les indicateurs utilisés (essentiellement les indicateurs de soins concernant la santé de la mère-enfant, l'utilisation des services de soins et la qualité des soins hospitalières) sont présentés dans le tableau 1.

En se basant sur la cotation de la DPS(43), nous avons attribué une cote (allant de 0,0 à 1,5) à chaque niveau de réalisation de ces dix indicateur dans les ZS. La cote était soit très faible (0,0), soit faible (0,5), soit bonne (1,0), soit très bonne (1,5). La manière dont les indicateurs ont été catégorisés se trouve dans le tableau 2.

La sommation des cotes a abouti à un score à quatre échelles de performance des ZS :

Très faible performance : moins de 50%

Faible performance : entre 50 et 59%

Bonne performance : entre 60 et 74%

Très bonne performance : 75% et plus

En ce qui concerne la catégorisation des ZS selon leur niveau de sécurité, nous les avons classifié en deux niveaux (instable ou en crise et stable) selon deux critères (la présence des

bandes armées à l'origine des conflits et la présence ou non des déplacements des populations) de la période allant de 2011 à 2017 :

- Une **ZS instable ou en crise** est au sein de laquelle œuvrent plusieurs bandes armées de façon continue ou celle où on observe quelques mouvements armés et dans laquelle on observe un déplacement des populations.

- Une **ZS stable** est celle où il n'y a pas eu de conflits armés et où la population est relativement stable.

Le tableau 3. présente la façon dont nous avons typer les ZS selon leur niveau sécuritaire.

Tableau 1. Définition des indicateurs utilisés dans le score de performance(44)(45)

N°	Dénomination	Définition	Numérateur	Dénominateur	Justification	Périodicité
1	Taux d'utilisation des services curatifs	Les visites des services de santé par personne et par an dans la population.	Total de nouveaux cas ayant consulté pour le service curatif.	Population totale	Permet de suivre l'accessibilité aux services de premier contact/échelon du système de santé	Mensuelle
2	Taux d'utilisation des services prénatales	Femmes enceintes qui se sont présentées pour une 1ère visite prénatale par rapport à celles attendues	Nouvelles inscrites à la CPN (1ère visite prénatale)	Femmes enceintes attendues (4% pop totale)	Traduit l'acceptation du service et le recrutement des femmes enceintes au service de CPN	Mensuelle
3	Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié	Total d'accouchements effectués à la maternité/FOSA en présence de personnel qualifié /formé	Nbre d'accouchements de femmes en présence d'un personnel formé	Total accouchements attendus	Apprécie la prise en charge des accouchements par une personne formée	Mensuelle
4	Proportion des césariennes	Femmes ayant accouchées par césariennes, par rapport au total accouchements réalisés.	Nombre de césariennes	Total d'accouchements	Permet d'apprécier l'indication chirurgicale et l'efficacité des Soins Obstétricaux d'Urgence	Mensuelle
5	Taux d'occupation des lits	Journées d'hospitalisation des patients hospitalisés utilisé comme proportion de jours maximum de lit des patients hospitalisés disponibles. (Nombre de lits pour patients hospitalisés X jours de la période)	nombre de Jours d'hospitalisation pour l'ensemble des malades (+ 1/2 Journée clients)	Les lits montés multiplie par les jours du mois(ne pas considérer un lit qui est au dépôt ou utilisé par le personnel pour le service)	Suivi de l'efficacité et de l'efficience dans la gestion des patients hospitalisés	Mensuelle
6	Proportion des malades référés	Nombre de patients qui se sont présentés à la consultation curative d'un CS de la ZS et qui ont été envoyés à l'hôpital avec un document de référence	Nombre des Cas référés	anciens cas+nouveaux cas	Apprécie la capacité du CS à référer	Annuelle
7	Taux d'utilisation de la CPS 1 (0-11mois)	Nombre d'enfants agés de 0 à 11 mois, vus durant le mois, pour une première visite CPS	Nouveaux inscrits à la CPS, âgés de 0 à 11 mois	Enfants de 0 à 11 mois de la ZS attendus le mois	Evalue le recrutement des enfants et l'acceptation des mères à la CPS	Mensuelle
8	Proportion de mortalité hospitalière	Nombre de décès survenus au cours du mois (ce nombre ne concerne pas les nouveaux nés)	Décès au cours d'hospitalisation	Sorties de l'hôpital	Evalue la capacité de prise en charge adéquate en hospitalisation	Mensuelle
9	Taux de planification familiale	Nombre de femmes qui ont été vues durant le mois, qui étaient âgées de 15 à 49 ans au moment de la la visite, qui ont accepté une méthode contraceptive moderne	Nouvelles acceptantes d'une méthode contraceptive	Femmes en âge de procréer de la ZS attendues le mois	Apprécie le recrutement des femmes et l'acceptation des méthodes contraceptives	Mensuelle
10	Taux d'infections post-opératoires	Nombre de patients ayant quitté l'hôpital au cours du mois et qui durant leur séjour ont été victime d'au moins une infection à la suite d'une intervention chirurgicale propre	Nombre d'infections post-opératoires parmi les sorties	Nombre d'interventions chirurgicales parmi les sorties	Mesure la qualité des soins infirmiers dans les services de chirurgie et gynécoobstétrique	Mensuelle

Tableau 2. Cotation des indicateurs utilisés selon l'approche Benchmarking (43)

Pour coter les indicateurs choisis, nous avons utilisé le scorage des indicateurs selon benchmarking utilisé par la division provinciale de la santé du Sud-Kivu en 2016.

Tableau 3. Classification des ZS selon leur situation sécuritaire

Zone de santé	Type	
Mwana	ZONES DE SANTE STABLES (PAS DE GROUPES ARMES NI DE MOUVEMENT DE LA POPULATION)	
Kaziba		
Nyangezi		
Nyantende		
Kabare		
Kadutu		
Bagira-Kasha		
Miti Murhesa		
Katana		
Walungu		
Mubumbano		
Idjwi		
Kitutu		
Ibanda		
Nundu	ZONES DE SANTE INSTABLES (PRESENCE DES BANDES ARMEES, DEPLACEMENT DE LA POPULATION)	
Kamituga		
Mwenga		
Uvira		
Mulungu		
Kimbi Lulenge		
Fizi		
Ruzizi		
Minembwe		
Kalole		
Haut-Plateau		
Lulingu		
Minova		
Kalehe		
Kaniola		
Kalonge		
Bunyakiri		
Lemera		
Itombwe		
Shabunda		
Taux d'infections post-opératoires	02 à 3	1,0
	3 à 3,9	0,5
	sup. 4	0,0

Sur les 34 zones de santé, plus de la moitié, soit 20/34 (58,8%) ont été classées parmi les zones instables.

e. Collecte de données

Les données utilisées ont été collectées à partir des rapports de la revue annuelle de la province du Sud-Kivu concernant la situation sanitaire des trente-quatre zones de santé que regorge la province. Ces rapports nous ont fourni les données brutes en terme de taux et rapports concernant les dix indicateurs choisis et la cotation s'est fait ultérieurement en utilisant le score de la DPS qui n'est appliqué que depuis 2016.

Concernant la classification des ZS selon le niveau sécuritaire, nous avons établi une catégorisation en se basant sur les données du KST et celles du projet « tufaidike wote ». Ces deux projets nous ont permis d'identifier six territoires faisant parti des zones « rouge » où on a répertorié environ 13 conflits de grande ampleur. Les zones se trouvant dans ces territoires ont été classées en « crise ».

Il est important de noter que cette classification a été retouchée par les agents de terrain de la DPS de la province du Sud-Kivu qui palpent au quotidien la situation sécuritaire de toutes les ZS. Nous n'avons pas voulu utiliser la classification de la DPS de 2009 qui regardait plus le potentiel au développement des zones de santé et qui pourrait introduire un biais en ce sens que la situation sécuritaire faisait déjà parti des éléments de catégorisation.

f. Traitement et analyse de données

Les données ont été saisies dans le logiciel Excel 2016 et l'analyse a été effectuée avec le même logiciel qui nous a permis d'établir la cotation initiale des indicateurs selon leur niveau de réalisation à partir de l'échelle présentée ci-haut.

Il nous a servi également à faire le calcul du score de performance des zones de santé. L'analyse comparative de la performance s'est faite grâce au calcul des moyennes de performance par année et par zone de santé durant les six années de notre étude. Aussi, nous avons comparé l'évolution du score de performance en intergroupe de ZS (Crise vs Stable) et en intra-groupe.

g. Limites méthodologiques

Notre méthodologie présente comme limite le fait que quelques données sur certains indicateurs ont manqué : en 2017 (proportion des césariennes, CPS) et 2012/2013 (taux de planification familiale). Néanmoins, la formule mathématique employée pour calculer le niveau de performance en pourcentage ne tenait pas compte des cases vides.

h. Considération éthique

Les considérations éthiques lors de la collecte des données ont été respectées et l'aval de la DPS a été accordé avant de recueillir les données de notre étude.

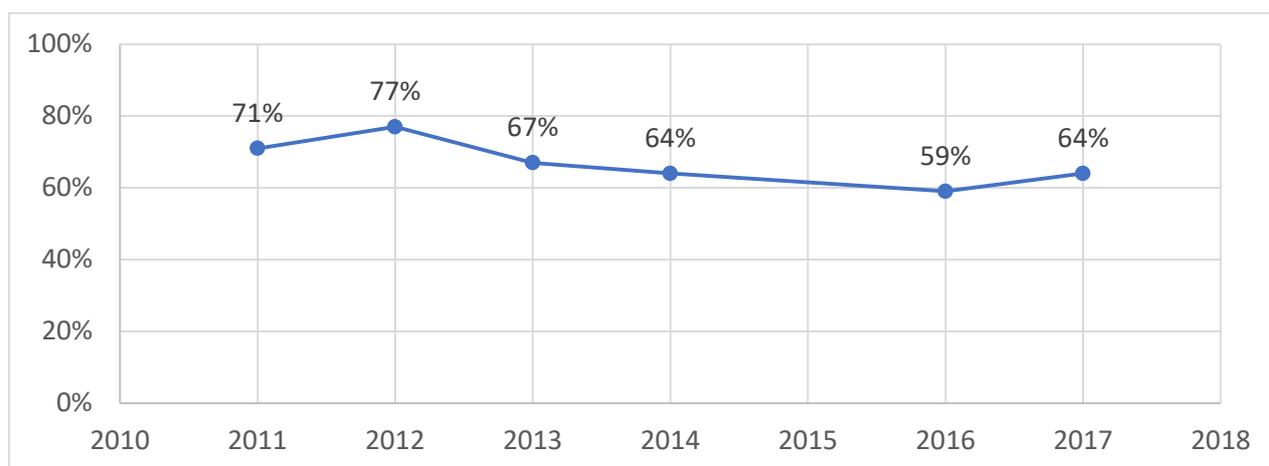
i. Conflits d'intérêt

Notre étude a été réalisée grâce à l'appui du projet RIPSEC-Bukavu (Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en RDC/antenne de Bukavu) coordonnée par l'ERSP-Bukavu (Ecole Régionale de Santé Publique de Bukavu).

IV. RESULTATS

1. Performance globale des zones de santé au Sud-Kivu

❖ De façon global



D'une manière général, la moyenne de performance des ZS au Sud-Kivu reste relativement bonne malgré une baisse notable en 2016 où elle a été de 59%.

❖ Zones de santé « instable »

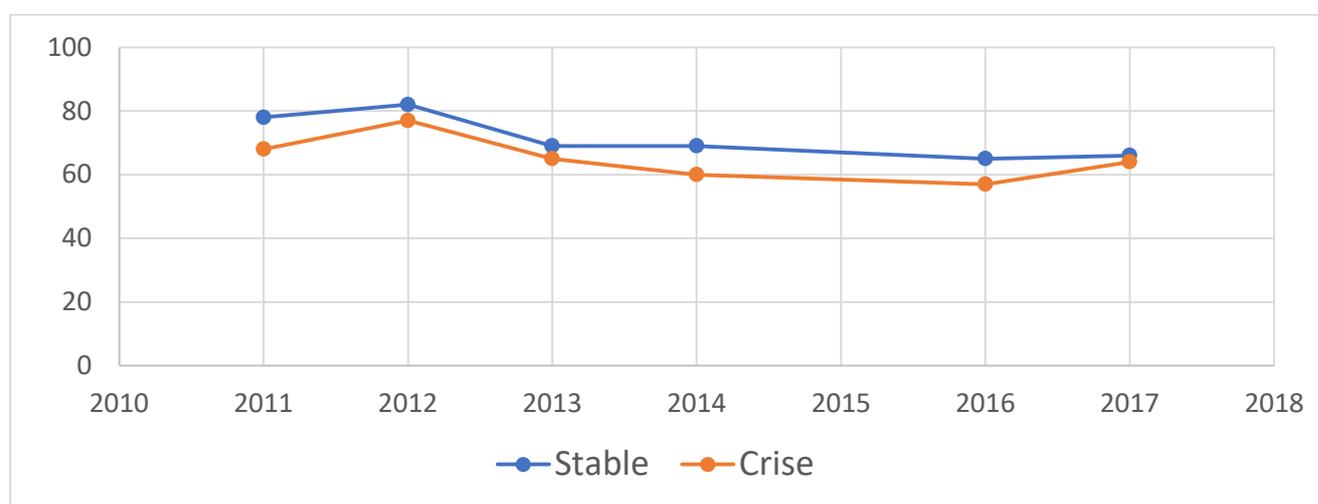
En milieu instable, la moyenne de performance par année reste dans la fourchette « bonne » sauf pour l'année 2012 où elle était très bonne et faible en 2016, avec une moyenne globale à 65%. La majeure partie de ces ZS, soit 10/20 (50%), ont une moyenne de performance relativement bonne durant les six ans de notre étude. Signalons toute fois que 7 ZS sur les 20 (soit 35%) ont une moyenne de performance « faible », càd entre 50-59%. Seulement 3 parmi elles (soit 15%), ont une moyenne supérieure à 75%. Il s'agit des zones de santé de Lemera, Bunyakiri et Kalehe.

❖ Zones de santé « stable »

ZS	2011	2012	2013	2014	2016	2017	Moyenne/ZS	
	Mwana	79%	81%	70%	67%	61%	58%	69%
Kaziba	74%	78%	77%	77%	67%	67%	73%	
Nyangezi	74%	81%	53%	60%	64%	54%	64%	
Nyantende	74%	93%	77%	73%	67%	50%	72%	
Kabare	89%	81%	77%	67%	64%	63%	73%	
Kadutu	81%	81%	73%	63%	61%	75%	73%	
Bagira-Kasha	70%	73%	50%	53%	53%	63%	61%	
Miti-Murhesa	81%	85%	73%	87%	57%	71%	81%	
Katana	52%	67%	60%	37%	58%	58%	55%	
Walungu	74%	78%	60%	60%	79%	88%	73%	
Mubumbano	63%	74%	63%	73%	67%	50%	63%	
Idjwi	74%	85%	57%	57%	58%	71%	67%	
Kitutu	85%	85%	83%	90%	47%	71%	82%	
Ibanda	74%	81%	60%	63%	64%	54%	67%	
Ibanda	63%	80%	65%	53%	70%	79%	64%	
Moyenne/année	78%	82%	69%	69%	65%	66%	72%	
ZS INSTABLE	Kalehe	89%	89%	77%	80%	70%	67%	78%
	Kaniola	78%	85%	73%	73%	58%	75%	74%
	Kalonge	85%	85%	80%	73%	58%	63%	74%
	Bunyakiri	81%	85%	77%	77%	73%	63%	76%
	Lemera	89%	89%	70%	83%	70%	79%	80%
	Itombwe	67%	56%	57%	43%	27%	54%	51%
	Shabunda	85%	81%	73%	63%	55%	54%	69%
	Nundu	70%	78%	63%	50%	61%	54%	63%
	Kamituga	52%	63%	50%	43%	48%	58%	52%
	Mwenga	74%	74%	60%	40%	42%	63%	59%
	Uvira	81%	81%	60%	63%	64%	54%	67%
Moyenne/année	68%	77%	65%	60%	57%	64%	65%	

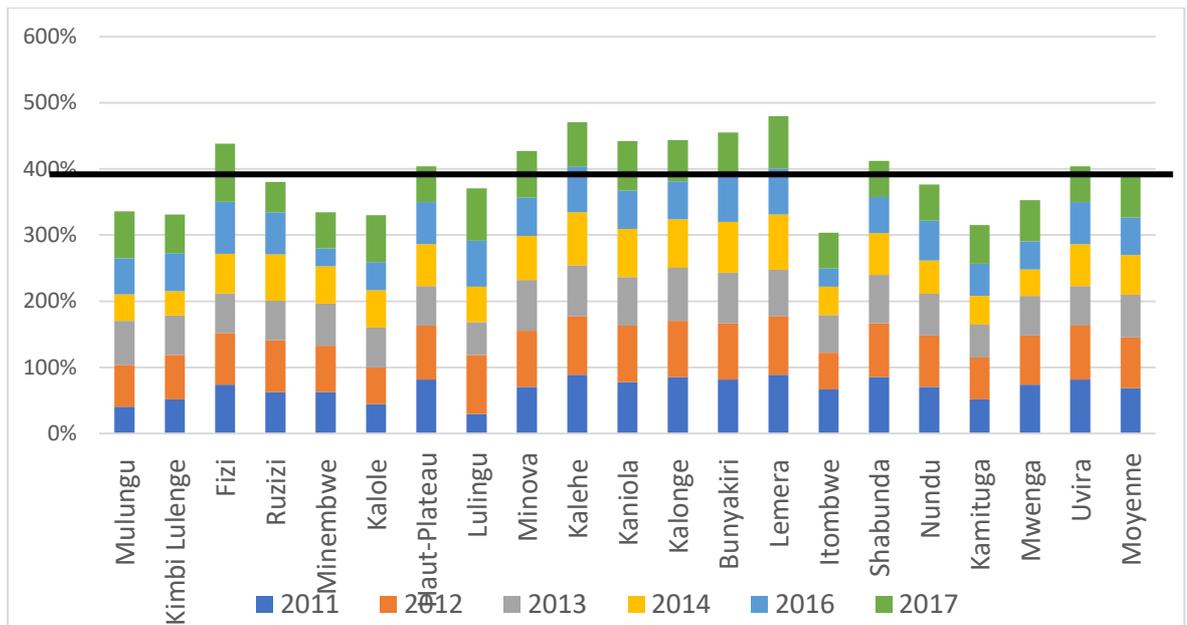
Dans les ZS stable, la moyenne de la performance est de 72% pour les six années de notre étude. Notons une certaine baisse de moyenne de performance de ces zones à partir de 2013 avec la faible moyenne en 2016 à 65%. Notons que seules les ZS de Miti-Murhesa, Katana et Idjwi ont une très bonne moyenne de performance et la plupart de ZS (11/13, soit 84,6%) sont dans la classe « bonne performance » en tenant compte de leur moyenne de performance durant les six ans.

2. Evolution de la performance dans les types de ZS



En comparant graphiquement l'évolution de la performance de ces deux types de ZS, on remarque clairement que la performance des ZS stables reste nettement supérieure à celle des ZS en crise durant les six années. Il est néanmoins important de noter une ascension de la performance des zones instables à partir de l'année 2016, qui du coup, atteint presque la performance des ZS stables malgré le maintien du niveau de performance de ces dernières en 2017. Notons aussi toujours cette baisse de performance dans les deux types de ZS à partir de l'année 2012.

3. Comparaison de l'évolution de la performance entre les zones en crise



En milieu de crise au Sud-Kivu, en comparant l'évolution de la moyenne de performance des ZS, on remarque que 50% de ces zones de santé ont une moyenne de performance au-dessus de leur moyenne de 65% au cours de six années de notre étude.

V. DISCUSSION

1. De la performance des ZS au Sud-Kivu

Nos résultats relèvent que la performance des ZS au Sud-Kivu, de façon globale, est bonne, variant entre 59 et 77% durant les six années de notre étude sauf pour l'année 2016 où elle a baissé. Ce score de performance, qui était de 64% en 2017 est différente de celle obtenue au niveau national (75%) et de celui du pays (73%) durant la même année(46). Cette différence peut être expliqué par le fait que dans l'étude national, on a inclus plus d'indicateurs sanitaires (au total 27 indicateurs incluant ceux des maladies tueuses, du Paquet complémentaire d'activités et de la santé mère-enfant).

On remarque aussi que la performance globale durant cette période dans les deux types de ZS, est respectivement de 72% et 65% pour les ZS stables et en crise, est dans la fourchette « bonne performance ».

Néanmoins, en comparant l'évolution de leur performance, il en sort une nette différence en ce sens que la performance en milieu stable reste, tout au long de six années de notre étude meilleure qu'en milieu en crise. Par ailleurs, on note une tendance à l'égalisation de la performance en 2017 dans les deux types de ZS.

Cet écart peut être justifié par la présence de façon des conflits armés notés dans ces ZS en crise qui font à ce que les formations sanitaires (FOSA) ferment leur portes fréquemment

(exemple de la situation à Bijombo où 8 FOSA dont l'HGR ne fonctionnent pas actuellement) et que la complétude des données ne pas assurer.

On remarque également un déplacement de la population vers les ZS assez stables à la recherche des vivres et des soins de santé, ce qui fait à que les indicateurs de performance dans ces zones « hôtes » soit plus élevé.

Aussi, s'ajoute à ces deux phénomènes le problème d'accessibilité, surtout financière, aux soins dans les ZS en crise d'autant plus que les conflits font à ce que la population ne puisse pas développer des activités lucratives pour pouvoir payer leurs soins. Cette pauvreté va conduire une masse non négligeable de la population à fréquenter la médecine parallèle (féticheurs, guérisseurs, tradipraticiens, chambres de prière) qui se veut alors être moins cher et cela fait en sorte que la fréquentation des FOSA baisse et que tous les indicateurs de performance dans ces ZS soit relativement bas.

Cette différence de performance s'explique aussi par le fait que la situation sécuritaire oblige les organisations internationales non gouvernementales à agir plus dans les milieux stables apportant gratuité des soins, appui aux personnes les plus fragiles (femmes, enfants, personnes âgés) et projets d'auto-prise en charge de la population par des activités génératrices de revenus. Cela favorise un accès facile aux soins et l'amélioration des indicateurs de performance des FOSA car ces indicateurs sont même actuellement achetés par certaines organisations (AAP).

Notons cependant dans les ZS stable, surtout en milieu urbain, le phénomène de « médicalisation » de plusieurs FOSA de première ligne de soins , surtout privé à but lucratifs, qui du moins ne rapportent pas leurs données au niveau de la DPS, entraînant une spoliation des patients au système de santé et une « fausse » baisse des indicateurs de performance (exemple des ZS d'Ibanda et Bagira-Kasha qui ont les performances globales les plus faibles des ZS stables, respectivement 64% et 61%).

2. De la performance des ZS en crise

Les ZS se trouvant en situation de crise ont un score de performance nettement inférieur à celui des ZS stables. Cependant nos résultats rapportent que 50% de ces ZS ont une performance globale supérieure à la moyenne qui est de 65% avec trois ZS (soit 15%) qui ont même un score de performance se trouvant dans la catégorie « très bonne ».

Ceci peut se justifier de deux manières :

- En milieu de crise, il y aurait des ZS qui sont dans une phase plutôt de « transition » ou « intermédiaire » par rapport à leur état sécuritaire et qui voient leur performance s'améliorer du jour au lendemain. Et donc, on peut penser à une classification intermédiaire, par rapport à l'état sécuritaire des ZS du Sud-Kivu selon les deux critères prédéfinis. La ZS en situation intermédiaire serait celle dans laquelle il y a des mouvements armés œuvrant de façon sporadique (contrairement à la zone en crise où il y a des bandes armées agissant de façon continue) sans déplacement de la population.

Ceci justifierait la tendance à l'égalisation des moyennes de score de performances entre les ZS stables et les ZS en crise qu'on observe en 2017.

- Certaines de ces ZS (éventuellement celles qui sont « intermédiaires ») pourraient déjà avoir un certain paquet de mécanismes d'adaptation leur permettant d'améliorer leur score de performance malgré la situation de crise dans laquelle elles se trouvent. Parmi ces mécanismes on peut citer : la présence d'organismes d'ordre humanitaire qui offrent des soins gratuits dans les zones « intermédiaires » (ex : l'Hôpital de Baraka dans la ZS de Fizi, zone qui a un score de performance au-dessus de la moyenne, dans lequel les patients bénéficient jusqu'à 100% de la prise en charge par « Médecin Sans Frontières qui bénéficie), les longues périodes d'accalmie où les groupes armés sont repoussés par l'armée congolaise et la population reste assez stable, l'amélioration dans le système de rapportage des données sanitaires.

Une étude plus poussée permettra de bien élucider tous ces mécanismes d'adaptation

VI. CONCLUSION

Les états fragiles et en conflits sont en retard sur le plan de la réalisation des objectifs mondiaux en matière de santé. La situation sécuritaire de l'Est de la RDC a un effet négatif sur la l'état de santé de la population du Sud-Kivu.

Notre étude, ayant pour objectif d'évaluer la performance des ZS du Sud-Kivu de 2011 à 2017 tout en comparant les zones en crise et les zones stable, a révélé que la performance

globale des ZS durant cette période était bonne. Néanmoins, les ZS stables sont plus performantes que celles instables durant les six années de notre étude. Cet écart pourrait être expliqué de plusieurs façons : dans les ZS en crise, la présence des conflits armés et déplacement des populations, le manque de complétude des données sanitaires, le problème d'accessibilité aux soins ; et la présence des ONG qui appuient plus le milieu stables à cause de la situation sécuritaire propice.

En comparant les zones en crise entre elles, on remarque que la moitié de ces ZS ont une performance au-dessus de la moyenne de performance de tout le groupe. Il s'avère cependant qu'il y ait une classe « intermédiaire » en ce qui concerne la situation sécuritaire de ZS qui connaît des périodes d'accalmie avec seulement quelques mouvements armés actifs de façon sporadique et où la population est assez stable.

D'autres mécanismes d'adaptation de ces zones avec accalmie temporaire seraient les multiples actions humanitaires qui y sont perpétués et l'amélioration du système de rapportage des données sanitaires.

Une étude ultérieure, avec un aspect qualitatif, pourrait contribuer à l'éclaircissement de ce qui se passe réellement dans ces ZS « intermédiaires » afin de dénicher tous les mécanismes d'adaptation possibles.

VII. RECOMMANDATIONS

Au vu des résultats, nous recommandons à l'autorité sanitaire tant provincial que national de pouvoir :

- Perpétuer cette méthode de scorage ZS et DPS par la méthode de benchmarking, qui se voit être un outil objectif et efficace permettant de comparer la performance des différentes ZS et provinces sur le plan sanitaire.
- Intégrer le maximum d'indicateurs dans cette évaluation pour être le plus exhaustif possible et englober les différents aspects de la santé au niveau des ZS et des DPS.
- Passer à un moment donné à la comparaison, sur une période donnée, de la performance de la RDC avec les autres pays sur le plan régional et même international pour une auto-évaluation quotidienne.

Aux chercheurs, à multiplier les investigations dans les milieux en crise qui sont plutôt défavorisés afin d’avoir des évidences clairs pour aider cette population.

BIBLIOGRAPHIE

1. Burt A, Hughes B MG. Eradicating Poverty in Fragile States: Prospects of Reaching the “High-Hanging” Fruit by 2030. Washington, DC; 2014.
2. OECD. States of Fragility 2015: Meeting Post-2015 Ambitions. Paris; 2015.
3. Stearns J, Vogel C. The Landscape of Armed Groups in Eastern Congo. 2017;(December).
4. Kivu Security Tracker. Armed Actors in North and South Kivu. 2017.
5. Kivu Security Tracker. Monthly report: February 2018. 2018.
6. OCHA. Faits saillants: Aperçu de la situation Besoins et réponse humanitaires: Sud-Kivu et Maniema. 2015;02:1–6.
7. Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I. Performance Measurement for Health System Improvement Experiences, Challenges and Prospects [Internet]. 2008. 28 p.
8. Collins C, Green A, Hunter D. Health sector reform and the interpretation of policy context. Health Policy [Internet]. 1999 Apr [cited 2018 Jul 25];47(1):69–83.
9. Maynard A, Bloor K. Health care reform: Informing difficult choices. Int J Health Plann Manage [Internet]. 1995 [cited 2018 Jul 25];10(4):247–64.
10. OMS. Evaluation de la performance des systèmes de santé. 2000 [cited 2018 Jul 25].
11. The PLoS Medicine Editors. Health care systems and conflict: A fragile state of affairs. PLoS Medicine. 2011;8(7):7–8.

12. World Bank. World Development Report 2011 Overview: Conflict, security, and development. 2011.
13. Tandon A, Murray CJ, Lauer J a, Evans DB. Measuring health system performance for 191 countries. *Eur J Health Econ* [Internet]. 2002;3(3):145–8.
14. Smith P. The Use of Performance Indicators in the Public Sector. *J R Stat Soc Ser A* (Statistics Soc [Internet]. 1990 ;153(1):53.
15. Guisset AL, Sicotte C, Leclercq P, D’Hoore W. Définition de la performance hospitalière: Une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. *Sci Soc Sante*. 2002;20(2):65–104.
16. Sebai J. L’évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories? *Sante Publique* (Paris). 2015;27(3):395–403.
17. Rivas F. Un modèle global et intégré de la performance: application à l’urgence d’un hôpital au Mexique: Mémoire de maitrise. Mexique; 2011.
18. Price JL. The Study of Organizational Effectiveness. *Sociol Q*. 1972 Jan 15 ;13(1):3–15.
19. Cameron KS, Whetten DA. Organizational Effectiveness: A Comparison of Multiple Models. 1983;292.
20. Bennis JK. Towards a truly scientific management: the concept of organization health in changing organizations. New York; 1966.
21. Champagne F. Defining a model of hospital performance for European Hospitals. Barcelone; 2003.
22. Benson JK. The interorganizational network as a political economy. *Adm Sci Q*. 1975;20:229–49.
23. Yuchtman E SS. A system resource approach to organization effectiveness. *Am Sociol Rev*. 32:891–903.
24. Sicotte C, Champagne F CA. La performance organisationnelle des organismes publics de santé. *Ruptures*. 1999;(6):34_46.
25. D’Aunno T. The effectiveness of human service organizations. A comparison of models. *Sage Publ*. 1992;341–61.
26. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2000: Pour un système de santé plus performant. Genève; 2000.
27. Williams S, Schmaltz SP, Morton DJ, Koss RG LJ. Quality of Care in U.S. Hospitals as Reflected by Standardized Measures, 2002–2004. *N Engl J Med*. 2005;353:255–64.

28. Parsons T. The social system. Free Press New York. 1951;575.
29. Tufaidike Wote Project. Beyond stabilisation : understanding the conflict dynamics in north and south kivu , Democratic Eepublic of Congo. 2015;(February).
30. Harmony A for P and. Conflits fonciers et dynamiques de cohabitation en territoire de Kalehe. 2012.
31. Karen West. Benchmarking in Healthcare: Definition, Types and Benefits. Healthcare Finance & Budgeting. [cited 2018 Jul 20].
32. Ettorchi-Tardy A, Levif M, Michel P. Le benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé. Prat Organ des Soins. 2011;42(1):35.
33. Braillon A, Chaîne F GM. Le benchmarking, une histoire exemplaire pour la qualité des soins. Le benchmarking, une Hist Ex pour la Qual des soins. 2008;27:467–9.
34. Ellis J. All inclusive benchmarking. J Nurs Manag. 2006;14(5):377–83.
35. Kay JFL. Health Care Benchmarking. Mecial Bull. 2007;12(2):22–7.
36. Camp RC. Benchmarking : the search for industry best practices that lead to superior performance. Productivity Press; 1989. 299 p.
37. Zairi M. The art of benchmarking: using customer feedback to establish a performance gap. Total Qual Manag . 1992 Jan [cited 2018 Jul 25];3(2):177–88.
38. Benson HR. An introduction to benchmarking in healthcare. Radiol Manage. 1994
39. Mc Nair J., Leibfried J. KH. Benchmarking: A tool for continuous improvement. Harper Bus [Internet]. 1992 [cited 2018 Jul 25];31(1–2):141–3.
40. Karlof, B. and Ostblom S. Benchmarking: a Signpost of Excellence in Quality and Productivity. John Wiley. New York; 1993.
41. Breiter D, Fried Kline S, Fried S. Benchmarking Quality Management in Hotels . Vol. 13, Hospitality Review. 1995.
42. Ministère de la santé publique du Sud-Kivu. Plan de developpement sanitaire de la province du sud kivu 2011-2015 . 2011.
43. Division provinciale de la santé du Sud-Kivu. Rapport de la revue annuelle du Sud-Kivu 2016. Bukavu; 2016.
44. Ministère de la santé RDC. Liste des indicateurs d'enquete du système national d'information sanitaire. 2013.
45. Ministère de la santé RDC. Catalogue des indicateurs. Kinshasa; 2004.
46. Siyangoli S. Kabonjo J. Présentation des performances du SNIS en 2017 en RDC. 2017.

